



Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego

Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę



30 października 2016

Kraków

Spis treści

Wprowadzenie	4
Inspiracje do stworzenia środowiskowej opieki psychiatrycznej.....	9
Założenia Aksjologiczne Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego	17
Aktualne potrzeby i oczekiwania osób doświadczonych kryzysem psychicznym, ich rodzin i bliskich oraz pracowników ochrony zdrowia psychicznego.....	22
Przegląd danych na temat beneficjentów systemu Ochrony Zdrowia Psychicznego	31
Cele i funkcje Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego	32
Zadania profilaktyczno-edukacyjne.....	36
Zintegrowane Świadczenie Medyczne	38
Zintegrowane Świadczenie Oparcia Społecznego.....	49
Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego – Innowacja i Integracja.....	63
Poziom I – Integracja organizacyjna	64
Poziom II Integracja Merytoryczna.....	85
Objęcie wsparciem i korzyści użytkowników systemu	92
Opis założeń budżetowych.....	95
Zarządzanie zmianą - moduł wspierający efektywność i zapewniający skuteczność procesu wdrożenia Modelu ŚCZP	99
Schemat badawczy dla Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego	103
Zarządzanie projektem.....	108
Realizacja zasady równości szans i niedyskryminacji.....	109
Konsultacje Modelu ŚCZP.....	111
Trwałość modelu po zakończeniu okresu realizacji projektu.....	112
Zgodność Modelu z NPOZP	114
Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.....	117
System opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w Polsce	118
Epidemiologia zaburzeń u dzieci i młodzieży.....	122
Organizacja ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Kornwalii	124
Wejście do systemu CZP w Kornwalii	127
Wnioski organizacyjne i finansowe z analizy porównawczej	128
Założenia Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży	129
Cele Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży	130
Organizacja świadczeń Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży ..	132



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Podsumowanie.....	139
Załączniki:.....	141

Wprowadzenie

„Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” to projekt, który Fundacja „Leonardo” wraz z Partnerami Projektowymi realizuje w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, zarządzanego przez Ministerstwo Rozwoju.

Celem naszych działań jest opracowanie innowacyjnego w Polsce modelu **Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego** – miejsca, gdzie każda osoba w trakcie i po przebyciu kryzysu psychicznego może uzyskać wsparcie na poziomie społeczności lokalnych.

Zdobywane od 2005 roku doświadczenie w zakresie leczenia i rehabilitacji społecznej pozwala nam planować rozwiązania, które pomogą osobom doświadczonym kryzysem psychicznym łatwiej odnajdywać się w społeczeństwie – wrócić po przebyciu kryzysu do codziennych obowiązków i rodzinnych relacji. Współpracujemy z Partnerami z kraju i zza granicy, czerpiąc z ich wiedzy oraz doświadczenia w zakresie pomocy udzielanej na poziomie lokalnych społeczności. W prace nad modelem było zaangażowanych 22 instytucji, w tym:

1. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
2. Instytut Psychiatrii i Neurologii
3. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
4. The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities
5. International Mental Health Collaborating Network
6. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
7. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychiczenie „Rodziny”
8. Stowarzyszenie Otwórzcie Drzwi
9. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pracowników i Sympatyków ŚDS
10. Stowarzyszenie Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych
11. Instytut Spraw Administracji Publicznej
12. Polski Instytut Otwartego Dialogu
13. MEDIKAR sp. z o.o. Sp.k. w Warszawie
14. Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia Psychicznego Dziecka i Rodziny w Rzeszowie
15. Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON w Koszalinie

16. Stowarzyszenie Użytkowników Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół „Feniks” w Kołobrzegu
17. Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Kryzysem Psychicznym „Przyjazna Dłoń” w Gdańsku
18. Sekcja Naukowa Psychiatrii Środowiskowej i rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Lublinie
19. Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego
20. NZOZ „Diamed” Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych w Gnieźnie
21. DaVinci Centrum Medyczne sp. z o.o.
22. XII Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Celem projektu jest przetestowanie modelu zdeinstytucjonalizowanych usług w taki sposób, aby możliwe było sformułowanie systemowych rekomendacji dot. opieki psychiatrycznej w Polsce. Lider projektu, Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”, wraz z partnerami proponuje uwzględnienie różnych warunków brzegowych wdrażania wypracowanego modelu. Testowanie – dla jego sensowności oraz nakładu finansowego – powinno uwzględniać zróżnicowanie warunków, grupy beneficjentów i użytkowników modelu.

Kierując się doborem miejsc przyjęto takie warunki brzegowe, aby na poziomie ogólnopolskim otrzymać rzetelny i trafny obraz oraz sformułować niezbędne rekomendacje po zakończeniu fazy testowania. Analizując dostępność usług psychiatryczno-psychologicznych oraz ich zakres w Polsce na uwagę zwraca kilka problemów bardzo istotnych z punktu widzenia rozwoju usług bazujących na lokalnych społecznościach. Owe problemy

są też istotne z punktu widzenia kryteriów horyzontalnych określonych dla funduszy UE¹, takich jak zrównoważony rozwój, równość szans i niedyskryminacja, równouprawnienie płci oraz budowanie społeczeństwa informacyjnego. Zidentyfikowane problemy w ramach prac projektowych to:

¹ Dane pozyskane z NFZ za 2015 rok.



- 1) dominacja ośrodków wielkomiejskich w kontraktowaniu usług psychiatrycznych, przede wszystkim w ramach usług ambulatoryjnych, doraźnych oraz środowiskowych. Niektóre szpitale psychiatryczne są poza ośrodkami wielkomiejskimi, ale spowodowane jest to stygmatyzacją osób w kryzysie psychicznym,
- 2) niedofinansowanie usług środowiskowych, które są jednym z bardziej efektywnych sposobów przeciwdziałania nawrotom choroby oraz są niezbędnym elementem zdrowienia osób chorych po kryzysie psychicznym. W 2015 roku NFZ zakontraktował więcej niż 1% środków na tę formę leczenia psychiatrycznego,
- 3) dominacja świadczeń dla dorosłych i brak systemowych rozwiązań sprzyjających rozwojowi usług psychiatrii i psychologii wieku rozwojowego. Dyskryminacja dzieci i młodzieży nie dotyczy tylko zasad oraz wielkości kontraktowania (budżet NFZ na usługi związane z leczeniem dzieci i młodzieży wynosi ok 11% wszystkich kontraktów w psychiatrii w 2015 roku), ale także zaproponowanego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020. Brak systemowych rozwiązań dla dzieci i młodzieży jest tym bardziej niepokojący, iż blisko 50% zaburzeń psychicznych leczonych w wieku dorosłym ma swój początek w okresie dzieciństwa lub dojrzewania. Z drugiej strony zbyt mała liczba psychiatrów wieku rozwojowego (ewentualnie dysproporcja w dostępie do nich) może być jedną z przyczyn rozwoju usług skierowanych do dzieci i młodzieży.
- 4) pozostałe problemy – merytoryczne, takie jak:
 - brak dostatecznych rozwiązań dla osoby z zaburzeniami psychicznymi w jej środowisku rodzinnym i związany z tym brak wsparcia dla całej rodziny jako jednostki funkcjonującej w społeczeństwie,
 - izolacja osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu społecznym i zawodowym po odbytych leczeniu,
 - częste powroty osób z zaburzeniami psychicznymi do form opieki zinstytucjonalizowanej,

- brak koordynacji usług społecznych i zdrowotnych, która sprzyjałaby skutecznemu wsparciu i leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi,
- brak jasnych wskazań odnośnie standardów środowiskowych form leczenia i wsparcia.

Wypracowany model ŚCZP bazuje na doświadczeniach krajów UE, które z sukcesem wdrożyły środowiskowe centra zdrowia psychicznego. Ponadto chcieliśmy uniknąć błędów, które pojawiały się u naszych partnerów zagranicznych. Wydaje nam się, że opracowaliśmy kompleksową propozycję, uwzględniającą problemy zdefiniowane przez Ministerstwo Rozwoju w ramach Osi IV Programu Innowacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w temacie: „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”.

Z punktu widzenia ewaluacji w tego typu projektach testowanie tego samego modelu w różnych warunkach daje gwarancję trafnych i rzetelnych rekomendacji dot. wdrażania ŚCZP w ramach rozwiązań prawno-organizacyjnych i środków publicznych. Konstrukcja miejsc wdrożenia pozwala na opracowanie końcowego „podręcznika” organizacji ŚCZP dla starosty powiatów grodzkich i ziemskich. Tabela 1 przedstawia warunki brzegowe dla testowania naszego modelu.

Tabela 1. Organizacja wdrożeń w projekcie ogólnopolskim

Charakterystyka użytkowników ŚCZP oraz miejsca wdrożenia	Ośrodek wielkomiejski/ powiat grodzki	Ośrodek małomiasteczkowy/ powiat ziemski	Ośrodek małomiasteczkowy w „obwarzanku” wielkich miast/powiat ziemski
Dorośli bez uzależnień i niepełnosprawności intelektualnej		Koszalin Kołobrzeg Gniezno	
Dorośli z zespołem leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży do 18 r.ż. bez uzależnień i niepełnosprawności intelektualnej		Zamość Nowy Targ Gniezno	Wiliczka Trzebnica
Dorośli oraz <u>skoordynowane centrum dla dzieci i młodzieży do 18</u>	m.st. Warszawa- dzielnica Bielany		



**r.ż. bez uzależnień
i niepełnosprawności intelektualnej**

**Dzieci i młodzież do 18 r.ż. bez
uzależnień i niepełnosprawności
intelektualnej**

m. Wrocław-
dzielnica Psie Pole
i Fabryczna

Ponadto, chcieliśmy uzupełnić istniejące formy wsparcia w ramach poszczególnych partnerstw oraz wprowadzić elementy innowacyjne obejmując różne grupy beneficjentów, które ze wskazanych powodów są dyskryminowane w usługach medycznych. Partnerstwa analizując zasoby w miejscach wdrażania określiły realne możliwości udzielania wsparcia (także jego formę) w miejscu wdrożenia, także dla dyskryminowanych grup odbiorców.

Zmiany, jakie zaszły w systemie ochrony zdrowia psychicznego między innymi w Finlandii, Niemczech i Włoszech stały się inspiracją do stworzenia modelu, który ma być odpowiedzią na najbardziej aktualne potrzeby osób doświadczonych kryzysem psychicznym i ich rodzin. Mając na uwadze dobro osób chorujących psychicznie oraz ich bliskich proponujemy model oparty na podejściu personalistycznym i terapii skoncentrowanej na potrzebach osoby, jej godności i prawach. Zakładamy, że Środowiskowe Centrum będzie towarzyszyło potrzebującym w procesie zdrowienia. W pierwszej kolejności oznacza to udzielenie im pomocy w środowisku zamieszkania, w naturalnych warunkach rozwoju oraz zapewnienie opieki od pierwszego kryzysu po stabilizację społeczną. Tego rodzaju pomoc pozwala uniknąć długiego leczenia pacjentów w szpitalu i ich izolacji od naturalnego funkcjonowania w rodzinie.

Projekt jest również nastawiony na działania edukacyjne skierowane do społeczeństwa. Ich celem jest uzyskanie przez społeczeństwo umiejętności komunikowania się z osobami doświadczonymi – komunikacji, która ma być wyrazem wsparcia i równości.

Ważnym krokiem jest także opracowanie koncepcji zintegrowania świadczeń medycznych z działaniami oparcia społecznego. Przewidujemy połączenie w tym zakresie zadań resortu zdrowia, polityki społecznej i edukacji. Centrum będzie pełniło funkcję koordynatora proponowanych usług. Umożliwi to udzielenie każdej osobie kompleksowej pomocy.

Zakładamy, że zespół specjalistów różnych dziedzin będzie się jednoczył w podejmowaniu wyzwań związanych z procesem organizacji wsparcia i leczenia na poziomie społeczności lokalnych. Ekipa Centrum ma wyjść naprzeciw potrzebom osób zmagających się z kryzysem psychicznym. Zapraszamy do zapoznania się z Modelem Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego.

Autorzy

Inspiracje do stworzenia środowiskowej opieki psychiatrycznej

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej w XX i XXI w większości krajów funkcjonował na bazie dużych szpitali psychiatrycznych. Tak zwana opieka „azyłowa”, czyli izolowanie osób chorujących psychicznie od reszty społeczeństwa, właśnie w dużych szpitalach psychiatrycznych nie przyniosła oczekiwanych efektów terapeutycznych. Pacjenci trafiający do takich instytucji byli odcięci od naturalnej sieci wsparcia, jaką jest rodzina, postrzegani przez pryzmat postawionej diagnozy, a po zakończonym leczeniu, które mogło trwać miesiącami, odsyłano ich bez większych zmian z powrotem do środowiska, z którego wyszli. Dodatkowo musieli zmagać się z automatyczną stygmatyzacją związaną z pobytem w tego rodzaju instytucji. Nierzadko byli leczeni wbrew własnej woli, przy braku poszanowania godności i podstawowych praw człowieka. Osoby, które raz otrzymywały diagnozę psychiatryczną, funkcjonowały z nią już do końca życia, co jakiś czas trafiając ponownie do szpitala na zasadzie obrotowych drzwi. Sposób funkcjonowania pacjentów w szpitalu psychiatrycznym oddaje cytat Franco Basagli²:

„Jeśli choroba psychiczna w swym początku jest już utratą indywidualności i wolności, tym bardziej szpital jest dla chorych miejscem, gdzie zagubią się ostatecznie, stając się przedmiotem choroby i ciągle powtarzających się przyjęć. Brak planów, widoków na przyszłość, stała zależność od innych bez żadnego osobistego zaangażowania, organizacja czasu pod dyktando wymagań organizacyjnych, to samo w sobie po prostu nie jest w stanie uwzględnić poszczególnych jednostek wraz z ich osobliwymi

² Tłumaczenie za: La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione, 1964, triestesalutementale.it.

przypadkami. Taki jest schemat instytucjonalny, za pomocą którego wyraża się życie w szpitalu psychiatrycznym.”

Wobec nieefektywności powyższego systemu opieki psychiatrycznej i w wyniku przemian społeczno – kulturowych, w latach 50. i 60. XX wieku w USA, Francji, Włoszech i Wielkiej Brytanii zaczęły się tworzyć ruchy związane z krytyką psychiatrii, które położyły podwaliny pod rozwój procesów deinstytucjonalizacji w Europie Zachodniej i USA³.

Zgodnie z definicją, deinstytucjonalizację charakteryzują trzy komponenty:

- a) przeniesienie osób chorujących psychicznie ze szpitali psychiatrycznych do alternatywnych placówek w środowisku lokalnym,
- b) przekierowanie potencjalnych nowych przyjęć do alternatywnych placówek,
- c) rozwój specjalistycznych usług zdrowotnych i społecznych dostępnych dla populacji osób dotkniętych kryzysem psychicznym, które nie miały dotychczas styczności z opieką instytucjonalną.

Ostatni z tych procesów jest szczególnie istotny, ponieważ zakłada, że specyficzne doświadczenia osób dotkniętych kryzysem psychicznym będą wpływały na kształt oferowanych usług zdrowotnych i społecznych, a co za tym idzie, lepszą jakość życia użytkowników⁴.

Pomimo zmian, jakie zaszły w zakresie psychiatrii w Polsce w ciągu ostatnich dwóch dekad (jak chociażby zmniejszenie o 13 tysięcy liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych, wzrost liczby poradni zdrowia psychicznego i szerszy dostęp do psychoterapii)⁵, wciąż daleko nam do lokalnej opieki środowiskowej, która wychodzi naprzeciw potrzebom pacjenta.

W poszukiwaniu inspiracji do stworzenia kompleksowego i innowacyjnego modelu pomocy osobom dotkniętym kryzysem psychicznym sięgnęliśmy do doświadczeń państw, które proces deinstytucjonalizacji zaczęły już w latach 70. Tym sposobem, możemy nie tylko korzystać z wielu dekad dorobku zespołów zajmujących się DI (deinstytucjonalizacji), ale

³ Morzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski T., 2015. Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I. Przebieg deinstytucjonalizacji – działalność grupy Basaglii, *Psychiatria Polska*; 49(2): 391–401.

⁴ Lamb R.H., Bachrach L.L., 2001. Some Perspectives on Deinstitutionalization, *Psychiatric Services*; 52(8): 1039-1045.

⁵ Ministerstwo Zdrowia (2011) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.



przede wszystkim wykorzystać te elementy, które udowodniły największą skuteczność w poprawie stanu zdrowia i ogólnej satysfakcji życiowej użytkowników. Część z elementów organizacyjnych i podejść terapeutycznych, które zostaną opisane, już od kilku lat funkcjonuje w niektórych ośrodkach w Polsce, jednak w sposób rozproszony i fragmentaryczny. Istnieje silna potrzeba nie tylko pacjentów, ale też profesjonalistów, aby wprowadzić jednorodny system pracy nakierowany na rzeczywiste potrzeby wszystkich zainteresowanych grup.

Triest, Włochy

W latach 70, dzięki radykalnemu podejściu psychiatry Franco Basaglia w Trieście utworzono sieć usług psychiatrycznych, które miały stanowić alternatywę, a wręcz zastępstwo dla tradycyjnego psychiatrycznego leczenia szpitalnego. Basaglia był wyznawcą idei, mówiącej o tym, że zajmować należy się pacjentem, a nie chorobą⁶. Postawienie nacisku na podmiotowość osób chorujących psychicznie pociągnęło za sobą szereg zmian, począwszy od oddania pacjentom ich przedmiotów osobistych, poprzez zrównanie pozycji między pacjentami a personelem medycznym, postawienie na partnerstwo a nie hierarchię, a kończąc na zamknięciu wszystkich szpitali psychiatrycznych i ustanowieniu zasady „otwartych drzwi”.

Dzisiejszy system opieki zdrowia psychicznego w Trieście jest uznawany za modelowy w kontekście leczenia środowiskowego i wyznaczający standardy opieki psychiatrycznej na arenie międzynarodowej. Osią tej opieki są cztery Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, które obejmują terytorium zamieszkałe przez 240 000 osób, czyli na jedno ŚCZP przypada 60 tys. mieszkańców. Cechą charakterystyczną Centrum jest dostępność 24 godzin na dobę, 7 dni w tygodniu, a każde z nich prowadzi zespół składający się z około 40-45 osób, w którego skład wchodzi pielęgniarki, psychiatry, psychologowie, pracownicy socjalni i terapeuci rehabilitacji. W związku z tym, że ŚCZP działają przez całą dobę, w nocy dyżuruje dwóch pracowników służby zdrowia, którzy opiekują się podopiecznymi zajmującymi od 4 do 8 łóżek dostępnych w każdym ŚCZP. Łóżka mają charakter tymczasowy i służą dla osoby w kryzysie jako miejsce odpoczynku, wsparcia lub oderwania od systemu rodzinnego w razie

⁶ Morzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski T., 2015. Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I. Przebieg deinstytucjonalizacji – działalność grupy Basaglii. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(2): 391–401.



potrzeby. Do systemu opieki środowiskowej należy również 6 łóżek psychiatrycznych w szpitalu ogólnym. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjenci w ostrym kryzysie mogą zostać przyjęci w nocy (ŚCZP przyjmuje pacjentów od 8.00 do 20.00 bez żadnych formalności). Pobyt na oddziale szpitalnym jest możliwie jak najkrótszy, a pacjenci często są przewożeni do Centrum Zdrowia Psychicznego w przeciągu 24 godzin od przyjęcia⁷. Oddział szpitalny może przyjąć pacjenta pod przymusem na okres nie dłuższy niż tydzień, a o ewentualnym przedłużeniu takiej formy leczenia decyduje burmistrz miasta na podstawie opinii dwóch psychiatrów. Pomimo leczenia przymusowego pacjent znajduje się w placówce, w której obowiązuje zasada „otwartych drzwi”, a wszelkie sytuacje kryzysowe z agresywnym pacjentem są rozwiązywane w trakcie spokojnych i nierzadko długotrwałych negocjacji. Nie stosuje się form przymusu bezpośredniego, tj. pasów, kaftanów, izolatki.

W Centrum pacjent jest traktowany jako gość, a relacja z zespołem ma charakter partnerski. Nad zapewnieniem ciągłości terapeutycznej, która jest jednym z założeń triesteńskiego ŚCZP, dba cały zespół, który regularnie odbywa spotkania, podczas których omawiane są przypadki pacjentów. Ponadto, przy centrum działa ośrodek opieki dziennej, w którym prowadzone są programy treningowe, warsztaty i inne aktywności dla beneficjentów. W związku z tym, że jedną z zasad ŚCZP jest praca z siecią użytkownika (rodziną, bliskimi), dostępne są grupy samopomocowe dla rodzin i szeroko pojętych beneficjentów, co ma na celu nie tylko wsparcie i edukację osób w sieci pacjenta, ale też aktywne zaangażowanie ich w proces leczenia, co zapobiega marginalizacji osoby chorującej psychicznie. Cały system koordynowany przez Departament Zdrowia Psychicznego zajmuje się nie tylko zdrowiem psychicznym, oferując wachlarz usług psychiatryczno-psychologicznych, ale również rehabilitacją społeczną i zawodową oraz profilaktyką w regionie⁸. Ścisła współpraca z organizacjami pozarządowymi pozwala na koordynowanie 60 miejsc w mieszkaniach chronionych i wspieranych na terenie działania ŚCZP, natomiast aktywna współpraca z 13 firmami działającymi na kształt spółdzielni socjalnych wspomaga aktywizację zawodową osób korzystających z systemu.

⁷ Mezzina, R., Johnson, S., 2008. Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre, w: Johnson S., Needle, J., Bindman J.P., E. Thornicroft, Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health, s. 251-266.

⁸ Mezzina, R., 2014. An "Open Door - No Restraint" System of Care for Recovery and Citizenship, The Journal of Nervous and Mental Diseases, 202 (6).

Innowacyjność opisanego modelu polega głównie na tym, że zmiany wychodzą od uniwersalnych wartości i potrzeb samych pacjentów. Podsumowując, można wyróżnić najważniejsze założenia triesteńskiego modelu leczenia zaburzeń psychicznych:

1. Pomaganie osobie, a nie leczenie choroby.
2. Respektowanie wszystkich praw obywatelskich użytkowników.
3. Utrzymanie ról społecznych i sieci wsparcia.
4. Wspieranie procesu zdrowienia i integracji społecznej.
5. Odwoływanie się do praktycznych potrzeb użytkowników.
6. Zmiana postaw w społeczeństwie.

Wprowadzenie powyższych zmian doprowadziło do zamknięcia wszystkich szpitali psychiatrycznych w Trieście, znaczącego spadku leczenia w trybie przymusowym, które na dzień dzisiejszy utrzymuje się na poziomie 10 osób na 100 000. Ponadto satysfakcja użytkowników z oferowanych usług utrzymuje się na poziomie 75%⁹. Programy profilaktyczne prowadzone przez Departament Zdrowia Psychicznego, skierowane na zapobieganie samobójstwom przyczyniły się do zmniejszenia współczynnika samobójstw o połowę, czyli z 25 do 12 na 100 000 osób w ciągu 20 lat¹⁰.

Finlandia

W Zachodniej Laponii od lat 80. XX wieku rozwijana jest środowiskowa opieka psychiatryczna inspirowana badaniami profesora Yrjö Alanena i jego zespołu w Klinice Psychiatrycznej w Turku. Celem badań miało być opracowanie wszechstronnego i zorientowanego psychoterapeutycznie modelu leczenia pacjentów z ostrymi objawami psychotycznymi i ich rodzin. Wypracowany model nosi nazwę Need-Adapted Approach (Podejście Dostosowane do Potrzeb) i zakłada, że proces terapeutyczny każdego pacjenta jest wyjątkowy i powinien zostać dopasowany do potrzeb, jakie zgłasza konkretny pacjent. Podstawę tego podejścia stanowi holistyczne spojrzenie na osobę chorującą jak i całościowy proces leczenia polegający na:

⁹ . Mezzina, R., Johnson, S., 2008. Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre, w: Johnson S., Needle, J., Bindman J.P., E. Thornicroft, Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health; s. 251-266.

¹⁰ Dell'Acqua G., Belviso D., Crusiz C., Costantinides, F., 2003. Trieste e il suicidio: Un progetto di prevenzione. In Quaderni Italiani Di Psichiatria. 22: 11-23.



1. Szybkiej i wczesnej interwencji niezależnie od zgłaszanych objawów.
2. Dostosowaniu terapii do unikalnych potrzeb każdego pacjenta i jego rodziny.
3. Integrowaniu różnych metod terapeutycznych (terapii systemowej, indywidualnej, grupowej, psychodynamicznej, etc.) w jednym procesie leczenia.
4. Traktowaniu podejścia terapeutycznego jako podstawowego elementu pracy całego personelu.
5. Zachowaniu ciągłości w procesie terapeutycznym.
6. Ciągłym monitorowaniu wyników leczenia pacjenta¹¹.

Od 1996 używa się nazwy „Otwarty Dialog” do opisanego podejścia terapeutycznego skoncentrowanego na całej rodzinie i sieci społecznej pacjenta według założeń NAA. „Otwarty Dialog” czerpie z różnych modeli terapeutycznych np. systemowej terapii rodzin, teorii dialogowej czy społecznego konstruktywizmu.

Wprowadzenie powyższych zasad wymagało również zmian w funkcjonowaniu szpitala psychiatrycznego w Keropudas. Przede wszystkim od połowy lat 80. do 1995 roku 90% personelu medycznego zajmującego się pacjentami zarówno ambulatoryjnymi jak i hospitalizowanymi przeszło kursy psychoterapii – rodzinnej lub indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej wzbogaconej o założenia Podejścia Dopasowanego do Potrzeb. W 1987 roku założono w szpitalu psychiatrycznym multidyscyplinarny zespół do pracy ambulatoryjnej, który składał się z psychiatry, psychologa i dwóch pielęgniarek. Do zadań zespołu należało zorganizowanie w przeciągu 24 godzin od nawiązania kontaktu pierwszego spotkania terapeutycznego z każdym pacjentem skierowanym do szpitala. W spotkaniu uczestniczyli również członkowie rodziny, a wszelkie decyzje dotyczące terapii były ustalane wraz z całym systemem w obecności pacjenta, jeszcze przed podjęciem decyzji o hospitalizacji. Dodatkowo pierwsze spotkania miały charakter zapoznawczy i nie polegały na postawieniu diagnozy, a bardziej na osobistych doświadczeniach i przeżyciach osoby w kryzysie. Równoległe ze zmianą w podejściu do pacjenta w Keropudas w przeciągu dekady (1983-1993) zmniejszono liczbę łóżek psychiatrycznych z 299 do 55, natomiast dwukrotnie zwiększono liczbę personelu odpowiedzialnego za leczenie pacjentów w trybie

¹¹ Seikkula, J., 2013. W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia? *Psychoterapia*, 2013; 2 (165): 13–27.

ambulatoryjnym¹². W momencie spadku liczby łóżek stacjonarnych wzrosło zapotrzebowanie na wizyty w środowisku pacjenta. Aby sprostać tym potrzebom wprowadzono mobilne zespoły do spraw psychoz, radzenia sobie z ostrymi stanami i zachowaniem ciągłości terapeutycznej w przypadku dłuższego utrzymywania się objawów.

Według danych uzyskanych z badań, zastosowanie podejścia otwartego dialogu w opiece nad osobami z kryzysem psychicznym przynosi bardzo pozytywne rezultaty. Wyniki wskazują, że po 5 latach od pierwszego epizodu psychozy u większości obserwowanych pacjentów nie stwierdzono utrzymywania się objawów psychotycznych, a jedynie 1/3 zażywała leki, ponadto aż 83% badanych wróciło do aktywności przedchorobowej, czyli na nowo podjęli pracę lub naukę. Skrócono również okres trwania nieleczzonej psychozy do 3 tygodni¹³. Jakko Seikkula twierdzi, że za zaobserwowane zmniejszenie występowania schizofrenii w rejonie Zachodniej Laponii (z 35/100 000 do 2/100 000) odpowiada szybka interwencja, wychwytywanie objawów prodromalnych i praca z siecią, co z kolei wpływa na skrócenie czasu trwania psychozy do okresu nieodpowiadającego kryteriom diagnostycznym schizofrenii (zarówno w klasyfikacji DSM IV-TR i ICD-10 minimum 6 miesięcy utrzymywania się objawów psychotycznych).

Aktualnie pionierskie placówki kryzysowe bazujące na zasadach „Otwartego Dialogu” powstają w coraz większej liczbie miast m.in. w Nowym Jorku pod nazwą „Parachute Project” czy w programie pilotażowym w Londynie.

Ruch „Experianced – Involvement” EX-IN

WHO w 2005 roku ogłosiło, iż aktywny udział osób z doświadczeniami psychiatrycznymi i ich rodzin podnosi jakość opieki psychiatrycznej [11]. Na fali założeń WHO dotyczących włączania beneficjentów systemu w rozwój opieki psychiatrycznej, ale też szukania alternatywnych metod w psychiatrii, w Niemczech w latach 2005-2007 powstał w ramach europejskiego Projektu Leonardo Da Vinci program edukacyjno-rozwojowy EX-IN¹⁴.

Model „EX-IN” (ang. Experianced Involvement) zakłada, że osoby, które przeżyły

¹² Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K., 2011. The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis; Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3.

¹³ Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J.: Otwarty dialog – przydatność w kryzysie psychotycznym. *Med. Prakt. Psychiatria*, 2015; 2: 84–91.

¹⁴ <http://www.ex-in.de/>



kryzys psychiczny (np. psychozy) po odpowiednim przeszkoleniu będą mogli wykorzystać własne doświadczenie chorobowe, aby wspomagać innych pacjentów w kryzysie. Osoby po szkoleniu EX-IN uzyskują ustrukturyzowaną wiedzę, którą dzielą się z chorującymi, ponadto stanowią dowód, że satysfakcjonujące życie z poważną chorobą psychiczną jest możliwe, w związku z czym zaszczepiają nadzieję w pacjentach.

Osoby po kursie EX-IN mogą w szczególności:

- a) wspomagać chorujących w szpitalach psychiatrycznych i centrach kryzysowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- b) pełnić rolę „rzecznika” pacjenta w systemie opieki psychiatrycznej,
- c) dostarczać wiedzy personelowi medycznemu opartej na doświadczeniu choroby,
- d) wspomagać zespół w tworzeniu planów terapeutycznych skierowanych na potrzeby,
- e) edukować i przełamywać stereotypy na temat zaburzeń psychicznych funkcjonujących w społeczeństwie.

Aktualnie w programy szkoleniowe EX-IN zaangażowane są: Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania, Holandia, Niemcy, Słowacja, Szwajcaria, Austria, Bułgaria. Na tej liście znajduje się również Polska, która od kilku lat szkoli „Ekspertów przez Doświadczenie” np. we Wrocławiu, Krakowie, Gdańsku. Jednak, jak do tej pory nie było miejsca dla ekspertów typu EX-IN w polskim systemie opieki psychiatrycznej. Idąc w kierunku deinstytucjonalizacji i pracy z pacjentem w jego środowisku lokalnym, zaangażowanie osób z doświadczeniem i wiedzą jaką posiadają EX-IN wydaje się niezbędne.

Szukając inspiracji do stworzenia efektywnej i kompletnej opieki środowiskowej czerpiemy m.in. z powyższych przykładów, ale również staramy się korzystać z dobrych praktyk związanych z deinstytucjonalizacją z całej Europy i nie tylko. Dzięki współpracy z takimi organizacjami, jak EASPD¹⁵, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste asuits, Pinel¹⁶ i IMHCM¹⁷ jesteśmy na bieżąco z europejskimi wytycznymi w zakresie deinstytucjonalizacji oraz mamy możliwość korzystania z narzędzi wypracowanych przez ww. organizacje.

¹⁵ European Association of Service Providers for Persons with Disabilities.

¹⁶ Initiative für psychisch Kranke.

¹⁷ International Mental Health Collaborating Network.

Założenia Aksjologiczne Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

Czerpiąc z zagranicznych inspiracji oraz wskazań NPOZP odnośnie konieczności organizacji wsparcia i leczenia na poziomie lokalnych społeczności stworzyliśmy model ŚCZP, który ma być dostosowany do aktualnych potrzeb beneficjentów polskiej psychiatrii.

Innowacyjnym elementem naszego opracowania będzie dostosowanie wypracowanego modelu do potrzeb dzieci i młodzieży będących w kryzysach psychicznych. Uwzględniliśmy przy tym wymagania prawne związane z pomocą dzieci i młodzieży.

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego stawia sobie za cel poprawę jakości życia i zdrowia osób doświadczonych kryzysem psychicznym – dorosłych oraz dzieci i młodzieży - działając w pobliżu miejsca ich zamieszkania (w powiecie, mieście, dzielnicy). Dzięki nowemu spojrzeniu na pacjenta jako partnera w relacji i innowacyjnym rozwiązaniom organizacyjnym osoby te będą miały szansę uzyskać wsparcie w osiągnięciu satysfakcjonującego poziomu życia oraz odzyskać poczucie własnej autonomii i integracji ze społeczeństwem.

Jeżeli chcemy spodziewać się wymiernych efektów deinstytucjonalizacji oraz ukierunkowania leczenia psychiatrycznego i wsparcia społecznego na usługi zorganizowane w środowisku życiowym pacjenta ważne jest, żeby zaplanować proces zmian w taki sposób, aby odbywał się on zarówno na poziomie zmiany organizacyjnej, jak i zmiany postaw wobec osób doświadczonych kryzysem psychicznym. Oba procesy powinny się uzupełniać, gdyż mają odrębne znaczenie dla uzyskania dobrostanu osób wyizolowanych i biernych z powodu kryzysów psychicznych.

Pierwsze planowane działania zmierzające do deinstytucjonalizacji są oparte o podjęcie procesu świadomościowego społeczeństwa, a zwłaszcza osób realizujących zadania Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego wobec osób doświadczonych kryzysem psychicznym. Zakładamy, że jedynie zmiana postaw może naturalnie poruszyć proces zmiany organizacyjnej i merytorycznej w kierunku lepszych rozwiązań – adekwatnych do potrzeb beneficjentów. Zmiana postaw jest jednak możliwa jedynie przy wspólnym zaangażowaniu interesariuszy i beneficjentów nowego modelu, gdyż bazuje on na dobrej woli wszystkich

uczestników systemu ochrony zdrowia psychicznego. Zmiana ta wyraża się w samym podejściu do drugiego człowieka, zarówno współpracownika, jak i adresata modelu. Z racji tego, że chodzi tutaj o zmianę postawy (osobisty stosunek do wartości), a nie o zmianę elementów czy struktur systemu, zmiana ta wiąże się ze świadomością swojej postawy, głębią zaangażowania, umiejętnością nawiązania dialogu z osobą doświadczoną kryzysem na poziomie jej poczucia własnej autonomii. Przyjęcie przez osoby realizujące zadania ŚCZP jasnych założeń antropologicznych i wspólnych wartości implikuje określony, spójny program działań.

Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego oparty jest na fundamencie filozofii personalistycznej, koncentrującej się na całościowym podejściu do człowieka. Działania związane z budowaniem relacji profesjonalistów z osobami z zaburzeniami psychicznymi będą nawiązywały m. in. do założeń psychologii personalistycznej opartej o analizę zachowań i rozwoju osobowości – w tym analizę motywacji osoby. [Gasiul, H. (2006). Psychologia osobowości. Nurty teorie koncepcje. Warszawa: Difin., Gasiul, H. (2007). Personalistyczna koncepcja rozwoju osobowości]. Podejście personalistyczne jest szczególnie ważne w pracy w obszarze zdrowia psychicznego.

Po pierwsze, personalizm gwarantuje integralną koncepcję człowieka, co koresponduje z podawaną przez WHO definicją zdrowia, wedle której „zdrowie to stan kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności.”

Po drugie, personalistyczne podejście ukierunkowane jest na społeczny wymiar funkcjonowania osoby, do którego człowiek naturalnie przynależy, w którym działa, realizuje się i rozwija.

Uwzględnienie całościowego spojrzenia na osobę oraz jej zależność od społeczeństwa przeciwdziała redukcjonistycznym ujęciom człowieka w systemie opieki zdrowotnej. Jest to istotne, gdyż wyodrębnienie tylko jednego aspektu potrzebnego do zdrowienia, np. farmakoterapii – przy jednoczesnym braku uwzględniania innych czynników, np. budowania kontaktu z rodziną, pomocy w osiągnięciu stabilizacji zawodowej – rodzi niebezpieczeństwo braku uzyskania dobrostanu przez chorującego. Osoba po przejściu leczenia szpitalnego często nie jest w stanie sama przystosować się do oczekiwań społecznych. Pomimo uzyskania

zrównoważonego stanu w ocenie medycznej, nadal nie wychodzi z bierności i izolacji. Stąd, wzmocnienie osoby musi odnosić się do całościowego jej rozwoju (m.in. budowania jej kondycji psychofizycznej, uwzględnienia norm społecznych w jakich funkcjonuje, odniesienia do wartości dla niej ważnych, wzmocnienia jej potencjału zawodowego).

Zarówno w Polsce, jak i w UE podejmowane są działania na rzecz zdrowia psychicznego, zwłaszcza w nawiązaniu do niepokojących statystyk¹⁸ wskazujących na znaczny wzrost na całym świecie ilości osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych. Coraz bardziej konieczna staje się refleksja nad definicją zdrowia oraz poszukiwanie rozwiązań systemowych, które zapewnią lepszą ochronę zdrowia.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia w 2010 roku przygotowało „Narodowy Program Ochrony Zdrowia¹⁹” „określający strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.”²⁰

Dodatkowo „Deklaracji o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy” z 2005 roku wskazuje się, iż:

„dobre zdrowie psychiczne ma zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami.”²¹

Komisja Europejska w 2005 r. w tzw. „Zielonej Księdze” opublikowała dokument: „Poprawa zdrowia psychicznego ludności - strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”, w którym zapisano, że „zdrowie psychiczne jest kapitałem pozwalającym na realizowanie (...) intelektualnego i emocjonalnego potencjału oraz znalezienie i odgrywanie swoich ról w życiu społecznym, w szkole i w pracy. W odniesieniu do społeczeństw, dobry stan zdrowia psychicznego obywateli pozytywnie wpływa na ich dobrobyt, solidarność i sprawiedliwość społeczną. Natomiast zły stan zdrowia psychicznego, zarówno dla obywateli, jak i dla systemów społecznych, jest źródłem przeróżnych kosztów, strat i obciążeń.”²²

¹⁸ Statystyki WHO, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.

²⁰ Narodowy Program Ochrony Zdrowia - Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia 2011, s.5

²¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1

²² Zielona Księga pt. „Poprawa zdrowia psychicznego ludności - strategia zdrowia psychicznego dla UE, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pl.pdf



Te i szereg innych dokumentów potwierdzają, że działania na rzecz zdrowia psychicznego są niezbędne i potrzebne dla dobra całego społeczeństwa. Zdrowie psychiczne nie jest jedynie sprawą jednostki. Jest wartością związaną z całą egzystencją człowieka - obywatela. Helsińska Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich wskazuje, że „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”. Dobrostan jednostki, jej aktywny udział w życiu społecznym ma wpływ na integralny i zrównoważony rozwój innych obywateli.

Działalność ŚCZP wpisuje się w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, do którego celów należy m.in.:

- podkreślanie przynależności osób wykluczonych ze względu na kryzys psychiczny do wspólnoty obywateli i pomaganie im w powrocie do aktywnego życia,
- wykształcenie postaw prozdrowotnych,
- zorientowanie pomocy na integrację społeczną,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych,
- dbałość o relacyjny wymiar osób.

Centrum zapewnia ciągłość terapeutyczną, a także łącząc świadczenia zdrowotne i społeczne, pozwala w sposób integralny podjąć proces powrotu osoby doświadczonej kryzysem psychicznym do aktywnego życia społecznego. Położenie akcentu na powrót do ról społecznych i aktywność zawodową zakłada unikanie długotrwałego wyizolowania pacjentów w warunkach szpitalnych czy domowych.

Niezaprzeczalnym argumentem jest, iż ogromną wagę kreacyjną dla życia jednostek stanowi wspólnota, a więc kontekst społeczny, który „współtworzy” jednostkę – jej życie, postawy, a także jej zdrowie. Kwestia zdrowia dotyczy nie tylko jednostki, lecz także społeczeństwa – dlatego potrzebne jest otwarcie się na coraz większe spektrum uczestników procesu budowania zdrowia, włączenie ich „głosu” do udziału nie tylko w terapii czy procesie zdrowienia, ale także w systemie opieki zdrowia. Model uwzględnia nie tylko analizę i wiedzę profesjonalistów opartą o długoletnie badania, ale również udział osób doświadczonych chorobą psychiczną, ich bliskich i rodzin na każdym etapie budowania wsparcia. Działania takie są wdrażane poprzez Otwarty Dialog i program EX-IN.

Zgodnie z założeniami personalizmu człowiek w procesie zdrowienia szuka intuicyjnie rozwiązań odpowiadających jego potrzebie rozwoju, dążąc do pełnego i świadomego



uczestnictwa w życiu społecznym. Gdy osoby doświadczone kryzysem psychicznym są współtwórcami rozwiązań własnych problemów, rozwiązania te naturalnie wzmacniają proces zdrowienia. Wszelkie propozycje pomocy kierowane do chorych, muszą uwzględniać głos samych potrzebujących. Spojrzenie z perspektywy osobistego doświadczenia kryzysu i zdrowienia ma istotne znaczenie dla budowania systemu ochrony zdrowia psychicznego. Wnosi ono niezwykle cenne informacje i ujawnia potrzeby, które trudno jest dostrzec z punktu widzenia osób profesjonalnie pomagających. W związku z tym takie doświadczenia nie mogą być ignorowane i są uwzględniane w modelu ŚCZP.

ŚCZP zakładając dla swoich działań aksjologię personalistyczną, stawia osobę z zaburzeniami w centrum uwagi - podkreślając jej godność i prawa. Edukacja pracowników ochrony zdrowia psychicznego ma przygotować do budowania relacji terapeutycznej uwzględniającej autonomię osób doświadczonych kryzysem psychicznym. To jest pierwszy etap na drodze do zmiany. Na dalszym etapie humanistyczne podejście do osób z zaburzeniami powinno zostać uwzględnione nie tylko wśród pracowników ŚCZP, ale w całym społeczeństwie, które musi zmierzyć się z problemem zwiększającej się liczby osób doświadczonych kryzysem psychicznym. Kampanie i różnego rodzaju działania edukacyjne, jakie są zadaniem ŚCZP mają ukierunkować proces świadomościowy społeczeństwa tak, aby osoby doświadczone nie były identyfikowane jako „inne” i nieprzystosowane, czy nawet niebezpieczne, ale przede wszystkim jako te, które mogą i powinny współtworzyć społeczny dobrobyt i kulturę.

Potrzebujemy być szczególnie wyczuleni na to, aby cele organizacyjne i instytucjonalne nie brały góry nad indywidualnymi potrzebami i celami pacjenta. Należy pracować nad tym, aby relacja między profesjonalistami a pacjentami nie budowała dystansu, w wyniku którego pacjent czuje się gorszy, słabszy lub zależny; żeby mógł odzyskać wpływ na swój proces leczenia, tym samym na swoje życie; żeby dzięki temu chciał podejmować decyzje i zaangażować wszystkie swoje zasoby w proces zdrowienia.

Aktualne potrzeby i oczekiwania osób doświadczonych kryzysem psychicznym, ich rodzin i bliskich oraz pracowników ochrony zdrowia psychicznego

W ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” zostało przeprowadzone anonimowe badanie odnośnie potrzeb, jakie powinny zostać zapewnione podczas dokonywanych zmian w systemie ochrony zdrowia psychicznego przez Fundację Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” przy współudziale Partnerów Projektowych. Badanie było skierowane do trzech grup, których dotyczy proces zmiany w systemie leczenia i wsparcia – osób doświadczonych kryzysem psychicznym, ich rodzin i bliskich oraz pracowników ochrony zdrowia psychicznego. Badaniu poddano losową grupę beneficjentów i interesariuszy. Kwestionariusze pytań otwartych były dostępne online od 14 lipca 2016 r. do 15 września 2016 r. przez Uniwersytecki System Badań Online Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie – Partnera Naukowego w projekcie. Równoległe część ankiet została wysłana do placówek typu: PZP, ŚDS, WTZ etc. Celem badania było oszacowanie jakie są potrzeby i oczekiwania osób doświadczonych kryzysem psychicznym, ich rodzin i bliskich oraz profesjonalistów, aby można było je uwzględnić w rozwiązaniach modelowych ŚCZP.

Główną badaną grupą były osoby z zaburzeniami psychicznymi. Łącznie z tej grupy uzupełniono 186 ankiet. W tym 116 ankiet zostało uzupełnionych przez kobiety, 65 przez mężczyzn, 5 osób nie wskazało płci. Ankietowani korzystają z opieki psychiatrycznej na terenie województw: łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, małopolskiego, podkarpackiego, pomorskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego, mazowieckiego, zachodniopomorskiego. Każdy z ankietowanych mógł wymienić w sumie do 9 kwestii związanych z organizacją ochrony zdrowia psychicznego - w tym barier, propozycji zmian lub potrzeb, jakie powinny zostać uwzględnione. Zwykle ankietowani ograniczali się do mniejszej liczby odpowiedzi.

Udzielone odpowiedzi zostały uogólnione do powtarzających się kwestii (problemów). Bariery, potrzeby i oczekiwania zdefiniowane u ankietowanego w taki sam sposób są liczone jako jeden problem, na jaki należy zwrócić uwagę w dokonywanych

zmianach. W raporcie badań zostały uwzględnione te problemy, które zostały wymienione przez co najmniej pięć osób uczestniczących w badaniu.

Wyniki badań potrzeb osób doświadczonych kryzysem psychicznym nie wykazały różnic płciowych. Mężczyźni i kobiety z tej grupy wskazali na pierwszych trzech miejscach te same kwestie, które należy uwzględnić w dokonywanych zmianach. Największa ilość głosów wśród kobiet z tej grupy była skoncentrowana na kwestiach związanych z brakiem dostępności do usług specjalistów, głównie do usług lekarza psychiatry, następnie problemach związanych ze zjawiskiem stygmatyzacji oraz kwestii związanej z brakiem umiejętności profesjonalistów do budowania właściwej relacji z osobami doświadczonymi kryzysem psychicznym. Z kolei mężczyźni na pierwszym miejscu wskazywali na problem stygmatyzacji, następnie na problem postaw profesjonalistów względem osób doświadczonych kryzysem psychicznym oraz kolejno na dostępność usług specjalistów, głównie usług lekarza psychiatry.

Grupa badanych osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego zdefiniowała następujące problemy, odnośnie organizacji ochrony zdrowia psychicznego:

Badana grupa: Osoby doświadczone kryzysem psychicznym	
Zdefiniowane kwestie dotyczące organizacji ochrony zdrowia psychicznego	Ilość głosów
<p>Stygmatyzacja, poczucie wstydu, niezrozumienie sytuacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego przez środowisko.</p> <p>Wskazywano na konieczność przeprowadzania szkoleń skierowanych do społeczeństwa na temat chorób psychicznych. Zauważono również potrzebę organizacji różnego rodzaju festynów oraz konferencji przeciwdziałających zjawisku stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	65
<p>Brak wystarczającej dostępności usług lekarza psychiatry.</p>	56

<p>Niewłaściwe postawy profesjonalistów względem osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Brak umiejętności budowania właściwej relacji z osobą z zaburzeniami psychicznymi sprzyjającej zdrowieniu.</p> <p>Zwracano uwagę na konieczność wprowadzenia bardziej indywidualnego podejścia do pacjenta, budowania relacji opartej na zaufaniu, większej empatii u lekarzy.</p>	45
<p>Brak wystarczającej dostępności specjalistycznych usług (ogólnie).</p>	43
<p>Problem w odnalezieniu się na rynku pracy.</p> <p>Zwracano uwagę na konieczność wprowadzenia pracy chronionej, pomoc w znalezieniu pracy, edukacji pracodawców o możliwości zatrudniania osób z zaburzeniami. Oczekiwano również, aby wraz z podjęciem pracy nie były odbierane świadczenia.</p>	34
<p>Brak znajomości sytuacji rodzinnej.</p> <p>Wskazywana na konieczność zapewnienia wsparcia w środowisku i objęcia opieką rodziny.</p>	34
<p>Wysokie koszty leków i leczenia.</p>	34
<p>Brak wystarczającej dostępności do rozmowy z psychologiem, bądź rozmów z terapeutami służącym wsparciu.</p>	28
<p>Brak psychoedukacji i innych szkoleń.</p> <p>Zwracano uwagę na konieczność zapewnienia szkoleń wzmacniających decyzyjność, poczucie własnej wartości i świadomość tego, jak radzić sobie z chorobą.</p>	26
<p>Brak wystarczającej liczby placówek leczenia i wsparcia, duża odległość do dostępnych placówek.</p>	26
<p>Niewłaściwy dobór leków, negatywne skutki farmakoterapii.</p>	19
<p>Złe warunki w szpitalu.</p>	13

Wskazywano na przepełnione oddziały, brak wystarczającej liczby „łóżek”.	
Brak wystarczającej dostępności do psychoterapii.	12
Brak propozycji różnorodnych zajęć wspierająco-aktywizujących. Zwracano uwagę na konieczność wprowadzenia tego rodzaju rozwiązań na oddziałach szpitalnych.	11
Niewłaściwa analiza i ocena problemu pacjenta. Oczekiwano, aby przeznaczono więcej czasu na zbadanie przyczyn i postawienie trafnej diagnozy.	11
Problem samotności i izolacji. Zwracano uwagę na konieczność organizowania grup samopomocowych, integracji osób doświadczonych kryzysem, organizowania turnusów rehabilitacyjnych.	10
Brak mieszkań chronionych i konieczność ich zapewnienia.	8
Brak szybkiej reakcji na kryzys.	6
Długi pobyt w szpitalu, brak rozwiązań alternatywnych dla długiego pobytu w szpitalu.	5
Rozparcelowanie różnego rodzaju usług. Konieczność ich integracji.	5
Brak dostatecznej informacji o dostępnych placówkach i formach pomocy Brak informacji o pomocy, jaką może uzyskać młodzież.	5

Kolejną badaną grupą były rodziny i bliscy osób doświadczonych kryzysem psychicznym. Stosunkowo niewielka liczba osób z tej grupy wzięła udział w badaniu i w znacznej mierze były to kobiety – aż 35 ankietowanych spośród 39 uzupełnionych badań. Podobne odpowiedzi zostały uszupólnione do problematycznych kwestii, jakich dotyczyły. Każdy z ankietowanych mógł wymienić w sumie do 12 problemów czy propozycji związanych

z organizacją leczenia i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz problemów związanych z organizacją działań skupionych na rodzinach i bliskich. W raporcie badań zostały uwzględnione te kwestie, które zostały wymienione przez co najmniej pięć osób uczestniczących w badaniu.

Grupa badanych rodzin i bliskich osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego zdefiniowała następujące problemy, odnośnie organizacji ochrony zdrowia psychicznego:

Badana grupa: Rodziny i bliscy osób doświadczonych kryzysem psychicznym	
Zdefiniowane kwestie dotyczące ochrony zdrowia psychicznego	Ilość głosów
Ogólny brak wystarczającego wsparcia i pomocy dla osób doświadczonych kryzysem psychicznym.	18
Stygmatyzacja osób chorych i ich rodzin. Wskazywano na konieczność przeprowadzenia szkoleń i różnego rodzaju oddziaływań w społeczeństwie zapobiegających zjawisku stygmatyzacji.	16
Pomijanie funkcji rodzin w systemie ochrony zdrowia psychicznego. Wskazano na potrzebę włączenia rodzin w leczenie i wsparcie osób doświadczonych kryzysem psychicznym. Proponowano, aby w ramach działań na rzecz rodzin znalazła się wspólna terapia rodzin z pacjentem oraz wyjazdy integracyjne.	15
Brak wystarczającej dostępności specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	13
Brak budowania właściwej relacji profesjonalistów z osobami doświadczonymi kryzysem psychicznym. Wskazywano na konieczność indywidualnego, podmiotowego podejścia	12

do pacjenta i głębszego wsłuchania się w jego problemy.	
Brak dostatecznej informacji na temat miejsc, gdzie można uzyskać wsparcie oraz brak informacji na temat chorób psychicznych i sposobów radzenia sobie z objawami, brak informacji na temat nowych metod leczenia czy terapii. Wskazano na konieczność edukacji społeczeństwa w tym zakresie oraz organizację działań profilaktycznych.	11
Brak profesjonalnego wsparcia rodzin. Proponowano organizację różnego rodzaju zajęć dla rodzin, terapii oraz rozmowę z profesjonalistami i wsparcie psychologa.	11
Brak wystarczającego kontaktu profesjonalistów z rodziną odnośnie sytuacji zdrowotnej osoby bliskiej.	7
Trudna sytuacja finansowa osób z zaburzeniami psychicznymi. Proponowano poprawę sytuacji finansowej osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez zabezpieczenie rentowe stałe, większe fundusze na leczenie, zwiększenie refundacji leków.	7
Brak miejsc pracy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Oczekiwano pomocy w zakresie szukania pracy dla osób doświadczonych kryzysem psychicznym oraz zapewnienia im możliwości rozwoju.	5

Ostatnią badaną grupą byli profesjonalści. W badaniu ankietowym wzięły udział 94 osoby, w tym 14 mężczyzn i 79 kobiet (1 osoba nie zazaczyła płci) zamieszkałych w województwach: dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Każdy z ankietowanych mógł zdefiniować w sumie 12 kwestii dotyczących organizacji ochrony zdrowia psychicznego, w tym związanych z barierami i proponowanymi rozwiązaniami systemowymi, potrzebami

związanymi z leczeniem i wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi oraz oczekiwaniami względem organizacji pracy. Odpowiedzi udzielane przez daną osobę dotyczące tej samej kwestii zostały podliczone jako jedna wypowiedź.

Badana grupa: Profesjonaliści	
Zdefiniowane kwestie dotyczące organizacji ochrony zdrowia psychicznego	Ilość głosów
<p>Brak właściwego dostosowania czasu i częstotliwości wizyt.</p> <p>Proponowano objęcie opieką mniejszej ilości pacjentów przez jednego pracownika, zniesienie narzuconego czasu wizyt oraz umożliwienie lekarzom, aby decydowali o częstotliwości i długości wizyt pacjentów.</p>	62
<p>Brak dostępności specjalistycznych usług (głównie lekarzy psychiatrów i dostępności do psychoterapii długoterminowej).</p>	60
<p>Możliwości rozwoju pracowników, kształtowanie ich postaw.</p> <p>Proponowano, aby zwiększyć nakłady finansowe na szkolenia personelu placówek psychiatrycznych, kształtowania umiejętności miękkich, podnoszenie kwalifikacji, edukację lekarzy i społeczeństwa o postępach w psychiatrii oraz na potrzebę wprowadzenia superwizji.</p> <p>Wskazywano również na konieczność zadbania o kondycję psychiczną personelu poprzez odpowiednie szkolenia, budowanie większego szacunku dla profesjonalizmu i dbałość o utrzymanie rozwoju.</p>	42
<p>Brak podążania za potrzebami pacjenta.</p> <p>Proponowano mniej sztywny system pracy, zmniejszenie obowiązków administracyjnych na rzecz indywidualnej pracy z pacjentem - wprowadzenie indywidualnego planu pomocowego i indywidualnego programu</p>	35

<p>terapeutycznego. Podkreślano konieczność podmiotowego traktowania osób z zaburzeniami, proponowano odchodzenie od systemu, który kształci u pacjentów postawy roszczeniowe i bierne.</p>	
<p>Brak współpracy między jednostkami udzielającymi wsparcia, brak współpracy lekarzy POZ z systemem opieki psychiatrycznej.</p> <p>Wskazywano na konieczność przekazywania informacji na temat pacjentów, częste zebrania zespołów interdyscyplinarnych, nawiązanie współpracy między podmiotami leczniczymi a organizacjami pozarządowymi.</p>	34
<p>Problem postaw społeczeństwa względem osób z zaburzeniami, stygmatyzacja. Niedostateczna informacja na temat chorób psychicznych i możliwości uzyskania wsparcia oraz brak zrozumienia sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Proponowano wprowadzenie społecznej informacji, edukacji społeczeństwa, profilaktyki, psychoedukacji, działań integrujących osoby z zaburzeniami ze społeczeństwem.</p>	29
<p>Niskie wynagrodzenia.</p> <p>Proponowano podwyższenie pensji, wprowadzenie systemu premiowania pracowników i uwzględnianie w przyznawanym wynagrodzeniu niebezpiecznych warunków pracy.</p>	28
<p>Brak wystarczającej oferty dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Proponowano wprowadzenie jasnych zasad współpracy z rodziną i pacjentem, zaangażowanie rodzin w różnego rodzaju programy, budowanie „dialogu”, współpracę z organizacjami pozarządowymi rodzin.</p> <p>Wskazywano na konieczność znajomości sytuacji domowej osób doświadczonych kryzysem psychicznym oraz pracę terapeutyczną z rodzinami.</p>	27

<p>Niedostateczne wsparcie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w ich środowisku.</p> <p>Proponowano zwiększenie roli terapeutów środowiskowych, zespołów leczenia środowiskowego.</p> <p>Wskazywano też na konieczność promocji psychiatrii środowiskowej, lepsze finansowanie opieki środowiskowej, wypracowanie standardów w leczeniu środowiskowym, kształtowanie środowiskowego modelu leczenia i wsparcia oraz pracę terapeutyczną skupioną na zagadnieniu więzi społecznych.</p>	25
<p>Brak pracy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Wskazywano na konieczność organizowania pomocy w odnalezieniu się osób z zaburzeniami na rynku pracy, edukację pracodawców o możliwości zatrudniania osób z zaburzeniami psychicznymi, ograniczenie przyznawania rent.</p>	24
<p>Słaby system wsparcia w małych gminach.</p> <p>Proponowano wprowadzenie większej ilości placówek i form pomocy. Zwracano uwagę, aby były one dostępne bliżej miejsca zamieszkania beneficjentów z mniejszych miast czy miejscowości.</p>	20
<p>Proponowano wprowadzenie różnych form aktywizująco-wspierających, treningi adaptacyjne, kluby samopomocy, koła zainteresowań.</p>	13
<p>Problem przepiętnionych oddziałów psychiatrycznych i konieczność tworzenia nowych oddziałów.</p>	12
<p>Drogie leki dla pacjentów i zwiększenie ich refundacji.</p>	11
<p>Brak szybkiej reakcji na kryzys. Organizowanie jednostek interwencji kryzysowej.</p>	9
<p>Wskazywano na wymagający charakter pracy i problem wypalenia zawodowego. Proponowano wprowadzenie dodatkowego urlopu dla pracowników.</p>	8
<p>Konieczność zapewnienia mieszkań chronionych.</p>	7

Przegląd danych na temat beneficjentów systemu Ochrony Zdrowia Psychicznego

W 2014 r. w Polsce osoba pełnoletnia chorująca psychicznie miała możliwość skorzystania z 47 szpitali psychiatrycznych (które dysponują 15726 miejscami). W całodobowych oddziałach psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych dostępnych było 6993 miejsc (211 oddziałów). Dorośli pacjenci mieli również możliwość leczenia psychiatrycznego w 348 dziennych oddziałach psychiatrycznych (6824 miejsc). Utworzonych było 132 zespołów leczenia środowiskowego, obejmujących swoją pomocą 29 778 osób.

Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży dysponowała 2 szpitalami (144 miejscami). Liczba całodobowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych wynosiła 15 i oferowała 418 miejsc. Na 40-tu oddziałach dziennych mogło się leczyć 1032 niepełnoletnich podopiecznych.

Z analizy danych statystycznych wynika, że w trybie hospitalizacji całodobowej, u pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy, najczęściej występującą chorobą psychiczną jest diagnoza F20²³ (6909 osób). Drugą pod względem częstości wystąpienia jest diagnoza F43 (6601), trzecią F32 (3890). Ogólnie liczba pacjentów psychiatrycznych hospitalizowanych w 2014 r. w poszczególnych jednostkach chorobowych wynosiła: F20 – 41449, F43 – 9052, F31 – 7649. Inaczej przedstawia się rozkład występowania chorób osób leczących się po raz pierwszy w trybie ambulatoryjnym. Na pierwszej pozycji klasyfikuje się diagnoza F40-F48 – 122 902 osoby. Drugą najczęściej pojawiającą się diagnozą była F30 i F32 - 34248

²³ F00–F09 Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi
F10–F19 Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
F20–F29 Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe
F30–F39 Zaburzenia nastroju [afektywne]
F40–F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
F50–F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60–F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
F70–F79 Upośledzenie umysłowe
F80–F89 Zaburzenia rozwoju psychologicznego
F90–F98 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym
F99 Nieokreślone zaburzenia psychiczne



przypadków, kolejną F31 i F33 – 20926. W leczeniu ambulatoryjnym było około dwa razy więcej przypadków z diagnozą F40 wśród kobiet niż u mężczyzn.

Pod względem długości pobytu w szpitalu średni czas hospitalizacji pacjentów z diagnozą F20 wynosił 65 dni. Na drugim miejscu byli pacjenci z diagnozą F40: 53 dni, F21-F29: 52 dni. Ogólnie średni czas hospitalizacji chorych psychicznie (z wyłączeniem F00-F19 oraz F70-F79) kształtował się na poziomie 50 dni (w tym kobiety średnio 47 a mężczyźni 54 dni).

Koszty związane z leczeniem osób chorujących psychicznie (z wyłączeniem F00-F19 i bez F70-F79): W 2014 r. na renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty socjalne przeznaczono ogółem 2 274 047,3 zł. Koszty związane z absencją chorobową wyniosły 1 061 766,5 zł. Z danych wynika, że 62% tej kwoty pochłonęły absencje chorujących kobiet. Również w ramach świadczeń rehabilitacyjnych na całą przypadającą kwotę: 164 698,7 zł - ilość wykorzystanych środków była prawie 2x większa wśród kobiet niż u mężczyzn (67% kobiety, 33% mężczyźni). Na świadczenie rehabilitacyjne lecznicze ZUS przeznaczył kwotę: 12 959,8 zł – w tym 9 613,5 zł dla kobiet (74%) i 3 346,3 zł dla mężczyzn (26%). Średnia długość zaświadczenia lekarskiego u osób chorujących psychicznie (bez F00-F19 i bez F70-F79) wynosiła w 2014 r. 17 dni, podczas gdy ogółem (osoby nie chorujące) wartość ta kształtowała się w Polsce na poziomie 13 dni.

Cele i funkcje Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

Mając na uwadze efekty osiągnięte w podejściu skoncentrowanym na potrzebach

Modelowe rozwiązania koncentrują się na dwóch celach, które są wyznaczone z perspektywy korzyści użytkownika systemu: Modelowe rozwiązania koncentrują się na dwóch celach, które są wyznaczone z perspektywy korzyści użytkownika systemu:

1. Odzyskiwanie samosteroowności w różnych obszarach życia przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej.
2. Odbudowa sieci satysfakcjonujących relacji interpersonalnych przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej.

pacjenta i jego sieci wsparcia warto rozważyć implementację sprawdzonych praktyk europejskich dla naszych potrzeb. Oto próba adaptacji takich koncepcji na gruncie polskim.

Powyższym celom podporządkowane są działania merytoryczne i organizacyjne Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego. Kolejnymi celami jest zorganizowanie i koordynacja działań profilaktycznych i edukacyjnych oraz medycznej i społecznej sieci oparcia dla osób w trakcie i po przebytych kryzysach psychicznych w taki sposób, żeby zapewnić leczenie i wsparcie wszystkim zdrowiejącym z terytorium powiatu, miasta, dzielnicy za wyjątkiem przypadków bezwzględnie wymagających hospitalizacji.

Centrum jest miejscem, gdzie organizuje się pomoc i leczenie pacjentów w trakcie i po przebytych kryzysach psychicznych. Oznacza to, że realizuje ono podstawowe zakresy świadczeń na danym terenie. Jest osią pełniącą z jednej strony funkcje profilaktyczne, lecznicze i pomocowe, a z drugiej funkcje koordynujące działania na rzecz pacjentów. Pełni również rolę całodobowego telefonu zgłoszeniowego, którego celem jest nawiązanie współpracy z pacjentem lub organizacja odpowiedniej służby do podjęcia stosownej interwencji zewnętrznej (np.: pogotowie, szpital, etc.), w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia. Centrum koordynując współpracę pacjenta zarówno w procesie oddziaływań medycznych jak również oddziaływań pomocowych wykonuje funkcję, która dotychczas nie była realizowana. Pomaga pacjentowi od momentu pierwszego kryzysu do momentu powrotu do pełnienia ról społecznych - wyzdrowienia. Towarzyszy więc pacjentowi we wszystkich przejawach i formach jego kryzysu psychicznego oraz życia: w rodzinie, szkole, pracy, urzędach, placówkach służby zdrowia oraz pomocy społecznej, instytucjach rynku pracy, itp.

Jedną z najistotniejszych cech ŚCZP jest połączenie w swoim działaniu trzech podstawowych funkcji - profilaktyki i edukacji, leczenia oraz oparcia społecznego. Zadania te finansowane są z różnych resortów, lecz tylko realizowane komplementarnie podążają za pacjentem od pierwszego kryzysu po ponowne wejście w role społeczne, zapewniając całe spektrum działań leczniczo – rehabilitacyjnych i społecznych przy zachowaniu ciągłości terapeutycznej. Stąd, w działaniach centrum powinny być zawarte:

1. Oddziaływania profilaktyczno–edukacyjne,
2. Oddziaływania medyczne o charakterze Zintegrowanego Świadczenia Medycznego,

3. Oddziaływania społeczne o charakterze Zintegrowanego Świadczenia Oparcia społecznego.



Aby spełnić wszystkie wymienione wyżej założenia, działanie Centrum powinno być oparte o następujące zasady:

1. **natychmiastowa pomoc** – pierwsze spotkanie odbywa się w ciągu 24 godzin od informacji o kryzysie - niezależnie od tego, kto nawiązał pierwszy kontakt. Jego celem jest uniknięcie hospitalizacji oraz umożliwienie pacjentowi wyrażenia swoich ekstremalnych doświadczeń, często wywołanych przez rzeczywiste wydarzenia, przerażające dla pacjenta, a niezauważone przez jego bliskich. Szybka reakcja pozwala stworzyć bezpieczną atmosferę do rozmów o tych doświadczeniach, które były nieuznawane lub nieakceptowane przez rodzinę, na opisanie których nie znaleziono jeszcze wspólnego języka;
2. **włączenie sieci społecznej** – do udziału w pierwszych spotkaniach oprócz pacjenta zaprasza się także jego rodzinę, kluczowych członków jego sieci społecznej, np. jego przyjaciół, sąsiadów, kolegów z pracy czy lekarzy, z którymi wcześniej się kontaktował - a więc te osoby, których dotyczy dana sytuacja. Sieć wsparcia ułatwia właściwe zdefiniowanie problemu. W przypadku wsparcia udzielanego dla dzieci i młodzieży



rodzina oraz pracownicy oświaty będą włączani z zasady w proces koordynowanego wsparcia;

3. **elastyczność i mobilność** – leczenie powinno stanowić odpowiedź na konkretne i zmieniające się potrzeby pacjenta, i jego rodziny oraz zawierać metody terapii odpowiednie dla nich, ich specyficznego języka i stylu życia. Najlepszym miejscem spotkań jest dom pacjenta, gdyż tam zasoby rodziny są najłatwiej dostępne, co pomaga uniknąć niepotrzebnej hospitalizacji;
4. **odpowiedzialność** – osoba, z którą nawiązano pierwszy kontakt jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania i zapewnienie rodziny, że otrzyma potrzebną pomoc. Zespół, w zależności od rodzaju i ilości problemów, składający się ze specjalistów z różnych dziedzin, jest w całości odpowiedzialny za analizę problemu i zaplanowanie leczenia. W przypadku różnicy opinii alternatywy są omawiane w obecności pacjenta i jego rodziny, co zwiększa ich wpływ na podejmowanie decyzji;
5. **zapewnienie ciągłości terapeutycznej** – zespół Centrum jest odpowiedzialny za cały proces leczenia tak długo, jak to konieczne, zarówno w przypadku leczenia ambulatoryjnego jak i szpitalnego. Pozwala to uniknąć sytuacji, w której zmiana terapeutów spowoduje zbytne skupienie się na działaniach, które należy podjąć, zamiast na samym procesie leczenia. Oznacza to także połączenie różnych metod terapeutycznych w taki sposób, aby się uzupełniały tworząc spójny proces leczenia;
6. **tolerancja niepewności** – jest zaprzeczeniem podejścia skoncentrowanego na chorobie i usuwaniu objawów za pomocą leków. W tym podejściu buduje się u pacjenta poczucie bezpieczeństwa, a następnie mobilizuje zasoby psychiczne jego i jego rodziny w kierunku dzielenia trudnych doświadczeń. Czas, jaki zyskuje się na analizę problemu pozwala uniknąć przedwczesnych decyzji oraz błędnego zastosowania leków neuroleptycznych;
7. **dialogowość** – największy nacisk kładzie się na dialog, a dopiero w dalszej kolejności na zmianę. Dialog jest środkiem pozwalającym pacjentom i ich rodzinom zyskać większy wpływ na swoje życie i odzyskać nad nim kontrolę. Zadaniem terapeutów jest animowanie otwartej rozmowy w oparciu o wypowiedzi pacjenta i jego bliskich, w sposób pozwalający zastosować ich wiedzę zawodową w danym kontekście.

Zadania profilaktyczno-edukacyjne

Zdrowe psychiczne, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jest jednym z podstawowych elementów ogólnego zdrowia. Oznacza nie tylko brak zaburzeń czy choroby, ale także potencjał psychiczny, umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb, osiąganie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia; zwiększający zdolność rozwoju, uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywaniem trudności, a także sprzyjający nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywnemu udziałowi w życiu społecznym²⁴. W ostatnich latach Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała kilka dokumentów poruszających tematykę zdrowia psychicznego osób w każdym wieku, zgodnie z podejściem **life-course**, czyli ujmowaniem zdrowia w całym cyklu życia – od poczęcia do późnej starości²⁵. Zwieńczeniem ich są przyjęte w roku 2013 wytyczne na lata 2013–2020 dotyczące działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego *Global mental health action plan 2013–2020*. Zwracają one uwagę na potrzebę poprawy systemu opieki nad osobami chorymi psychicznie, zapobieganie stygmatyzacji tych osób i ich rodzin, prowadzenie programów profilaktycznych. Powyższe zdanie wyraźnie wskazuje kierunek zmian, w którym powinny iść szeroko rozumiane działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Oprócz aspektu medycznego należy zwrócić uwagę na bardzo ważne zadania związane z profilaktyką, edukacją i informacją. Te działania powinny zostać skierowane do szeroko rozumianego środowiska społecznego (rodzinnego, szkolnego, rówieśniczego, akademickiego, zawodowego). Swym zasięgiem powinny objąć osoby i instytucje, które mogą mieć kontakt z osobą w i po kryzysie psychicznym.

Od lat 90. ubiegłego wieku w profilaktyce silnie zaznaczyło się podejście systemowe, oparte na działaniach interdyscyplinarnych, polegające na współpracy między różnymi specjalistami, instytucjami oraz mieszkańcami środowisk lokalnych. Nowe kierunki działań

²⁴ por. M. Sokółowska, *Założenia ogólne, definicje [w:] Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, C. Czała (red.), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000

²⁵ Zob. <http://www.who.int>

dają się również zauważyć w nowym podziale profilaktyki na poziom uniwersalny, selektywny i wskazujący²⁶.

Profilaktyka uniwersalna – działania mające na celu wyeliminować lub ograniczyć podejmowanie zachowań i działań z grupy ryzyka. Powinny rozpocząć się jak najwcześniej, w ramach promocji zdrowia prowadzonej przez rodziców, wychowawców i opiekunów, pedagogów szkolnych, psychologów, nauczycieli. Ich celem powinno być promowanie zdrowego stylu życia, kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz kształcenie umiejętności psychospołecznych niezbędnych ludziom w procesie socjalizacji we współczesnym świecie oraz dla dobrego wypełniania ról związanych z życiem prywatnym i zawodowym.

Profilaktyka selektywna – ma na celu zapobieganie, ograniczanie lub zaprzestanie podejmowania zachowań i działań z grupy ryzyka. Stosując profilaktykę selektywną, dąży się między innymi do ograniczania czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym, kształci umiejętności niezbędne w rozwoju emocjonalnym i społecznym osoby. Prowadzone są zajęcia dla rodziców, opiekunów, nauczycieli mające na celu pomoc w rozwiązywaniu problemów. Realizatorami tych programów są psychoterapeuci, psychologowie, pracownicy świetlic terapeutycznych, doradcy rodzinni.

Profilaktyka wskazująca – skierowana jest do osób, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów zdrowotnych. Realizatorami działań profilaktyki wskazującej są osoby przygotowane w zakresie pomocy psychologicznej lub terapeuci. Często w ramach tej formy profilaktyki współpracują ze sobą różni specjaliści.

We współczesnych programach profilaktycznych, niezależnie, czy jest to profilaktyka uniwersalna, selektywna, czy wskazująca, zwraca się uwagę na rozwijanie lub/i wzmocnienie potencjału indywidualnego każdej osoby przez:

- nabywanie umiejętności życiowych,
- poprawę relacji ze środowiskiem rodzinnym i innymi ważnymi osobami,

²⁶ Za: P. Mazek, R. Haggerty [za:] K. Ostaszewski, Kompendium wiedzy o profilaktyce [w:] Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, Fundacja ETOH, Warszawa 2010, s. 73–95.



- tworzenie przyjaznego środowiska społecznego (szkoła, uczelnia, społeczność lokalna), które będzie sprzyjało rozwojowi człowieka.

W następstwie precyzyjnego określenia profilaktyki ważne jest, aby we współczesnych programach uwzględnić również działania z obszaru promocji zdrowia, w tym psychicznego. Celem edukacji zdrowotnej jest m.in.: kształtowanie u osób nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu²⁷.

Działania prowadzone w ramach edukacji zdrowotnej mają wywołać zamierzone zmiany w sferze poznawczo-instrumentalnej, związanej z poznawaniem otaczającego świata i umiejętności oddziaływania na niego. Dotyczą również sfery emocjonalno-motywacyjnej, polegającej na kształtowaniu stosunku człowieka do ludzi i otaczającego świata, jego przekonań, skali wartości i celu życia²⁸. Ważną właściwością prowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej powinien być kontakt z drugim człowiekiem oparty na wzajemnym zrozumieniu (np. z ekspertem przez doświadczenie).

Działania profilaktyczno-informacyjne skierowane do jak największej liczby osób pozwolą wzmocnić wiedzę o zaburzeniach psychicznych w celu własnej higieny psychicznej, jak i tworzenia przyjaznego, wolnego od stereotypów, rozumiejącego środowiska udzielającego wsparcia osobom chorującym i zdrowiejącym.

Szczegółowy opis ogólnopolskiej medialnej kampanii społecznej znajduje się w załączniku nr 11.

Zintegrowane Świadczenie Medyczne

Prezentacja proponowanej integracji usług medycznych i społecznych w ŚCZP wymaga przedstawienia aktualnie dostępnych świadczeń, gdyż to one stanowią bazę dla innowacyjnych rozwiązań. Poniżej są przedstawione świadczenia dostępne aktualnie.

W skład Zintegrowanych Świadczeń Medycznych wchodzi świadczenia o charakterze:

²⁷ za: Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.

²⁸ por. M.M. Śliwa, *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Katowice 2001.



1. ambulatoryjnym,
2. środowiskowym,
3. dziennym,
4. szpitalnym,
5. doraźnym.

Usługi Ambulatoryjne – Poradnia Zdrowia Psychicznego

Zadania:

W ramach usług ambulatoryjnych realizuje się zadania kompleksowej diagnozy psychiatryczno-medycznej, psychologiczno-społecznej i socjalno-środowiskowej z oceną funkcjonowania pacjenta. Wykonywane są wywiady, konsultacje specjalistyczne oraz badania dodatkowe (obrazowe, EEG, laboratoryjne). Przygotowuje się plan terapeutyczny, w którym zawarte są oddziaływania farmakologiczne, psychoedukacja, pomoc psychologiczna, psychoterapia oraz określa się zakres oddziaływań społecznych w ramach zintegrowanego świadczenia oparcia społecznego. Kolejne spotkania służą monitorowaniu i ewaluacji postępu terapii. W razie potrzeby elementy planu terapeutycznego mogą być korygowane wspólnie przez zespół. Częstość spotkań zależy od potrzeb i stanu zdrowia pacjenta.

Rodzaje świadczeń:

1. Porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne.
2. Porady psychologiczne, porady psychologa diagnostyczne.
3. Sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej.
4. Sesje wsparcia psychospołecznego.
5. Wizyty domowe lub środowiskowe lekarza lub psychologa, pielęgniarki.

Minimum zatrudnienia to:



- lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji w wymiarze zatrudnienia nie mniej niż ¼ etatu i w wymiarze czasu pracy nie mniej niż ¾ czasu pracy poradni tygodniowo,
- psycholog kliniczny lub w trakcie specjalizacji, lub z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy klinicznej w wymiarze czasu pracy nie mniej niż ⅓ czasu pracy poradni tygodniowo,
- psychoterapeuta z certyfikatem lub osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu, po ukończeniu, co najmniej dwóch lat szkolenia i pracująca pod nadzorem psychoterapeuty.

Uwagi:

Do psychiatri w zakresie usług ambulatoryjnych nie jest wymagane skierowanie. Natomiast w poradni psycholog przyjmuje na podstawie skierowania od lekarza psychiatri lub lekarza innej specjalności.

Usługi Leczenia Środowiskowego – Zespół Leczenia Środowiskowego

Zadania:

Zadania usług leczenia środowiskowego klasyfikowane są jako ambulatoryjne, dlatego zadania określone dla usług środowiskowych są zbliżone do ambulatoryjnych.

W zakresie usług środowiskowych ze świadczeń medycznych może korzystać osoba potrzebująca intensywnego leczenia przewlekłych i nawrotowych zaburzeń psychicznych, które w znacznym stopniu utrudniają funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym i w kontaktach ze środowiskiem. Leczenie odbywa się w domu pacjenta oraz w ramach wizyt w ambulatorium (1–3 wizyty tygodniowo).

Do leczenia w zakresie usług środowiskowych przyjmowani są pacjenci z rozpoznaniem niektórych organicznych zaburzeń psychicznych, włącznie z zespołami objawowymi (F06–F09), schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych (F20–F29), zaburzeń nastroju (afektywne F30–F39), całościowych zaburzeń rozwojowych (F84) oraz niekiedy innych zaburzeń psychicznych (F00–F99) wymagających opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.

Zakres usług:

1. Porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne.
2. Porady psychologiczne, porady psychologa diagnostyczne.
3. Sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej.
4. Sesje wsparcia psychospołecznego.
5. Wizyty domowe lub środowiskowe lekarza, psychologa, pielęgniarki, terapeuty środowiskowego.

Minimum zatrudnienia:

- lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji w wymiarze zatrudnienia nie mniej niż ¼ etatu,
- psycholog kliniczny lub w trakcie specjalizacji, lub z co najmniej 2-letnim doświadczeniem pracy klinicznej,
- psychoterapeuta z certyfikatem lub ubiegający się o certyfikat, z ukończonym co najmniej 2-letnim szkoleniem, pracujący pod nadzorem psychoterapeuty,
- pielęgniarka,
- terapeuta środowiskowy.

Z usług leczenia środowiskowego może skorzystać pacjent na podstawie konsultacji kwalifikującej. Niezbędnym elementem umożliwiającym objęcie pacjenta leczeniem jest jego zgoda na leczenie, wyrażona na piśmie.

Usługi w trybie dziennym – Oddział Dzienny Psychiatryczny

Zadania:

Wskazaniem do leczenia w trybie dziennym jest, gdy stan chorego wymaga intensywnej opieki lekarskiej, silnego wsparcia psychologicznego, psychoterapeutycznego lub usług pielęgniarstwa, których nie można zapewnić w poradni, a nie ma bezwzględnych wskazań do hospitalizacji.

Usługi są realizowane codziennie podczas pobytu pacjenta na oddziale w godzinach od 8.00 do 15.00. Resztę doby, sobotę i niedzielę pacjent spędza w domu.

Z usług w trybie dziennym mogą skorzystać osoby chorujące psychicznie według klasyfikacji ICD-10 (od F00 do F99). Wyłączone z tej możliwości są jedynie osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych (F10,0 – F19,9) oraz upośledzeniem umysłowym (F71-F79).

Minimum zatrudnienia:

- lekarz specjalista psychiatra – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc,
- lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc,
- psychoterapeuta z certyfikatem lub ubiegający się o certyfikat, z ukończonym co najmniej 2-letnim szkoleniem i pracujący pod nadzorem psychoterapeuty – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc,
- osoba z kwalifikacjami terapeuty zajęciowego – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca,
- pielęgniarki.

Żeby zostać przyjętym do leczenia w trybie dziennym niezbędne jest skierowanie od lekarza psychiatry oraz podjęcie decyzji kwalifikującej przez zespół terapeutyczny. Wymagana jest również pisemna zgoda pacjenta na leczenie. Za okres leczenia w oddziale dziennym pacjent może otrzymać zwolnienie lekarskie (L4).

Usługi leczenia w trybie dziennym - Świadczenia szpitalne stacjonarne (całodobowe)

Zadania:

Leczenie szpitalne w zakresie zdrowia psychicznego realizowane jest w specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych lub na oddziałach psychiatrycznych szpitali wielospecjalistycznych lub ogólnych.



Pacjentem oddziału psychiatrycznego mogą zostać pacjenci ze wszystkimi diagnozami określonymi w ICD-10 w zakresie (od F00,0 do F99,0), a także prowadzona jest obserwacja przypadków podejrzanych o chorobę (Z03).

Za wskazanie warunkujące przyjęcie do leczenia szpitalnego jest znaczne nasilenie objawów, występowanie niebezpiecznych zachowań, znaczne ryzyko farmakoterapii lub potrzeba specjalistycznej diagnostyki i terapii dostępnych tylko w szpitalu.

Minimum zatrudnienia:

- lekarz specjalista psychiatra – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek,
- lekarz specjalista lub posiadający I stopień specjalizacji, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu na 20 łóżek,
- osoba z certyfikatem psychoterapeuty lub ubiegająca się o certyfikat, po co najmniej dwóch latach szkolenia – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek,
- osoba z kwalifikacjami terapeuty zajęciowego – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek,
- pielęgniarki.

Na oddziale psychiatrycznym nie powinno się mieścić więcej niż 30–40 łóżek, w salach 1–4 osobowych. Oddział powinien być zabezpieczony przed możliwością oddalenia się pacjenta w stanie zagrażającym jemu lub innym osobom. W oddziale powinna znajdować się jadalnia, pomieszczenia do terapii i terapii zajęciowej, gabinet zabiegowy, odcinek obserwacyjny, izba przyjęć, izolatka.

Zasady przyjęcia do szpitala:

Zasady przyjmowania do szpitala pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r.²⁹ oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego³⁰.

²⁹ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535).

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz.U. 2012 Nr poz. 854).



Dla spełnienia kryteriów przyjęcia do szpitala niezbędne jest ustalenie potrzeby leczenia szpitalnego – wskazania medyczne. Wówczas wypisywane jest skierowanie od lekarza psychiatry lub lekarza izby przyjęć. Pacjent podpisuje pisemną zgodę na leczenie. W nagłych sytuacjach pacjent może zostać przyjęty bez skierowania. W przypadku braku zgody pacjenta może on zostać przyjęty na leczenie szpitalne na podstawie art. 23 lub 24, lub 22.2a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego³¹. O przyjęciu bez zgody pacjenta dyrektor szpitala ma obowiązek powiadomić sąd najpóźniej w ciągu 72 godzin od przyjęcia. Przyjęcie do szpitala może również nastąpić w tak zwanym trybie wnioskowym na podstawie decyzji sądu (art. 29) ww. ustawy.

Podczas pobytu w oddziale psychiatrycznym pacjent ma przeprowadzoną wielostronną diagnozę medyczną, psychospołeczną, socjalną i pielęgnacyjną przeprowadzoną z udziałem psychiatry, psychologa, psychoterapeuty, pracownika socjalnego, pielęgniarki oraz innych specjalistycznych konsultacji i badań diagnostycznych. Na bazie opracowanej diagnozy przygotowany jest plan terapeutyczny, który uwzględnia działania farmakologiczne, czynności pielęgniarstwa oraz oddziaływania psychospołeczne (psychoedukację i wsparcie dla pacjenta, terapię zajęciową, psychoterapię, interwencje środowiskowe i socjalne, treningi umiejętności, zajęcia rekreacyjne).

Dla zapewnienia praw pacjenta, może on w trakcie leczenia szpitalnego swobodnie korzystać z kontaktu z rodziną i bliskimi (korespondencja, telefon, odwiedziny), ma również dostęp do rzecznika praw pacjenta szpitala oraz prawo do wychodzenia z oddziału (przepustki), jeżeli pozwala na to stan zdrowia.

Jeżeli leczenie na oddziale przynosi rezultaty i następuje wystarczająca poprawa stanu zdrowia może nastąpić wypis ze szpitala. Koniecznym jest również stwierdzenie czy stan psychiczny pacjenta jest odpowiedni i czy nie stanowi on zagrożenia dla siebie lub dla innych osób. Przed wypisem ustala się z pacjentem dalszy sposób postępowania leczniczego.

Usługi Doraźne - Izba przyjęć

Zadania:

³¹ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535).



W izbie przyjęć realizuje się przede wszystkim świadczenia diagnostyczne i świadczenia terapeutyczne. Świadczenia te udzielane są 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Istotą świadczeń doraźnych jest udzielanie ich w trybie nagłym. W niektórych przypadkach mogą kończyć się hospitalizacją. Świadczenia izby przyjęć mogą również zakończyć się krótką interwencją na miejscu i odesłaniem pacjenta do domu lub do innej specjalistycznej placówki. Świadczenia zawierają w swojej ofercie również leki, opatrunki i inne zabezpieczenia medyczne oraz na wypadek potrzeby - transport sanitarny, ponadto dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i elektrofizjologicznej oraz konsultacji specjalistycznych.

Usługi izby przyjęć realizowane są dla pacjentów z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10 w zakresie (od F00 do F99) oraz obserwacje przypadków podejrzanych o chorobę (Z03).

Minimum zatrudnienia:

- 1 lekarz specjalista psychiatra, lub w trakcie specjalizacji,
- 1 pielęgniarka,

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego³² wymieniona została również pomoc doraźna. Usługi izby przyjęć są jedyną formą usług doraźnych i w systemie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi niewystarczającą. Obecnie brakuje innych środowiskowych – ambulatoryjnych form pomocy doraźnej.

Proponowane rozwiązanie

Model ŚCZP proponuje utworzenie Zintegrowanego Świadczenia Medycznego, które jest połączeniem podstawowych zadań medycznych w zakresie zdrowia psychicznego, to jest świadczenia pomocy doraźnej, środowiskowej, ambulatoryjnej, dziennej i całodobowej, określonych w art. 5 i 5a Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku. Te założenia bezpośrednio przekładają się na dzisiejsze komórki organizacyjne podmiotu leczniczego: Poradni Zdrowia Psychicznego, Zespołu Leczenia Środowiskowego, Oddziału Dziennego Psychiatrycznego, Szpitala, Izby przyjęć i hostelu. W tym zestawieniu

³² Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535). 32

brakuje komórek organizacyjnych świadczących odpowiednie usługi o charakterze doraźnym. Izba przyjęć psychiatryczna jest miejscem psychiatrycznej pomocy doraźnej, ale w psychiatrycznej izbie przyjęć warunki udzielania świadczenia nie są odpowiednie dla wszystkich przypadków wymagających pomocy doraźnej. Ponadto, na niektórych terenach jest ona bardzo odległa od miejsca zamieszkania pacjenta. Natomiast poradnia i zespół leczenia środowiskowego przy obecnym systemie finansowania nie udzielają pomocy doraźnej z uwagi na system rozliczeń za poradę, skłaniający do „zapełniania grafiku” i tworzenia kolejki oczekujących. Tak więc część pacjentów potrzebujących szybkiej doraźnej pomocy, nie znajduje jej w obecnym systemie, aż do momentu, gdy w stanie znacznie nasilonych zaburzeń zostają przywiezieni karetką pogotowia do szpitala.

Organizacja świadczenia medycznego w indywidualnym przypadku ma być jednostkowo projektowana (szyta na miarę) pod kątem potrzeb pacjenta i określana w Indywidualnym Planie Zdrowienia (IPZ).

W wyniku połączenia w jedną całość zadań wszystkich powyżej wymienionych komórek organizator usługi ma możliwość elastycznego dopasowania rodzaju świadczeń do potrzeb pacjenta. Wtedy to on (organizator usługi) będzie decydował w zależności od potrzeb pacjentów ile potrzebuje łóżek szpitalnych, ile usług o charakterze dziennym, ambulatoryjnym, środowiskowym czy doraźnym. Wyznacznikiem ilości zorganizowanych usług będą potrzeby pacjenta, a nie potrzeby instytucji (np. potrzeba wykonania kontraktu osobno dla każdej komórki organizacyjnej). Żeby takie rozwiązanie mogło zostać wdrożone potrzebna jest zmiana sposobu finansowania i rozliczania świadczeń medycznych. Zmiana ta powinna zawierać rozliczanie za efekty (wskaźniki) oraz pozostawiać swobodę dysponowania środkami finansowymi, co do organizacji potrzebnego rodzaju świadczeń. Optymalnym rozwiązaniem finansowania wydaje się być budżet terytorialny wyliczony według stawki kapitałowej dla mieszkańców danego terenu.

Zintegrowane Świadczenie Medyczne jest uniwersalnym świadczeniem zmiennym w czasie i dostosowanym do potrzeb. Jego kształt będzie wyglądał różnie dla różnych pacjentów w różnym czasie.

Katalog usług dla Zintegrowanego Świadczenia Medycznego:



- porady lekarskie: diagnostyczne, kontrolne, terapeutyczne
- porada psychologiczna, diagnostyczna
- sesja psychoterapii indywidualnej
- sesja psychoterapii rodzinnej
- sesja psychoterapii grupowej
- wizyta, porada domowa lub środowiskowa
- wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową
- sesja wsparcia psychospołecznego
- turnus rehabilitacyjny
- świadczenia dzienne obejmujące diagnostykę, leczenie i wczesną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1. Diagnostyka lekarska.
2. Diagnostyka psychologiczna.
3. Usługi pielęgniarstwa.
4. Konsultacje specjalistyczne.
5. Badania dodatkowe (testy psychologiczne, badania obrazowe, laboratoryjne, elektrofizjologiczne).
6. Opracowywanie planu terapeutycznego, w skład którego wchodzi:
 - leczenie farmakologiczne
 - terapia psychospołeczna
 - społeczność terapeutyczna
 - psychoterapia indywidualna i/lub grupowa

- terapia rodzinna
- sesje wsparcia psychospołecznego
- terapia zajęciowa, arteterapia (terapia poprzez sztukę – muzykę, taniec, rysunek, malarstwo), biblioterapia, terapia ruchem
- treningi umiejętności życiowych (higieniczny, kulinarny, budżetowy)
- trening umiejętności społecznych (komunikacji, nawiązywania kontaktu, rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami)
- treningi poznawcze
- psychoedukacja

Realizowaniem Zintegrowanego Świadczenia Medycznego będzie zajmował się multidyscyplinarny zespół, w którego skład wejdą:

Zespół podstawowy	Zespół fakultatywny
Kierownik Zintegrowanego Świadczenia Medycznego	Neurolog
Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii	Superwizor
Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii	Lekarz internista
Psycholog	Inne specjalistyczne zawody, które odpowiadają potrzebom użytkowników
Psycholog kliniczny	
Psycholog w trakcie specjalizacji klinicznej	
Psychoterapeuta	
Osoba ubiegająca się	



o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty	
Pielęgniarka / pielęgniarka psychiatryczna	
Terapeuta środowiskowy	
Terapeuta zajęciowy	
Instruktor zdrowienia	

Zadania ZŚM są realizowane w:

1. miejscu zamieszkania,
2. w siedzibie Centrum,
3. w podmiotach współpracujących w Modelu,
4. w miejscu niezbędnym dla realizacji celów Indywidualnego Planu Zdrowienia.

Jednak dzisiejszy zakres i rodzaj usług medycznych w zakresie podstawowym nie jest wystarczający i wymaga uzupełnienia. W docelowym modelu zaproponowane zostaną dodatkowe działania Centrum Koordynacji z Interwencyjnymi Miejscami Noclegowymi i Zespoły mobilne. Ich opis znajduje się w dalszej części opracowania.

Zintegrowane Świadczenie Oparcia Społecznego

Świadczenia dostępne aktualnie:

Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze

Są szczególnym rodzajem usług opiekuńczych. Zespołem oddziaływań wspierających osoby po przebytych kryzysie psychicznym w ich miejscu zamieszkania. Budują pomost adaptacyjny wprowadzając pacjenta w różne aktywności, najpierw domowe, a następnie do poszerzania kontaktów społecznych. W ich zakresie działania jest również pomoc w ustabilizowaniu sytuacji finansowej, społecznej i mieszkaniowej, zawodowej we współpracy z Ośrodkiem

Pomocy Społecznej i innymi instytucjami ochrony zdrowia, pomocy społecznej, instytucji rynku pracy, organizacji wyznaniowych, pozarządowych, instytucji kultury, itp., oraz przy pomocy osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze. SUO zostały utworzone zapisem art. 50 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku i określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku. Rozporządzenie określa rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, kwalifikacje osób świadczących usługi, zasady odpłatności i warunki zwolnienia z opłat.

Do podstawowych rodzajów specjalistycznych usług opiekuńczych należą:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym:
 - samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd, utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki, pracy i ze społecznością lokalną
 - interwencje i pomoc w funkcjonowaniu w relacjach rodzinnych
 - ułatwienie dostępu do edukacji i kultury
 - współpraca z rodziną – kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej
 - pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
 - wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym kompletowanie dokumentów potrzebnych do zatrudnienia, przygotowanie do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą, rozwiązywanie problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku
 - pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi: planowanie budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach, zwiększenie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnienie finansowe
 - koordynacja działań innych służb
2. Pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia:
 - pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych
 - uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich, badań diagnostycznych
 - pomoc w wykupywaniu i zamawianiu leków w aptecę



- pilnowanie przyjmowania leków i obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania
 - pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny
3. Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu:
- zgodnie z zaleceniami specjalistów rehabilitacji i fizjoterapii
 - współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno–pedagogicznego i edukacyjno–terapeutycznego zmiernającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej z usług
4. Pomoc mieszkaniowa w:
- uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat
 - organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych
 - kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu
5. Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno – wychowawczych.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze realizują osoby posiadające wykształcenie:

1. Pracownika socjalnego.
2. Psychologa.
3. Pedagoga.
4. Logopedy.
5. Terapeuty zajęciowego.
6. Pielęgniarki.
7. Asystenta osoby niepełnosprawnej.
8. Opiekunki środowiskowej.
9. Specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej.
10. Fizjoterapeuty.

Osoby posiadające określone wyżej kwalifikacje świadczące usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą również udokumentować doświadczenie, co najmniej półroczne lub jeśli uzupełniają kwalifikacje zobowiązani są do udokumentowania rocznego doświadczenia

w medycznych lub pomocowych placówkach dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Odpłatność za usługi jest określona tabelarycznie i uzależniona od kryterium dochodowego.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są świadczone na podstawie decyzji administracyjnej, w której określa się ilość, rodzaj usług, miejsce świadczenia, czas korzystania i odpłatność.

Odpłatność za usługi stanowi dochód skarbu państwa. Specjalistyczne usługi są zadaniem zleconym gminie przez administrację rządową.

Określając funkcjonowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w rozporządzeniu Minister Polityki Społecznej wyraźnie określił w par. 2 oraz w ustawie o pomocy społecznej w par. 50 ust 4 i 7, iż mają one być dostosowane do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy w postaci SUO. Stanowi to wytyczną konstytuującą specjalistyczne usługi opiekuńcze jako świadczenie indywidualne i dopasowane do potrzeb osoby korzystającej, czyli wypełnia ono jedno z kryteriów deinstytucjonalizacji, które mówi, że usługi publiczne powinny być skoncentrowane i podporządkowane potrzebom osób korzystających, a nie instytucjom, które je realizują.

Finansowanie specjalistycznych usług opiekuńczych jest opisane w par 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie SUO. Mówi ono, że ośrodek pomocy społecznej określa cenę jednej godziny specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania lub wynika ona z umowy zawartej przez ośrodek pomocy społecznej z realizatorem usług. Przy tworzeniu Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego zostaną zachowane wytyczne określone w rozporządzeniu w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Środowiskowy Dom Samopomocy

Ośrodek wsparcia określony w art. 51 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku oraz zasady jego funkcjonowania określono w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów

samopomocy. ŚDS jest placówką pobytu dziennego dla zdrowiejących pacjentów z zaburzeniami psychicznymi mającą na celu rehabilitację i integrację społeczną, a co za tym idzie wsparcie pacjenta w odbudowie umiejętności społecznych utraconych w trakcie choroby.

Do głównych usług ŚDS należą:

1. Trening funkcjonowania w codziennym życiu.
2. Trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów.
3. Trening umiejętności spędzania czasu wolnego.
4. Poradnictwo psychologiczne.
5. Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych.
6. Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych.
7. Niezbędna opieka.
8. Terapia ruchowa, sport, turystyka, rekreacja.
9. Całodobowe wsparcie okresowe wraz z wyżywieniem.
10. Inne formy oddziaływań przygotowujące do warsztatów terapii zajęciowej, podjęcia zatrudnienia na wolnym rynku lub w warunkach chronionych.

W zakresie szeroko rozumianego wsparcia, aktywizacji i integracji społecznej uczestników pracownicy domu współpracują z:

1. rodzinami i opiekunami,
2. ośrodkami pomocy społecznej,
3. podmiotami leczniczymi w zakresie zdrowia psychicznego i innymi placówkami służby zdrowia,
4. powiatowym urzędem pracy,
5. organizacjami pozarządowymi,
6. kościołami i związkami wyznaniowymi,
7. ośrodkami kultury i organizacjami kulturalno – rozrywkowymi,
8. placówkami oświatowymi i innymi jednostkami świadczącymi usługi dla osób niepełnosprawnych, w tym: warsztatami terapii zajęciowej, zakładami aktywizacji zawodowej, spółdzielniami socjalnymi, centrami integracji społecznej i klubami integracji społecznej przy realizacji zadań terapeutycznych.

Personel ŚDS stanowią w zależności od potrzeb:

1. Kierownik domu.
2. Psycholog.
3. Pedagog.
4. Pracownik socjalny.
5. Instruktor terapii zajęciowej.
6. Asystent osoby niepełnosprawnej.
7. Inne zawody specjalistyczne, które odpowiadają potrzebom użytkowników.

W skład personelu mogą wchodzić również pracownicy realizujący świadczenia zdrowotne w szczególności: rehabilitacyjne i pielęgniarskie zgodne z potrzebami uczestników.

Z określenia „w szczególności” można wnioskować, że można zatrudnić również inny personel medyczny, jeśli istnieje taka potrzeba.

Możliwość uczestnictwa w środowiskowym domu samopomocy jest realizowana na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez ośrodek pomocy społecznej właściwy dla miejsca zamieszkania osoby korzystającej, w której określona jest odpłatność za usługi. Wysokość odpłatności wynosi 5% kwoty dochodu osoby samotnie gospodarującej lub kwoty dochodu na osobę w rodzinie, jeżeli dochód ten przekracza 300% kryterium dochodowego. Koszt odpłatności za usługi świadczone całodobowo jest określony na poziomie 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu. Środki uzyskane z odpłatności za korzystanie z ŚDS stanowią dochód skarbu państwa. Środowiskowy Dom Samopomocy jest zadaniem zleconym samorządom przez administrację rządową. Kwota dotacji na jednego uczestnika została określona na poziomie 250% kryterium dochodowego począwszy od 2017 roku. Obecnie realizowany jest kalendarz dojścia do 250% kd.

Środowiskowy Dom Samopomocy jest ośrodkiem wsparcia skoncentrowanym na potrzebach uczestnika. Ustawodawca i Minister Pracy i Polityki Społecznej położyli nacisk na upodmiotowienie modelu pracy ŚDS. W ustawie i rozporządzeniu wielokrotnie mówi się o potrzebach uczestnika i o dostosowaniu organizacji pracy domu do jego potrzeb. Wskazuje to na deinstytucjonalne podejście do organizacji funkcjonowania ŚDS.

Jednak w funkcjonowaniu ŚDS istnieją również rozwiązania, które wymagają zmiany. Standardem stało się rozliczanie ŚDS z frekwencji uczestników. W praktyce sprowadza się

to do działań zmierzających do utrzymania uczestnika w domu przez 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie. W szeregu przypadków może to być antyterapeutyczne, a w konsekwencji uzależniające uczestnika od ośrodka wsparcia. Z doświadczeń własnych Fundacji i Partnerów wynika, że często uczestnicy w ŚDS funkcjonują sprawnie i samodzielnie, natomiast w środowisku zewnętrznym o wiele gorzej. Takie ustawienie rozliczeń ogranicza zakres osób, którym świadczona jest pomoc. Pomysł rozwiązania przytoczonych problemów przy opisie Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego w Modelu znajduje się poniżej.

Klub Samopomocy

Klub samopomocy jest ośrodkiem wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi określonym w art. 51 ust 4 ustawy o pomocy społecznej zapewnia wsparcie osobom chorym psychicznie, w szczególności w zakresie rehabilitacji społecznej, aktywizacji, integracji, pomocy w powrocie na rynek pracy oraz w zakresie inicjowania działań samopomocowych podejmowanych

w ramach własnych możliwości. Nie istnieją żadne przepisy wykonawcze co do formuły funkcjonowania KS. Niemniej istnieją w kraju różne praktyki funkcjonowania klubów. Dla potrzeb opisu korzystamy z propozycji opracowanej przez Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Kluby samopomocy umożliwiają uczestnikom klubu dostęp do aktualnej prasy, Internetu, różnych form aktywizacji, rozwijania zainteresowań, realizacji indywidualnych uzdolnień, aktywnego spędzania czasu wolnego, podtrzymywania umiejętności społecznych i aktywnego funkcjonowania w życiu społecznym. Rodzaj i zakres usług uwzględnia indywidualne potrzeby i możliwości psychofizyczne poszczególnych uczestników.

Uczestnikiem klubu samopomocy może zostać osoba:

- 1) chorująca psychicznie (wymagane jest zaświadczenie lekarza psychiatry),
- 2) nie będąca uczestnikami ŚDS,
- 3) składająca indywidualną deklarację uczestnictwa w klubie,
- 4) dobrze funkcjonująca i zdolna do samopomocy.

Ze względu na specyficzny charakter klubów wymagane jest, aby tworzone były w środowiskach, gdzie istnieje możliwość naboru uczestników nastawionych na działania samopomocowe.

Zasady przyjęcia i uczestnictwa w klubie samopomocy określają wewnętrzne regulaminy klubu. Uczestnikiem klubu można zostać na własny wniosek i nie ma wymogu decyzji administracyjnej. Za usługi świadczone w klubie samopomocy uczestnicy nie ponoszą kosztów. Dla efektywnego wykorzystania możliwości klubu współpracuje on z administracją publiczną, jednostkami ochrony zdrowia, pracodawcami, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami, które prowadzą statutową działalność w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i opiera się na inicjatywie osób doświadczonych kryzysem i ich działaniach samopomocowych. Właśnie klub samopomocy jest miejscem, gdzie istnieją warunki do rozwijania umiejętności wspierania innych chorujących i szkoleń w zakresie instruktora zdrowienia (szkolenia typu EX-IN).

Podstawą prawną funkcjonowania klubów samopomocy są:

- a) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362),
- b) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 98, poz. 817),
- c) coroczne ustalenia wysokości dotacji będącej iloczynem kwoty dotacji na jednego uczestnika klubu i liczby miejsc statutowych, z uwzględnieniem wysokości środków budżetowych zaplanowanych na ten cel w wysokości 80% kryterium dochodowego (art. 51c ust 3 pkt 2).

Dla potrzeb modelu zostanie wykorzystany wyżej opisany zakres usług i będzie zgodny z ww. przepisami określającymi zasady tworzenia i finansowania klubów samopomocy.

Mieszkania Chronione i Wspierane

W trudnej sytuacji mieszkaniowej pacjent może liczyć na pomoc mieszkaniową. Może to być mieszkanie chronione, gdzie może mieszkać czasowo, ucząc się samodzielności, odpowiedzialności za siebie, za swój proces leczenia, korzystając ze wsparcia terapeutycznego i socjalnego. Może również zamieszkać we własnym mieszkaniu i tam otrzymać potrzebne wsparcie terapeutyczne i socjalne.

Opis zasad i form funkcjonowania mieszkań chronionych został przygotowany na podstawie modelu opracowanego na potrzeby Samorządu Województwa Małopolskiego, który jest również używany jako wytyczne przy realizacji projektów z RPO.

Mieszkanie chronione – wspomagane jest usługą świadczoną w społeczności lokalnej w postaci:

1. mieszkania chronionego, o którym mowa w art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,
2. mieszkania lub domu przygotowującego osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia. Mieszkanie lub dom może być prowadzone przez podmioty ekonomii społecznej. Może być prowadzone jako usługa mieszkania:
 - treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia. Usługa ma charakter okresowy i służy określonym kategoriom osób, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi w osiągnięciu częściowej lub całkowitej samodzielności m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji,
 - wspieranego, stanowiącego alternatywę dla pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego.

W powyższej formie mieszkanie może być prowadzone i finansowane na podstawie ustawy o pomocy społecznej lub na podstawie innych wytycznych, np. projektowych RPO. Mieszkanie chronione mogą prowadzić jednostki organizacyjne pomocy społecznej dla mieszkań tworzonych na podstawie ustawy o pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, kościoły i związki wyznaniowe, jednostki samorządu terytorialnego i ich związki, i stowarzyszenia, ochotnicze hufce pracy i przedsiębiorcy. Zasadniczo finansowanie mieszkań chronionych jest zadaniem własnym gminy. W praktyce finansowanie odbywa się za pomocą środków projektowych.

Do głównych zadań realizowanych w mieszkaniach chronionych należą:

1. Praca socjalna - usługa o charakterze obligatoryjnym skierowana na wzmocnienie lub odzyskiwanie zdolności do funkcjonowania osoby chorującej psychicznie w społeczeństwie.
2. Poradnictwo specjalistyczne – w szczególności psychologiczne i prawne. Poradnictwo ukierunkowane jest na umożliwienie samodzielnego rozwiązywania problemów lub wskazanie rozwiązania i wytycznych do jego zrealizowania.
3. Nauka lub podtrzymanie posiadanego poziomu sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, rozwijania kontaktów społecznych oraz pełnienia ról społecznych, pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym życiu, zagospodarowania czasu wolnego w szczególności przez:
 - trening umiejętności praktycznych
 - trening higieny
 - trening kulinarny
 - trening finansowy
 - trening umiejętności spędzania czasu wolnego
 - trening interpersonalny
 - pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
4. Pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania.

Personel realizujący zadania w mieszkaniach chronionych posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, pielęgniarki, terapeuty środowiskowego oraz terapeuty zajęciowego.

Do głównych zadań personelu należy:

1. Nadzór nad organizacją mieszkania.
2. Bieżące monitorowanie zdrowia psychicznego mieszkańców i reagowanie w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia, czy zaprzestania zażywania leków.
3. Współpraca i wspieranie mieszkańców w rozwiązywaniu ich problemów.
4. Uczestnictwo i koordynacja w realizacji usług świadczonych w mieszkaniu.
5. Wspieranie i kontrola realizacji programu wsparcia wraz z ewaluacją.
6. Współpraca z rodzinami mieszkańców.

7. Pomoc w rozwiązywaniu konfliktów – mediacje.
8. Kontrola przestrzegania praw i obowiązków przez mieszkańców.

Do mieszkania chronionego mieszkaniem może zostać skierowany na pobyt czasowy lub stały. Skierowanie może mieć charakter decyzji administracyjnej lub odbyć się na podstawie umowy cywilnoprawnej. Mieszkanie jest przeznaczone dla 3 – 5 osób, które mieszkają w 1- lub 2-osobowych pokojach. Jest zlokalizowane w dogodnym punkcie komunikacyjnym. W przypadku, gdy mieszka w nim osoba niepełnosprawna ma ono umożliwiać odpowiednią komunikację.

Mieszkanie chronione zapewnia osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego pomoc w zakresie wsparcia w procesie leczenia lub pomoc natury socjalno-bytowej. Zasady funkcjonowania w mieszkaniu określa regulamin.

Mieszkania chronione są cennym uzupełnieniem procesu zdrowienia osób z zaburzeniami psychicznymi. Pozwalają osobom po przebytych kryzysach psychicznych zdobyć się na samodzielność. Dają możliwość wiary we własne siły i odzyskania wpływu na własne życie.

Proponowane rozwiązanie

Założeniem Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego jest możliwość elastycznego oraz kompleksowego doboru usług w sposób, który odpowiada potrzebom użytkownika systemu.

Zintegrowane świadczenie społeczne projektowane na potrzeby Modelu jest połączeniem zadań niżej opisanych:

1. Specjalistycznych usług opiekuńczych.
2. Środowiskowego domu samopomocy.
3. Klubu samopomocy.
4. Mieszkania chronionego.

Zakres merytoryczny tych zadań zapewnia szerokie i wystarczające wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w wielu aspektach funkcjonowania w środowisku. Oferta usług w zintegrowanym świadczeniu oparcia społecznego jest sumą świadczeń opisanych w powyższych zadaniach. Inne zadania z zakresu usług społecznych funkcjonujące na danym terenie będą dostępne dla uczestników systemu przez współpracę z nimi za pośrednictwem Centrum Koordynacji.

Integracja wymienionych zadań ma na celu uelastycznienie oferty proponowanej usługi, połączenie środków w jednym budżecie i możliwość dopasowywania zakresu, i ilości poszczególnych elementów oferty do potrzeb użytkowników. Ważne jest, żeby zintegrowane świadczenie oparcia społecznego było udzielane osobie potrzebującej jedną decyzją administracyjną lub zakwalifikowane jako poradnictwo specjalistyczne nie wymagające decyzji administracyjnej. Model proponuje sposób finansowania zintegrowanego świadczenia medycznego jako budżet regionalny wyliczony na podstawie stawki kapitacyjnej.

Katalog usług Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu, w tym:

- trening higieny oraz dbałości o wygląd zewnętrzny
- trening umiejętności praktycznych
- trening gospodarowania środkami finansowymi (planowanie budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach, zwiększenie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnienie finansowe)
- trening kulinarny
- trening umiejętności interpersonalnych (utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki, pracy i ze społecznością lokalną)
- trening rozwiązywania problemów (w tym szukanie zdrowych sposobów radzenia sobie ze stresem)
- trening spędzania czasu wolnego (w tym ułatwienie dostępu do edukacji, kultury i sportu; rozwijanie zainteresowań, realizacja indywidualnych uzdolnień)
- interwencje i pomoc w życiu w rodzinie
- współpraca z rodziną – kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych

2. Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym:

- pomoc w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia



- przygotowanie do rozmowy z pracodawcą
- wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą
- rozwiązywanie problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku
- umożliwienie konsultacji ze specjalistami z zakresu zatrudnienia

3. Pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

- pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych
- uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich, badań diagnostycznych
- pomoc w wykupywaniu i zamawianiu leków w aptece
- pilnowanie przyjmowania leków i obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania
- pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny

4. Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu:

- zgodnie z zaleceniami specjalistów rehabilitacji i fizjoterapii
- terapia ruchowa
- współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno–terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej z usług

5. Pomoc mieszkaniowa, w tym:

- pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat
- poradnictwo specjalistyczne np. prawne, psychologiczne
- organizacja drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacja barier architektonicznych
- kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu
- okresowe całodobowe wsparcie w ośrodku wsparcia

6. Inne formy niezbędnej opieki.

Dla realizacji wyżej opisanych świadczeń ZŚOS zatrudnia wykwalifikowany personel w składzie podstawowym oraz w razie potrzeby może poszerzyć ofertę o zawody fakultatywne.

Zespół podstawowy

Zespół fakultatywny

Kierownik Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego	Specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej
Psycholog	Fizjoterapeuta
Psychoterapeuta	Logopeda
Terapeuta/ka zajęciowy/a	Pedagog
Pracownik/ca socjalny/a	Inne specjalistyczne zawody, które odpowiadają potrzebom użytkowników
Psycholog kliniczny	
Asystent/ka osoby niepełnosprawnej	W skład personelu mogą wchodzić również pracownicy realizujący świadczenia zdrowotne w szczególności: rehabilitacyjne i pielęgniarские zgodne z potrzebami uczestników.
Opiekun/ka środowiskowa	
Pielęgniarsz/ka	
Terapeuta środowiskowy	
Instruktor/ka zdrowienia	

Zadania ZŚOS są realizowane w:

1. miejscu zamieszkania,
2. w siedzibie Centrum,
3. w miejscu niezbędnym dla realizacji celów Indywidualnego Planu Zdrowienia.

Cechy ZŚOS

1. Zintegrowane Świadczenia Oparcia Społecznego tworzy się na bazie Środowiskowego Domu Samopomocy typu A lub AB, gdzie dominującą grupą są osoby chore psychicznie. Nowo powstała struktura nosi nazwę Środowiskowy Dom Samopomocy – A Plus.
2. Bazą dla ZŚOS jest siedziba ŚDS typu A Plus.
3. ŚDS A Plus może powstać jako jednostka współtworząca Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego.
4. Użytkownik ZŚOS korzysta ze świadczeń w zakresie i ilości określonej w IPZ, bez obowiązku ciągłego przebywania w placówce.
5. Rozliczenie usług jest na podstawie udokumentowanych w IPZ działań na podstawie ilości wydanych decyzji administracyjnych, nie zaś na podstawie frekwencji uczestników.
6. Świadczenie oferuje usługi całodobowe, dzienne, mobilne i doraźne.
7. Dzięki elastyczności oddziaływań zwiększy się ilość osób korzystających ze świadczenia.

8. Typ A Plus ŚDS zwolniony jest z wymogu 8m² powierzchni na jednego uczestnika.

Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego – Innowacja i Integracja

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w swoim idealnym rozwiązaniu jest wyodrębnioną jednostką organizacyjną realizującą wszystkie wyżej opisane działania w ramach jednego budżetu. W istniejącym systemie prawnym podmioty lecznicze nie mogą aplikować o środki na usługi społeczne, ponieważ nie są beneficjentami ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Równocześnie, organizacje pozarządowe, choć mogą utworzyć podmiot leczniczy, nie mogą wewnątrznie połączyć środków na usługi lecznicze finansowane ze środków publicznych ze środkami na działania społeczne, ponieważ ww. środki podlegają innym rygorom rozliczeniowym. Stąd, dla potrzeb Modelu optymalnym rozwiązaniem jest utworzenie partnerstwa, konsorcjum czy klastra z podmiotów, które na danym terenie realizują zadania na rzecz zdrowia psychicznego i są zainteresowane współpracą. Informacje na temat możliwości prowadzenia działalności leczniczej znajdują się w załączniku nr 5.

W tej sytuacji rozwiązaniem finansowym dla realizacji zadań ŚCZP jest montaż środków z różnych źródeł. Założeniem przyjętym do szacowania budżetu jest wyliczenie stawki kapitałowej dla usług medycznych i społecznych na podstawie budżetu historycznego dla danego regionu. Opracowanie budżetu ŚCZP jest montażem finansowym środków projektu i pieniędzy systemowych obecnie finansujących usługi medyczne i społeczne na danym terenie.

Założona jest integracja działań medycznych i społecznych, i jest wprowadzona na poziomie organizacyjnym – wykonawczym i merytorycznym.

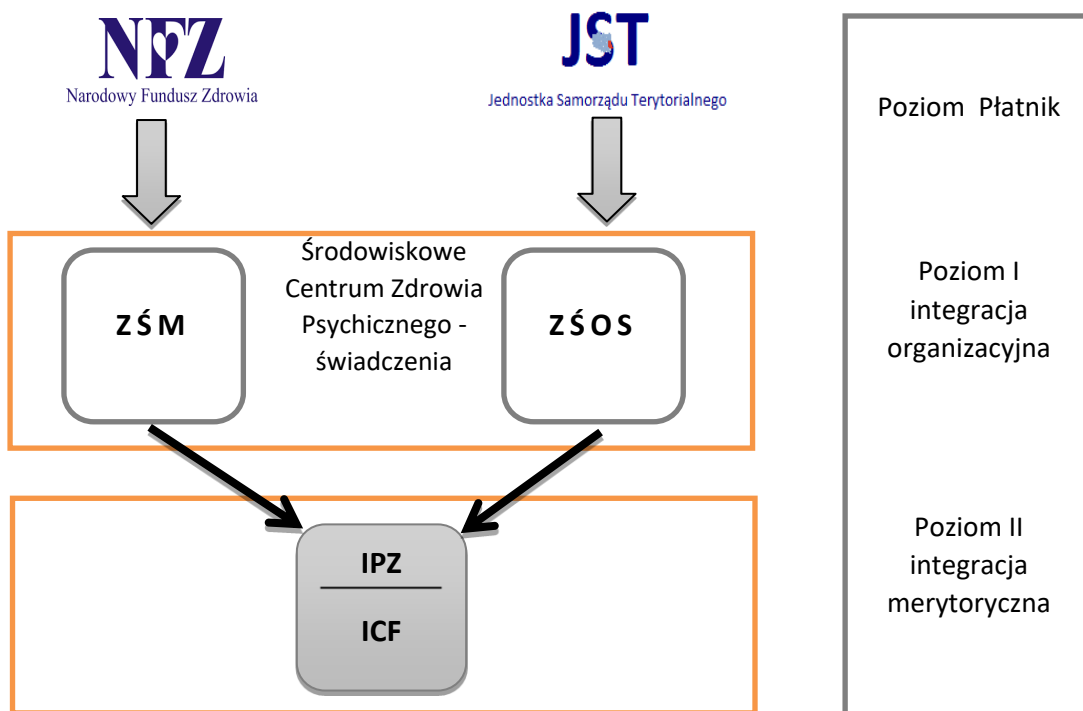
Wszystkie partnerstwa wdrożeniowe biorące udział w projekcie wybrały dla swej organizacji umowę partnerską, w ramach której poszczególne podmioty przyjęły na siebie umówione zadania. Zadania partnerów na drugim etapie konkursu są wstępnie określone dla każdego wdrożenia w załączniku nr 17, pt. Opisy wdrożeń.



Ze względu na fakt, że Zintegrowane Świadczenie Medyczne i Zintegrowane Świadczenie Oparcia Społecznego są samodzielnie niewystarczające dla utworzenia kompleksowej usługi wspierającej osobę z doświadczeniem kryzysu psychicznego od momentu pierwszego kryzysu po satysfakcjonujące funkcjonowanie i pełnienie ról społecznych potrzebna jest ich integracja i uzupełnienie o dodatkowe elementy.

Integracja usług medycznych i społecznych odbywa się na dwóch poziomach. Jest to poziom organizacyjny i poziom merytoryczny.

Poziom I – Integracja organizacyjna

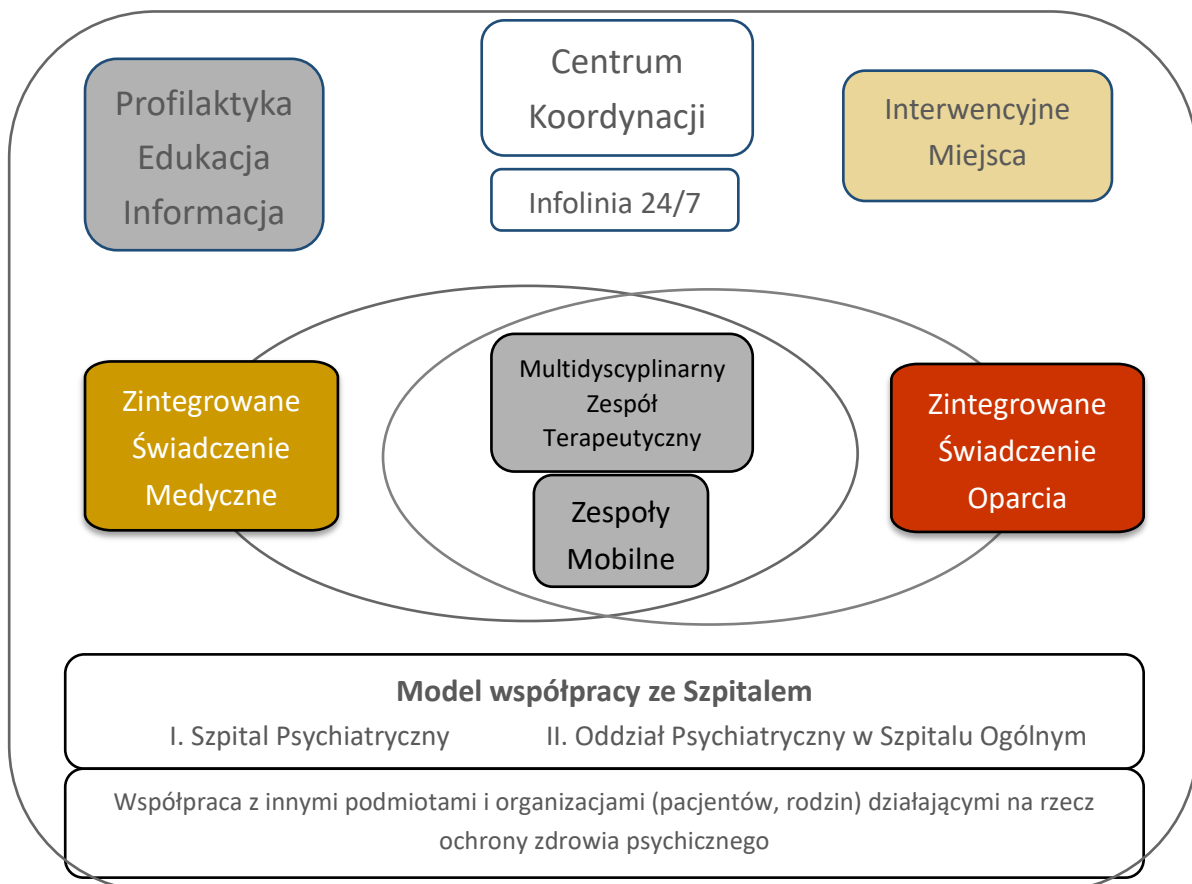


Integracja organizacyjna polega na połączeniu ze sobą poszczególnych usług z katalogu medycznego i społecznego, i stworzenie z nich nowych form organizacyjnych z wykorzystaniem istniejących zasobów ludzkich, organizacyjnych i rzeczowych. Założeniem Modelu jest również to, aby nowe rozwiązanie docelowo mieściło się w istniejącym budżecie, a dodatkowe środki wykorzystano wyłącznie w okresie transformacji. Więcej na ten temat w rozdziale dotyczącym budżetu str. 97.



W modelu proponujemy następujące zadania medyczno-społeczne:

1. Centrum Koordynacji, w skład którego wchodzi:
 - Infolinia 24/7
 - Recepcja
 - Usługi ambulatoryjne
 - Noclegowe miejsca interwencyjne
2. Zespoły mobilne.
3. Dzielne świadczenie medyczno-społeczne.
4. Mieszkania chronione i wspierane.
5. Działania profilaktyczno – edukacyjne.



Kształt modelu ŚCZP

Centrum Koordynacji

Centrum Koordynacji to główna część Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego. Zawiera w sobie funkcje organizacyjne, koordynacyjne oraz medyczno – społeczne.

Jest osią splotu informacji o pacjentach, oddziaływaniach i aktualnej formie współpracy z chorym. Centrum jest również miejscem koordynacji zdrowiejących pacjentów z różnymi instytucjami oraz koordynatorem działań profilaktycznych, edukacyjnych, kampanii i informacji społecznych na terenie powiatu, gminy, dzielnicy. To ono koordynuje korzystanie pacjenta z usług medycznych, usług społecznych dotychczas istniejących na danym terenie oraz z nowo utworzonych usług w ramach modelu.

I. Funkcja Organizacyjna

W Centrum Koordynacji mieści się komórka zarządzająca ŚCZP. Tutaj są realizowane zadania zatrudniania personelu, jest część finansowa, kadrowa, płacowa, bhp, it, itp. Na tym poziomie są wykonywane wszystkie zadania związane z organizacją, sprawami formalnymi, finansowymi i rozliczeniowymi z płatnikami. W CK ma swoje miejsce dyrektor i koordynatorzy do spraw medycznych, społecznych i profilaktycznych.

II. Funkcja Koordynacyjna

Zadaniem Centrum Koordynacji jest gromadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej i społecznej pacjenta w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy związane z tajemnicą zawodową czy ochroną danych osobowych. Koordynacja dokumentacji ma polegać na tym, że w Centrum zostanie zgromadzona cała dokumentacja oddziaływań medycznych i społecznych na rzecz osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Historyczna dokumentacja posłuży do obiektywizacji informacji i zostanie wykorzystana do budowania Indywidualnego Planu Zdrowienia. Dokumentacja będzie prowadzona w sposób elektroniczny i mobilny. Oznacza to, że na etapie wdrożeniowym zostanie stworzony program IT Auxilio z bazą informacji i dokumentacji poszczególnych osób oraz aplikacjami, które umożliwią kontakt z systemem za pomocą Internetu. Program będzie również nakładką na istniejące najbardziej popularne programy do prowadzenia dokumentacji medycznej czy usług socjalnych w celu

umożliwienia integracji danych z różnych systemów informatycznych. W ramach programu będzie również realizowana strona www, która będzie bazą informacji dla uczestników Centrum, ich sieci oparcia i profesjonalistów.

Centrum Koordynacji przy pomocy opisywanego programu ma kolejną funkcję - koordynację usług medycznych i społecznych na terenie działania Centrum. Ma ono mieć analityczne i funkcjonalne rozeznanie o rodzaju i ilości usług oraz podmiotów działających lub wspierających działania na rzecz zdrowia psychicznego na danym terenie. Powinno dążyć do współpracy z innymi podmiotami i koordynować korzystanie z tych usług przez użytkowników ŚCZP. Na przykład, jeżeli osoba po kryzysie zgodnie z Indywidualnym Planem Zdrowienia powinna skorzystać z usług środowiskowego domu samopomocy, mieszkania chronionego, oddziału dziennego czy dowolnej innej formy leczenia lub oparcia społecznego, to pracownicy Centrum koordynacji w porozumieniu z zespołem mobilnym powinni takie rozwiązanie przygotować i umówić pacjenta w nowym miejscu na konkretny termin lub w razie potrzeby mu towarzyszyć.

Do podstawowych zadań programu Auxilio należą:

- 1) Wsparcie procesu zdrowienia osób chorych psychicznie:
 - a) organizacja wsparcia bazuje na IPZ/ICF, szczególnie procesów włączających klientów jako podmiot i przedmiot interwencji zgodnie z personalistyczną wizją człowieka,
 - b) koordynacja wsparcia na terenie działania ŚCZP/ŚCZPDziM w ramach współpracy z podmiotami, organizacjami oraz jednostkami samorządu terytorialnego w ramach ich kompetencji (włączanie podmiotów już działających w system koordynacji),
- 2) Wsparcie zarządzania i organizacji samego ŚCZP/ŚCZPDziM
 - a) zarządzanie danymi i informacjami dot. klientów ŚCZP/ŚCZPDziM, w tym obowiązkowe raportowanie informacji przewidziane w odpowiednich ustawach,
 - b) organizacja jako jednostki, konsorcjum lub partnerstwo tworzone na danym terenie,

- c) monitoring i raportowanie efektywności pomocy (finansowej oraz ocena interwencji opartej o *evidence-based*),

Rozwinięcie na temat oprogramowania AUXILIO znajduje się w załączniku nr 10.

III. Funkcja medyczno – społeczna:

Całodobowa Infolinia

W Centrum Koordynacji jest ulokowana całodobowa infolinia działająca 24 godziny przez 7 dni w tygodniu, będąca telefonem interwencyjnym. Docelowo wszyscy mieszkańcy powiatu powinni wiedzieć o istnieniu takiego telefonu i jego dostępności. Dyżur w infolinii pełnią członkowie zespołu koordynacji z zastrzeżeniem, że zawsze jest to osoba kompetentna z doświadczeniem w pracy klinicznej. Może to być pielęgniarka, psycholog, terapeuta środowiskowy, itp. Osoba odbierająca zgłoszenie jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego kontaktu z pacjentem w ciągu 24 godzin. Pacjent lub ktoś z jego sieci oparcia, lub osoba, która wcześniej nie korzystała z usług Centrum może zadzwonić o dowolnej porze dnia i nocy, i może skorzystać z porady zachowując anonimowość. Może również po podaniu tożsamości poprosić o konkretną pomoc. Wówczas, w zależności od stanu zdrowia można zaprosić pacjenta do Centrum, wysłać do niego zespół mobilny lub zorganizować pomoc w podjęciu leczenia szpitalnego.

Recepcja

Recepcja jest częścią Centrum, która podobnie jak infolinia jest pierwszym kontaktem pacjenta z Centrum. Czynna jest w godzinach od 8:00 – 20:00. Każdy, kto przyjdzie do ŚCZP, trafi w pierwszej kolejności do recepcji. Tam (podobnie jak w przypadku infolinii) dowie się o sposobie i zasadach pracy w Centrum, i o ofercie pomocy.

Zadaniem osób pracujących w Centrum Koordynacji, jak i w infolinii jest dokonanie wstępnej oceny stanu zdrowia i przy pomocy narzędzia – arkusza obserwacyjnego udzielenie odpowiedzi na dwa kluczowe pytania:

1. Czy pacjent potrzebuje leczenia środowiskowego czy szpitalnego?
2. Czy pacjent potrzebuje długiej czy krótkiej ścieżki pomocy?

Arkusze obserwacyjny dotyczący wstępnej oceny stanu zdrowia pacjenta znajduje się w załączniku nr 7.

Następnie w wyniku analizy pracownik CK kieruje pacjenta wprost do oczekiwanego specjalisty – krótka ścieżka pomocy, do zespołu mobilnego – długa ścieżka pomocy lub organizuje interwencję i pomoc w dotarciu pacjenta do szpitala. W razie potrzeby do pacjenta jest wysyłany dwuosobowy zespół mobilny, w składzie którego - w zależności od potrzeby - może się znaleźć lekarz psychiatra (gdy wymagana jest interwencja lekarska), pielęgniarka psychiatryczna, psycholog, terapeuta środowiskowy czy pracownik socjalny. Rozmowa zespołu mobilnego z pacjentem i jego rodziną ma służyć zachęceniu pacjenta do leczenia, rozpoznaniu problemów rodziny w związku z chorobą bliskiej osoby oraz ustaleniu dalszych działań adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta. W recepcji zatrudnione są osoby, takie jak: pielęgniarka, psycholog, terapeuta środowiskowy.

Usługi ambulatoryjne

W zakresie świadczeń centrum koordynacji jest również udzielanie świadczeń ambulatoryjnych. Jest to funkcja podobna do zadań poradni zdrowia psychicznego.

W ramach usług ambulatoryjnych realizowane są zadania kompleksowej diagnozy psychiatryczno-medycznej, psychologiczno-społecznej i socjalno-środowiskowej z oceną funkcjonowania pacjenta. Wykonywane są wywiady, konsultacje specjalistyczne oraz badania dodatkowe. W przypadku krótkiej ścieżki pomocy jest to podstawowa forma kontaktu pacjenta z centrum. Jeżeli pacjent potrzebuje intensywnej pomocy realizowana jest długa ścieżka pomocy. Wspólnie z zespołem mobilnym i siecią oparcia przygotowuje się Indywidualny Plan Zdrowienia, w którym zawarte są oddziaływania farmakologiczne, psychoedukacja, pomoc psychologiczna, psychoterapia oraz określa się zakres oddziaływań społecznych w ramach zintegrowanego świadczenia oparcia społecznego. Kolejne spotkania służą monitorowaniu i ewaluacji postępu terapii. W razie potrzeby elementy planu terapeutycznego mogą być korygowane wspólnie przez zespół ambulatorium przy współpracy z pacjentem i jego siecią oparcia. Częstość spotkań zależy od potrzeb i stanu zdrowia pacjenta, a ich potrzebę, czas i miejsce koordynuje zespół mobilny. Usługi ambulatoryjne zostały ulokowane w CK, aby wypełnić lukę w dostępności do usług medycznych na danym terenie i skrócić okres oczekiwania na wizytę. Ograniczony dostęp do

usług zwłaszcza medycznych: lekarza psychiatry, psychologa, psychoterapeuty jest powszechnym zjawiskiem, dlatego funkcja ambulatoryjna CK ma za zadanie zwiększenie dostępności ww. usług.

Noclegowe miejsca interwencyjne

Noclegowe miejsca interwencyjne są miejscem zlokalizowanym na terenie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego, gdzie może trafić pacjent, który samodzielnie w warunkach domowych nie jest w stanie przetrwać kryzysu, ale jeszcze nie wymaga hospitalizacji. Trafia wtedy do ŚCZP, w którym są od 2 do 4 pokoi jedno lub dwuosobowych, przeznaczonych dla pacjentów w kryzysie. ŚCZP zapewnia całodobową (7 dni w tygodniu) opiekę i wsparcie oraz niezbędną interwencję medyczną i terapeutyczną. Jest działaniem skierowanym do pacjentów, którzy wyraźnie zgłaszają pogorszenie stanu zdrowia psychicznego i pogorszone w związku, z tym samopoczucie, a nie ma jeszcze bezwzględnych wskazań do leczenia szpitalnego. Średni czas pobytu planuje się na okres do 10 dni. Decyzja o przyjęciu do interwencyjnego miejsca noclegowego jest wypracowywana przez zespół mobilny, Pacjenta i jego sieć oparcia przy udziale niezbędnych specjalistów. Decyzję o zakończeniu pobytu podejmuje się w tym samym gronie. W przypadku osób, których nie wspiera sieć oparcia decyzje wypracowuje pacjent z zespołem mobilnym przy wsparciu specjalistów. Personel noclegowych miejsc interwencyjnych stanowią w nocy dwie osoby: pielęgniarka i psycholog lub terapeuta środowiskowy. W dzień rolę opieki medycznej przejmuje zespół ambulatorium, to jest lekarz, psycholog kliniczny, psychoterapeuta. Do koordynacji swojego procesu zdrowienia pacjent otrzymuje równoległe pomoc zespołu mobilnego zapewniającego ciągłość terapeutyczną. Noclegowe miejsca interwencyjne są usługą o charakterze doraźnym dotychczas nie występującą w ofercie usług zdrowotnych. Noclegowe miejsca interwencyjne stanowią usługę innowacyjną.

Zespół mobilny (ZM)

Bardzo ważnym, intensywnie współpracującym z Centrum Koordynacji, elementem Modelu jest Zespół Mobilny. ZM pracuje od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 20:00. Zespół Mobilny posiada rolę wiodącą w procesie zdrowienia pacjentów korzystających z długiej ścieżki pomocy. Jest zespołem, który swą pracę wykonuje w miejscu zamieszkania

pacjenta, w siedzibie ŚCZP lub w miejscu niezbędnym dla realizacji celów Indywidualnego Planu Zdrowienia. Jest główną formą pracy w pierwszym oraz dalszych etapach leczenia i oparcia.

Kiedy infolinia lub recepcja przekaze zespołowi zgłoszenie potrzeby pomocy, pierwsza interwencja terapeutyczna u pacjenta powinna nastąpić w ciągu 24 godzin od przyjęcia informacji. Zadaniem zespołu jest wykazanie inicjatywy i zainteresowanie dalszym procesem zdrowienia pacjenta oraz utrzymanie z nim stałego kontaktu bez względu na strukturę, z której usług pacjent aktualnie korzysta. Zadaniem Zespołu mobilnego jest prowadzenie procesu terapeutycznego z pacjentem przy udziale jego sieci oparcia. Zespół mobilny swoje zadania realizuje przy pomocy narzędzia – Indywidualny Plan Zdrowienia. W związku z tym Zespół mobilny przygotowuje diagnozę funkcjonalną pacjenta w oparciu o ICF – koncepcję diagnostyczną rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia oraz wykorzystywaną z powodzeniem w działaniach edukacyjnych i pomocowych. Następnie zespół z pacjentem i jego siecią oparcia przygotowuje plan kryzysowy. Jest to instrukcja obsługi dla wszystkich uczestników procesu na wypadek pogorszenia samopoczucia pacjenta. Kolejnym zadaniem ZM jest opracowanie w sieci z udziałem pacjenta planu zdrowienia i prowadzenie bieżącego opisu procesu. Co pół roku następuje ewaluacja procesu, w wyniku której IPZ może ulegać modyfikacji.

W skład Zespołu mobilnego wchodzi zawsze co najmniej dwie osoby. Jedna z doświadczeniem pracy w usługach medycznych, druga znająca i mająca doświadczenie w realizacji usług społecznych. Pracownikami Zespołu Mobilnego mogą być osoby mające kwalifikacje psychologa, pielęgniarki, pracownika socjalnego, terapeuty środowiskowego, instruktora zdrowienia EX-IN.

Zespół Mobilny jest organizacyjną formą integracji usług medycznych i społecznych, ponieważ łączy w sobie szereg zadań zespołów leczenia środowiskowego i specjalistycznych usług opiekuńczych. Łącząc te zadania buduje ciągłość terapeutyczną zapewniając pomoc w zakresie leczenia i usług społecznych. Usługa zespołu mobilnego jest skonstruowana by zapewnić opiekę i pomoc, i leczenie od momentu pierwszego kryzysu po powrót do pełnienia ról społecznych.

ZM może również świadczyć usługi z zakresu opieki doraźnej. Usługa jest **innowacją** w modelu, w ramach której zespół specjalistów podejmuje interwencję w sytuacji zaostżenia kryzysu zdrowia psychicznego. Do składu zespołu mobilnego doprasza się wówczas lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii lub psychologa klinicznego. W przypadku otrzymania informacji o osobie z zaostżeniem kryzysu zdrowia psychicznego, lekarz z drugą osobą

z zespołu jedzie interwencyjnie do osoby zgłaszającej problem. Na miejscu wspólnie z pacjentem i rodziną (siecią oparcia społecznego) ocenia czy stan zdrowia pacjenta kwalifikuje się do pozostania w środowisku czy wymaga interwencji leczenia szpitalnego. Jeżeli chory zostaje w domu, ustalana jest formuła leczenia i dalszych kontaktów z Centrum.

Minimalny zakres obowiązków pracowników zespołu mobilnego:

- bezpośrednia praca z pacjentami ŚCZP i ich siecią oparcia
- oferowanie adekwatnych form wsparcia w miejscu zamieszkania pacjenta oraz w placówkach związanych z ŚCZP
- rozpoznawanie potrzeb i możliwości pacjenta w oparciu o ICF
- planowanie działań terapeutycznych oraz opracowywanie indywidualnego medycznego i społecznego planu wsparcia wraz z pacjentem – Indywidualnego Planu Zdrowienia
- nadzór nad prawidłową realizacją Indywidualnego Planu Zdrowienia
- koordynacja usług medycznych i społecznych, z których korzysta pacjent
- kontakt z instytucjami/organizacjami/placówkami niezbędnymi do prawidłowej realizacji założeń IPZ
- prowadzenie psychoedukacji, wsparcia psychologicznego i środowiskowego dla pacjentów i ich rodzin
- prowadzenie interwencji środowiskowych/sesji wsparcia psychologicznego/sesji dla pacjenta i sieci oparcia społecznego zorientowanej na potrzeby
- współpraca z zespołem terapeutycznym ŚCZP oraz placówkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej
- prowadzenie dokumentacji pracy z pacjentem



- wykonywanie działań zapobiegających stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi
- udział w spotkaniach zespołu ŚCZP i regularnych superwizjach

Dzienne Świadczenia Medyczno-Społeczne

Dzienne Świadczenie Medyczno-Społeczne może zostać utworzone zarówno na bazie Oddziału Dziennego Psychiatrycznego jak i Środowiskowego Domu Samopomocy.

Kiedy trzonem jest Oddział Dzienny Psychiatryczny wystarczy zespół oddziału rozszerzyć o pracowników oparcia społecznego: pracownika socjalnego, terapeutę zajęciowego, terapeutę środowiskowego czy doradcę zawodowego. Gdy DŚMS tworzymy na bazie Środowiskowego Domu Samopomocy do zespołu terapeutycznego opartego na kadrze psychologicznej i terapeutycznej potrzebujemy dołączyć lekarza, psychologa klinicznego, psychoterapeutę i pielęgniarkę.

Dzienne Świadczenie Medyczno-Społeczne jest integracją równoległych usług z resortu zdrowia i pomocy społecznej. Zarówno Środowiskowy Dom Samopomocy jak i Oddział Dzienny Psychiatryczny są placówkami świadczącymi usługi w trybie dziennym. Obie mają w swoich zakresach usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Oddział Dzienny Psychiatryczny jest ukierunkowany na świadczenia medyczne z elementami terapii zajęciowej i wsparciem społecznym. Środowiskowy Dom Samopomocy jest ukierunkowany na budowanie oparcia społecznego, trening samodzielności oraz wsparcie funkcjonowania w środowisku. Może również w miarę potrzeby zatrudniać osoby z kręgu usług medycznych: pielęgniarki, rehabilitantów czy nawet lekarza. W Polsce jest obecnie ponad 760 Środowiskowych Domów Samopomocy, w których jest 2870 miejsc³³ i ponad 123 Oddziały Dienne Psychiatryczne w 2014 r.³⁴

³³ Sprawozdanie MRPiPS -05 za 2015 i 03 za 2015.

³⁴ Zakład Zdrowia Publicznego IPIN, Statystyka publiczna.

Dzięki tak skomponowanej integracji otrzymujemy świadczenie bogato wyposażone w usługę medyczną z równoczesną ofertą rehabilitacji społecznej i elementami aktywizacji zawodowej wykorzystując istniejącą bazę lokalową, wyposażenie, kapitał ludzki i organizacyjny. Takie rozwiązanie może szybko przynieść istotny przyrost ilości miejsc świadczących komplementarną usługę dzienną medyczno–społeczną. Z racji tego, że DŚMS świadczy usługi codziennie w godzinach 8:00 – 20:00 uzupełnieniem oferty przedłużającym tryb dzienny do godziny 20:00 jest tryb działań samopomocowych oparty o Klub Samopomocy opisany w Zintegrowanym Świadczeniu Oparcia Społecznego. Są to działania oparte o różne formy aktywizacji, rozwijania zainteresowań, realizacji indywidualnych uzdolnień, aktywnego spędzania czasu wolnego, podtrzymywania umiejętności społecznych i aktywnego funkcjonowania w życiu społecznym.

Wskazanie do skorzystania z oferty dziennej usługi medyczno–społecznej istnieje, gdy stan chorego wymaga intensywnej opieki lekarskiej, silnego wsparcia psychologicznego, psychoterapeutycznego lub usług pielęgniarskich, których nie można zapewnić w trybie ambulatoryjnym, a nie ma bezwzględnych wskazań do hospitalizacji lub ze względów na potrzebę intensywnych oddziaływań integracji społecznej, wsparcia w samodzielności i pokonywania deficytów spowodowanych przez chorobę. Skorzystanie z usługi odbywa się na podstawie ustaleń zawartych między pacjentem, a zespołem mobilnym przy udziale sieci oparcia społecznego. Ustalenie takie jest zaplanowane w Indywidualnym Planie Zdrowienia, dokumentowane w nim i ewaluowane. Zakończenie korzystania z usługi jest ustalane w tym samym gronie przy udziale zespołu DŚMS.

Dzienne świadczenie medyczno-społeczne zawiera w sobie zakres działań takich znanych struktur jak:

1. Środowiskowy Dom Samopomocy.
2. Oddział Dzienny Psychiatryczny.
3. Klub Samopomocy.

Zespół realizujący zadania dzienne to:

- Lekarz
- Psycholog kliniczny
- Psychoterapeuta



- Pielęgniarka
- Psycholog
- Terapeuta zajęciowy
- Doradca zawodowy
- Pedagog
- Asystent osoby niepełnosprawnej
- Inne niezbędne dla realizacji celów IPZ

Mieszkanie chronione i wspierane

W trudnej sytuacji mieszkaniowej pacjent może liczyć na pomoc mieszkaniową. Może to być mieszkanie chronione, gdzie może mieszkać czasowo ucząc się samodzielności, odpowiedzialności za siebie, za swój proces leczenia, korzystając ze wsparcia terapeutycznego i socjalnego. Może również zamieszkać we własnym mieszkaniu i tam otrzymać potrzebne wsparcie terapeutyczne i socjalne. Opis funkcjonowania mieszkań chronionych i wspieranych został szerzej opisany w rozdziale Zintegrowane Świadczenia Oparcia Społecznego.

Model współpracy ze szpitalem

W modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego podjęto również tematykę form zapewnienia całodobowej usługi szpitalnej.

Zakładane w modelu ŚCZP utworzenie interwencyjnych miejsc noclegowych oraz rozbudowanie oferty środowiskowej zwłaszcza w postaci zespołów mobilnych i pracy z całą siecią oparcia społecznego pacjenta powinno skutkować spadkiem zapotrzebowania na łóżka szpitalne. W tej sytuacji Model Centrum proponuje rozwiązania również dla dużych szpitali psychiatrycznych. W projekcie pokazujemy różne kierunki transformacji szpitala oparte o doświadczenia partnerów zagranicznych (przekształcenia łóżek ogólnopsychiatrycznych w oddziały specjalistyczne (sądowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania) o zasięgu regionalnym, oddziały opiekuńczo-lecznicze, usługi pomocowe uzupełniające ofertę dla chorych oraz inne usługi niezwiązane z ochroną zdrowia).

Relacje między ŚCZP a Szpitalem przy realizacji Modelu

Wzajemna relacja między szpitalem a centrum ma dwukierunkowy charakter. Zarówno Centrum, jak i Szpital może być stroną inicjującą przekazanie pacjenta do świadczenia dalszych usług medycznych.

1. W sytuacji kiedy pacjent zostanie skierowany z Centrum do Szpitala rozpoczyna się współpraca między obiema placówkami. Łącznikiem pomiędzy jednostkami jest Zespół Mobilny, który towarzyszy pacjentowi w każdym momencie jego procesu zdrowienia. Również pracownicy Szpitala są przygotowani do pracy z pacjentem w oparciu o IPZ i diagnozę funkcjonalną. Szpital posiada zintegrowaną nakładkę na swój program komputerowy, umożliwiającą korzystanie z platformy Auxilio przy realizacji IPZ i przy dostępie do dokumentacji pacjenta. Pobyt pacjenta w szpitalu jest zawsze negocjowany z pacjentem, jego siecią oparcia i zespołem mobilnym z wyjątkiem sytuacji bezwzględnie wymagających leczenia szpitalnego, gdzie leczenie bez zgody będzie realizowane na warunkach określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W negocjacjach może pomagać zespół szpitala lub izby przyjęć. Decyzja o zakończeniu leczenia w szpitalu jest podejmowana w podobnym gronie: pacjent, rodzina, zespół mobilny i zespół szpitala. Wówczas pacjent powraca do domu i podejmuje dalszą współpracę ŚCZP na swoim terenie.
2. W sytuacji, gdy szpital jest stroną inicjującą kontakt w sprawie objęcia opieką pacjenta w środowisku, wówczas Centrum przeprowadza z pacjentem wewnętrzną procedurę klasyfikacji ścieżki pomocy, a następnie kieruje pacjenta do spotkań ambulatoryjnych w ramach krótkiej ścieżki pomocy lub do pracy z zespołem mobilnym w oparciu o IPZ, realizując długą ścieżkę pomocy. Podobnie jak w powyższym przykładzie, jeśli szpital jest zainteresowany współpracą następuje integracja systemu IT i dostęp dla szpitala do platformy Auxilio. Równocześnie pracownicy szpitala mają dostęp do szkoleń organizowanych w Centrum dotyczących podejścia terapeutycznego skoncentrowanego na potrzebach pacjenta, jak również mają możliwość skorzystania ze wsparcia przy transformacji modelu.

Bez względu na fakt czy szpital jest partnerem projektu czy nie, intencją działania Centrum jest nawiązanie współpracy ze szpitalem i możliwie intensywna integracja z jego działaniami.

Szpital i wszelkie funkcje środowiskowe są pacjentowi potrzebne dla zapewnienia komfortu leczenia i poczucia bezpieczeństwa.

Zakładając, że kontakty pomiędzy szpitalem, a centrum oparte są o wolę współpracy można spodziewać się, że przyniesie ona wzajemne korzyści. Pacjentowi da poczucie szerokiej ścieżki pomocy i związane z tym poczucie bezpieczeństwa, rodzinom wiedzę i partycypację w procesie zdrowienia członka rodziny, a profesjonalistom pomoc w procesie transformacji i nowe narzędzia pracy.

Ze względu na zróżnicowanie w dostępie do „łóżek” oraz sposób powiązania Szpitala z Centrum zaproponowane zostały następujące warianty:

1. ŚCZP w zasięgu szpitala psychiatrycznego - 1h dojazdu komunikacją publiczną,

Szpital organizuje zintegrowane świadczenia medyczne we współpracy z usługami społecznymi dla danego rejonu.

W Modelu proponujemy kierunki rozwoju usług szpitala zmierzające z jednej strony do specjalizacji usług i oferowania ich na poziomie regionalnym, z drugiej strony pójście ścieżką rozbudowy usług środowiskowych proponowanych w modelu. Z trzeciej strony otwarcie szpitala na ulokowanie w swoich zasobach lokalowych usług społecznych potrzebnych w realizacji usług Centrum oraz otwarcie szpitala na podmioty zewnętrzne.

Oto podstawowe kierunki zmiany:

- Przekształcenie oddziałów ogólnych w oddziały specjalistyczne: sądowe, zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania, podwójnych diagnoz, oddziały opiekuńczo–lecznicze oraz np. w instytuty badawcze

Coraz częściej obserwowanym zjawiskiem i potrzebą w leczeniu zaburzeń psychicznych jest powstawanie specjalistycznych form leczenia zarówno stacjonarnego, jak również usług świadczonych w trybie dziennym czy ambulatoryjnym. Na bazie zasobów lokalowych, organizacyjnych i ludzkich szpitala może następować specjalizacja w różnych kierunkach leczenia zaburzeń, również tych wyżej wymienianych. Są to usługi, które z punktu rozwoju usług środowiskowych nie są wymagane ani niezbędne na każdym terenie świadczenia usług przez ŚCZP. Jednak na poziomie regionu usługi specjalizowane poszerzają ofertę leczenia zaburzeń psychicznych zapewniając pomoc osobom borykającym się z trudniejszymi problemami zdrowia psychicznego, których w skali powiatu, gminy czy dzielnicy nie ma na

tylę, żeby specjalistyczne oddziały tworzyć z zasobów centrum. Zaoferowanie specjalistycznej oferty na poziomie regionalnym jest uzasadnione merytorycznie i finansowo. Również dynamiczny rozwój społeczny przynosi nowe wyzwania i potrzebę reakcji na zjawiska związane z eksperymentami, dopalaczami czy innymi środkami psychoaktywnymi. Takich wyzwań i potrzeb specjalizacji dla dużych szpitali psychiatrycznych jest wiele, a ten kierunek transformacji jest bardzo ważny i społecznie potrzebny.

- Przekształcenie oddziałów ogólnych w działalność środowiskową

Drugim kierunkiem zmiany proponowanym w modelu jest organizacja na terenie szpitala, a zwłaszcza poza jego dzisiejszą siedzibą w lokalnych środowiskach elementów modelu. Dzisiaj szpitale psychiatryczne zapewniają opiekę psychiatryczną na wiele większym terenie niż powiat, gmina czy dzielnica. Kierunkiem rozwoju jest alokacja swoich zasobów organizacyjnych i ludzkich w budowanie elementów Modelu: Centrum Koordynacji, Zespołów mobilnych, Dziennych usług medyczno-społecznych. W ramach CK jest proponowana usługa Noclegowych Miejsc Interwencyjnych. Będzie więc zapotrzebowanie w środowisku

na specjalistów, którzy świadczyli usługi całodobowe w szpitalu i mają doświadczenie kliniczne.

- Utrzymanie części łóżek ogólnych

Naturalną funkcją szpitala psychiatrycznego jest oferowanie usług leczenia szpitalnego ogólnego. Taka potrzeba będzie istnieć zawsze i potrzeba szpitali jest niekwestionowana. Jak wynika z doświadczeń innych krajów, Litwy, Wielkiej Brytanii, Finlandii, Włoch czy Niemiec, zapotrzebowanie na ich ilość jest mniejsza niż obecnie oferowana w Polsce, dlatego w opisie proponujemy reorganizację łóżek ogólnych na rzecz innych form działalności.

- Utworzenie w zasobach szpitala działań społecznych prowadzących do powstania na jego terenie ŚCZP

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wskazuje jako potrzebę i równocześnie, jako szansę dla tworzenia kompleksowej usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi łączenia we wspólne procesy usług medycznych i społecznych. Korzystając z uwalniających się zasobów szpitali psychiatrycznych można przeznaczyć je na rozwój infrastruktury usług społecznych wchodzących w skład usług ŚCZP, to znaczy usługi Zintegrowanego Świadczenia

Społecznego tworząc między innymi Środowiskowe Domy Samopomocy, Kluby Samopomocy, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze i Mieszkania Chronione. Można też rozwijać pozostałą infrastrukturę skierowaną na potrzeby osób chorych psychicznie: Hostele, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywizacji Zawodowej, Podmioty Ekonomii Społecznej, w tym Spółdzielnie Socjalne, itp. Na terenie byłego szpitala psychiatrycznego w Trieście są dzisiaj szkoły terapeutyczne, park z pięknym rozarium, siedziba spółdzielni socjalnych, zatrudniająca osoby z chorobą psychiczną, inne usługi medyczne poza psychiatryczne i szereg usług społecznych. Można również budować sieć klubową dla grup samopomocowych osób doświadczonych kryzysem psychicznym, ich rodzin i przyjaciół, rozwijać ofertę kulturalną i artystyczną, i równocześnie otwierać się na animowanie aktywności społeczności lokalnej.

- Rozwój w zasobach szpitala leczenia wielospecjalistycznego przekształcając go w część w szpitala ogólnego.

Na każdym niemal terenie są deficyty w dostępie do usług leczenia szpitalnego różnych specjalności. Ideą NPOZP jest także, aby leczenie psychiatryczne odbywało się w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Jeżeli w szpitalu ogólnym można utworzyć szpital psychiatryczny można zapewne również w pomieszczeniach szpitala psychiatrycznego utworzyć inne oddziały lecznicze, jak np. kardiologia, neurologia, geriatra czy inne oddziały potrzebne na danym terenie.

- Otwarcie zasobów szpitala na działalność podmiotów zewnętrznych

Ważnym kierunkiem rozwoju szpitala psychiatrycznego i to głęboko związanego z działaniami antystygmatyzacyjnymi i budowaniem prawdziwego wizerunku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest otwarcie szpitali na usługi zewnętrzne poza branżowe. Można udostępnić pomieszczenia szpitala na siedziby innych zewnętrznych podmiotów zarówno z branży medycznej, społecznej czy innych specjalności.

Zespół szpitala przechodząc przez proces transformacji korzysta ze szkoleń przygotowujących do pracy w podejściu skoncentrowanym na potrzebach pacjenta. Tę grupę pracowników w sposób szczególny dotkną zmiany i będą one bardziej kontrastowe niż w innych niestacjonarnych strukturach leczenia psychiatrycznego. W szczególności zespoły

dużych szpitali psychiatrycznych będą potrzebowały pomocy w przejściu przez zmianę, dlatego oferta projektu zawiera program wsparcia w przechodzeniu przez zmianę opisany w załączniku: *Zarządzanie zmianą*. Należy się spodziewać, że z czasem zacznie spadać zapotrzebowanie na łóżka szpitalne i w miarę rozwoju usług środowiskowych coraz mniej pacjentów będzie wymagać leczenia szpitalnego. W tej sytuacji część zespołu będzie mogła zmienić swój model pracy i zaangażować się w pracę środowiskową. Nie ma dla pracowników szpitala zagrożenia utraty pracy, ponieważ środki finansowe rozliczane kapitałowo zostają na danym terenie. Jedynym wymogiem czasu i zmieniającego się systemu usług będzie potrzeba zmiany sposobu pracy.

2. ŚCZP z oddziałem psychiatrycznym w szpitalu ogólnym

Takie rozwiązanie jest rozwiązaniem optymalnym. Wszystkie usługi środowiskowe są blisko miejsca zamieszkania wraz z leczeniem szpitalnym. Wówczas usługa Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego jest kompletna. Oddział realizuje ofertę leczenia całodobowego szpitalnego. Usługa jest elementem Modelu. Zespół oddziału – podobnie jak zespół szpitala psychiatrycznego - korzysta ze szkoleń przygotowujących do pracy w podejściu skoncentrowanym na potrzebach pacjenta. Korzysta również ze wsparcia animacji procesu zmiany jak wszystkie zespoły Centrum. A w związku z przewidywanym spadkiem zapotrzebowania na łóżka szpitalne część zespołu będzie mogła zaangażować się w pracę środowiskową. Środki finansowe rozliczane kapitałowo zostają na danym terenie, dlatego zmiana nie stanowi dla pracowników zagrożenia utraty pracy.

3. ŚCZP bez łóżek szpitalnych na danym terenie

ŚCZP musi kontraktować leczenie szpitalne z najbliższą położoną placówką albo z tą, która świadczy usługi na najwyższym poziomie. W sytuacji, gdy odległość do najbliższych psychiatrycznych łóżek szpitalnych jest zbyt duża ŚCZP rozważy utworzenie małego oddziału w szpitalu ogólnym na danym terenie. Oczywiście zarówno szpital zaproszony do współpracy, jak i zespół nowoutworzonego oddziału będą mogli skorzystać ze szkoleń i wsparcia przewidzianych dla wszystkich uczestników modelu.

Doświadczenia Litewskie pokazują, że w związku z rozwojem środowiskowych form leczenia i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w okresie od 2008 – 2015 (w tym okresie Litwa podsumowała I etap swoich reform) o połowę spadło zapotrzebowanie na łóżka ogólnopsychiatryczne. Podobne wskaźniki pokazuje Wielka Brytania, a jeszcze większe Finlandia czy Włochy (Triest). Nie oznacza to jednak, że łóżka ogólne w szpitalach psychiatrycznych nie są potrzebne. Przeciwnie, doświadczenia innych krajów Europy pokazują, że w leczeniu zaburzeń psychicznych ciężar oddziaływań przeniosły na pracę środowiskową i potwierdziły jej skuteczność, ukazując jednocześnie potrzebę i sens leczenia szpitalnego.

W związku z tym rozwiązaniem dla usług szpitalnych istniejących dzisiaj w poszczególnych regionach jest transformacja. Wybór kierunku zależy od warunków danego terenu i powinien być przeprowadzony z poszanowaniem wszystkich interesariuszy systemu. Chodzi o to, by przygotowując program transformacji zadbać o poczucie bezpieczeństwa wszystkich osób uczestniczących w procesie. Najistotniejszym przesłaniem takiej transformacji jest zaimplementowanie myślenia o podporządkowaniu nowo tworzonych procesów i zmian potrzebom i celom leczenia, i wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, a nie potrzebom instytucji.

Działania Profilaktyczno-Edukacyjne

We współczesnych programach profilaktycznych, niezależnie, czy jest to profilaktyka uniwersalna, selektywna czy wskazująca, zwraca się uwagę na rozwijanie lub/i wzmacnianie potencjału indywidualnego każdej osoby przez:

- nabywanie umiejętności życiowych
- poprawę relacji ze środowiskiem rodzinnym i innymi ważnymi osobami
- tworzenie przyjaznego środowiska społecznego (rodzina, szkoła, uczelnia, praca, społeczność lokalna), które będzie sprzyjało rozwojowi człowieka

W następstwie precyzyjnego określenia profilaktyki ważne jest, aby we współczesnych programach uwzględnić również działania z obszaru promocji zdrowia, w tym psychicznego.

Działania profilaktyczno-informacyjne skierowane do jak największej liczby osób pozwolą wzmacniać wiedzę o zaburzeniach psychicznych, w celu własnej higieny psychicznej,

jak i tworzenia przyjaznego, wolnego od stereotypów, rozumiejącego środowiska udzielającego wsparcia osobom chorującym i zdrowiejącym.

W ramach działań profilaktyczno-edukacyjnych zawarte jest przygotowanie mieszkańców i pracowników administracji publicznej z terenu powiatu w zakresie podstawowej wiedzy z tematyki zaburzeń psychicznych, prowadzenia działań profilaktycznych wśród różnych kategorii odbiorców oraz budowania prawdziwego wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi.

Pierwszą grupą oddziaływać są pracownicy administracji publicznej mający bezpośredni kontakt z klientem, których należy przygotować do pracy z osobami po przeżytym kryzysie psychicznym, jak również do rozpoznawania pierwszych symptomów chorobowych. Szkoleniem takim powinni być objęci lekarze pierwszego kontaktu, pracownicy służb społecznych, nauczyciele, pracownicy urzędów zatrudnienia, policji, straży miejskiej, sądu, kuratorzy społeczni i zawodowi, księża, itp. Szczególnie istotne wydaje się szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu, którzy są często pierwszą osobą, do której zgłasza się pacjent z objawami chorób psychicznych. Lekarze POZ są gotową bazą do obsługi pacjentów, którzy prezentują łagodne objawy i nie wymagają specjalistycznych konsultacji, mogą też prowadzić pacjentów po odbytym leczeniu w ŚCZP, to znaczy mogą przepisywać niezbędne leki w terapii podtrzymującej, czy kontrolować stan psychiczny pacjenta. Stąd ich przeszkolenie

w profilaktyce, ale też w ogólnym postępowaniu z pacjentami z objawami zaburzeń psychicznych jest niezbędne do tworzenia kompleksowego rozwiązania.

W zakresie tych działań powinni znaleźć się również pracownicy ŚCZP i wspierający ich Eksperti przez doświadczenie – Instruktorzy Zdrowienia.

Bardzo istotną grupą są uczniowie szkół gimnazjalnych i średnich. Dla nich model proponuje szkolenia rozwojowe związane z budowaniem poczucia własnej wartości i odpowiedzialności za siebie, a w dalszej kolejności warsztaty z wiedzy o chorobach psychicznych. Oprócz szkoleń należy prowadzić kampanie społeczne na terenie powiatu, budujące prawdziwy wizerunek osób doświadczonych. Należy również dotrzeć do wszystkich gospodarstw domowych z informacją pisemną o Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego i o tym, jakiej pomocy i kiedy można od niego oczekiwać.

Profilaktyka Edukacja Informacja

Uczniowie
i ich rodzice

Osoby
doświadczone
kryzysem
psychicznym

Rodziny

Pracownicy
ŚCZP

Zawody
zaufania
publicznego

Pracownicy
administracji
publicznej i
samorządowej

Kampanie Społeczne

Działania edukacyjne mają być skierowane do szeregu grup odbiorców w różnym wymiarze czasowym:

1) Uczniowie szkół gimnazjalnych i ich rodzice

- Rodzice: 1 spotkanie informacyjne w ciągu roku
- Uczniowie: 2 spotkania w ciągu roku po 2 godz.

2) Uczniowie szkół średnich

- Rodzice: 1 spotkanie informacyjne w ciągu roku
- Uczniowie: 2 spotkania w ciągu roku po 2 godz.

3) Pracownicy pomocy społecznej, edukacji, lekarze pierwszego kontaktu, księża, policjanci, strażnicy miejscy, sędziowie, prokuratorzy i inne zawody, które profesjonalnie mają kontakt z osobami z zaburzeniami psychicznymi

- Dwudniowe szkolenie po 8 godzin – jeden raz w roku

4) Pracownicy administracji publicznej mający bezpośredni kontakt z klientem

- 4 godziny szkolenia - jeden raz w roku

Scenariusze szkoleń profilaktycznych znajdują się w załączniku nr 1.

5) Profesjonaliści pracujący w ŚCZP

- Szkolenie systemowe (I poziom): 8 m-cy, 8 spotkań po 12 godz.

- Kolejne dwa poziomy – realizowane w kolejnych latach, po osiągnięciu określonych kompetencji

Scenariusze szkoleń dla profesjonalistów stanowią załącznik nr 2.

6) Osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego

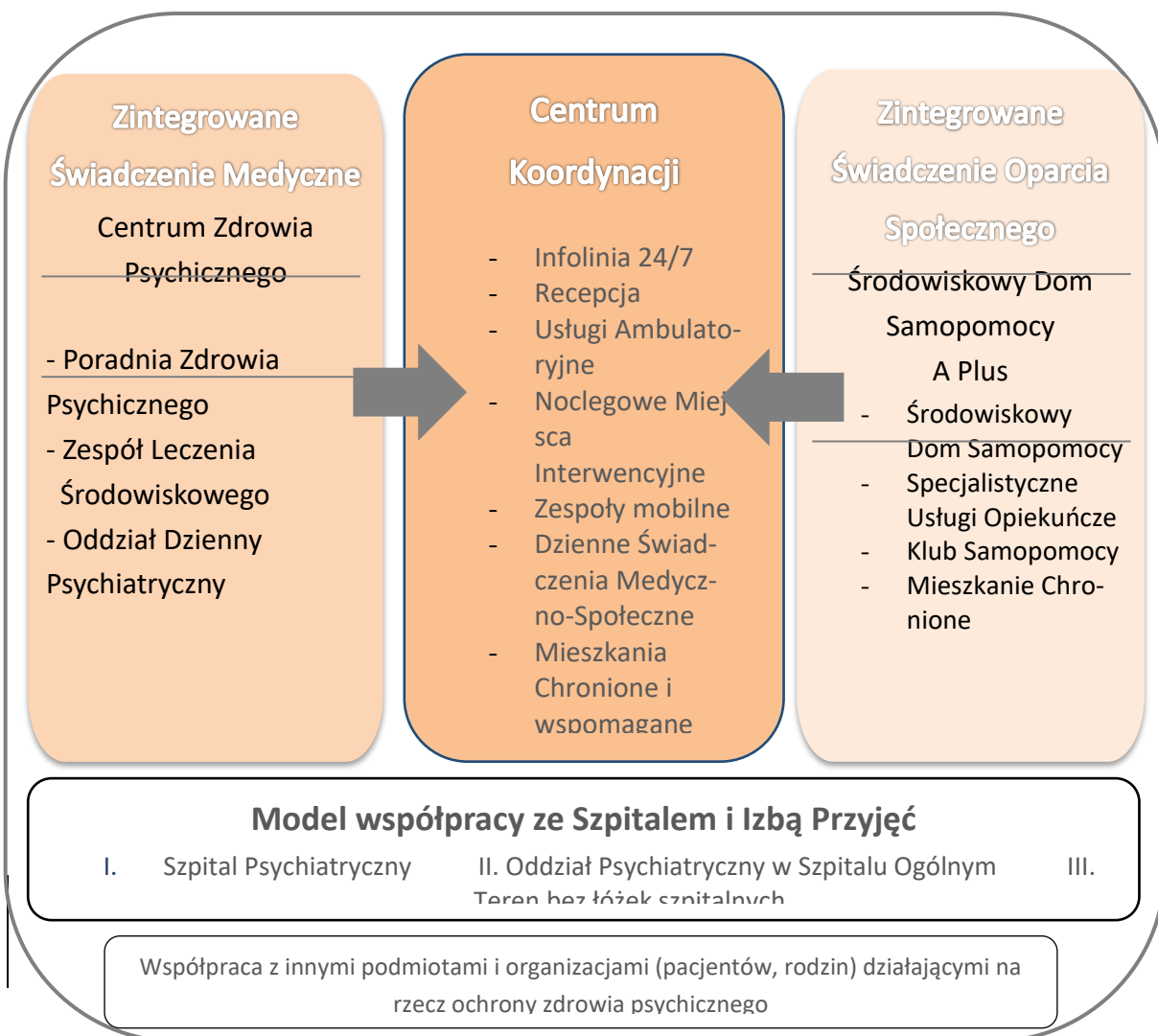
- systemowe szkolenie roczne - 12 miesięcy, 12 spotkań po 20 godz.

Opis założeń kursów typu EX-IN dla osób doświadczonych kryzysem psychicznym wraz z materiałami szkoleniowymi został rozwinięty w załączniku nr 3.

7) Sieć oparcia - w tym rodziny z doświadczeniem kryzysu psychicznego

- systemowe szkolenie roczne - 12 miesięcy, 12 spotkań po 20 godz.

Scenariusze szkoleń dla sieci oparcia stanowią załącznik nr 1 (w zawężonej wersji).



Kształt Świadczeń w ŚCZP

Poziom II Integracja Merytoryczna

Ścieżki udzielania pomocy użytkownikom systemu

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego będzie obsługiwało całą gamę przypadków: od osób chorujących, przez ich opiekunów i najbliższych, po wszystkich odbiorców działań profilaktyczno-edukacyjnych. Oczywiście, najważniejszą grupę stanowią osoby doświadczające kryzysów psychicznych. Proces objęcia opieką i wsparciem zgłoszonych do ŚCZP użytkowników systemu opiera się na ocenie przypadku. Ocena ta będzie dokonywana podczas rozmowy konsultacyjnej członka zespołu Centrum (lekarza, psychologa, pielęgniarkę) z osobą zgłoszoną do Centrum. Ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych pacjentów możemy podzielić na dwie podgrupy:

1. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak zaburzenia lękowe, adaptacyjne, pod postacią somatyczną, reakcja na ciężki stres – którzy nie wymagają zastosowania pełnego zakresu oddziaływań wspierających czy leczniczych, lecz wybranej pomocy specjalistycznej. Przewiduje się, że po uzyskaniu poprawy objawowej przestaną korzystać z usług Centrum. Osoby, które będą prezentowały powyższy wzorzec funkcjonowania zostaną zakwalifikowane **do krótkiej ścieżki pomocy**.

Pacjenci ci będą mieli możliwość skorzystania z konkretnych specjalistycznych usług dostępnych w Centrum, odpowiednich dla ich stanu zdrowia. W przypadku przedłużających się objawów chorobowych jest im proponowana długa ścieżka pomocy.

2. Pacjenci, którzy ze względu na charakter zaburzeń, będą wymagali stałego leczenia i opieki przez długi okres czasu będą zakwalifikowani **do długiej ścieżki pomocy**. Będą to pacjenci z takimi zaburzeniami jak:



- I. ciężkie i uporczywe zaburzenia, które wiążą się ze znaczną niepełnosprawnością w życiu codziennym, głównie psychozy, np. w przebiegu schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, na podłożu organicznym;
- II. przewlekłe zaburzenia, w których dodatkowo pacjent wykazuje się słabą współpracą w procesie leczenia i wymaga aktywnego udziału zespołu terapeutycznego;
- III. każde zaburzenie, które jest związane z poważnym ryzykiem wyrządzenia krzywdy sobie lub innym;
- IV. poważne zaburzenia osobowości, w których utrzymywanie stałego kontaktu i wsparcia jest jednym z czynników leczących, i przynosi mierzalną poprawę stanu zdrowia.

Użytkownicy systemu, którzy zostali w wyniku pierwszej rozmowy konsultacyjnej zakwalifikowani do długiej ścieżki pomocy zostaną objęci opieką przez Zespół Mobilny i proponowany jest im IPZ.

Powyższy podział jest uproszczeniem na potrzeby niniejszego opisu, zastosowanie długiej lub krótkiej ścieżki pomocy zależy od określenia wagi problemu pacjenta, a ostatecznym kryterium będzie sposób funkcjonowania w codziennym życiu (np. osoba chorująca

na schizofrenię, która funkcjonuje bardzo dobrze i potrzebuje jedynie wizyty u lekarza w celu utrzymania farmakoterapii vs. osoba z zaburzeniem lękowym, które całkowicie zaburza jej samodzielne funkcjonowanie). Aby skrócić i zoptymalizować wykorzystanie zasobów ŚCZP zakładamy nieco inny sposób pracy z tymi dwiema grupami pacjentów. W kontekście pracy ŚCZP, powyższe grupy różnią się głównie nakładem czasu i zaangażowania ze strony zespołu terapeutycznego.

Diagnostyka i Indywidualny Plan Zdrowienia (IPZ):

Podstawowym i obowiązującym dotychczas w psychiatrii modelem diagnostycznym jest model deficytowy. Spotykając się z osobą w kryzysie koncentrujemy się na określeniu trudności jakich doświadcza, opisujemy objawy, symptomy, jednym słowem chorobę a nie

człowieka. Istotną częścią zmiany, jaka powinna wydarzyć się w dziedzinie psychiatrii jest zmiana myślenia o roli objętego opieką pacjenta, zarówno w procesie diagnostycznym, jak również całym procesie terapeutycznym. Od początku kontaktu z osobą w kryzysie powinniśmy uwzględniać jej podmiotowość, aktualne potrzeby oraz całość funkcjonowania biopsychospołecznego, co pociąga za sobą zmianę w sposobie opisu diagnostycznego. Diagnozę choroby, na którą pacjent cierpi, ujętą w kategorii opisu z klasyfikacji ICD-10 proponujemy uzupełnić diagnozą funkcjonalną człowieka w języku klasyfikacji ICF. Jeżeli przyjmiemy, że naszym celem w procesie diagnostyczno-terapeutycznym jest podążanie za potrzebami Pacjenta, opierając się na te same klasyfikacje możemy uzyskać opis obszarów, w których potrzebne są zmiany, czyli w języku modelu deficytowego – opis trudności człowieka, ale również uzyskujemy obszerny opis tego, co u niego jest zdrowe, czyli obraz jego zasobów.

Proces diagnostyczny rozpoczyna się w momencie pierwszego kontaktu z człowiekiem i jego bliskimi. Informacje, które uzyskujemy w momencie zgłoszenia się danej osoby po pomoc, zarysowują pewien obszar potrzeb tego człowieka. Szersze zrozumienie jego sytuacji jest możliwe w trakcie pierwszej wizyty terapeutycznej. Proste pytanie „co jest powodem naszego spotkania” dostarcza wielu informacji na temat funkcjonowania osoby w kryzysie, w kontekście indywidualnym, ale także środowiskowym. Uzyskane dane, możemy następnie odnieść do wspomnianej klasyfikacji ICF – mamy już wówczas pewien obraz tego, w jakich obszarach osoba ma trudności, ale wiemy również, co jest u danej osoby zdrowe. Co najważniejsze, mamy informację, jakie są potrzeby tego człowieka. Na tej podstawie, możemy spośród kategorii proponowanych w klasyfikacji wybrać te, które w odniesieniu do danego pacjenta wydają się być najbardziej istotne, a zarazem potrzebne w dalszej drodze terapeutycznej. Zasadne wydaje się stworzenie ustrukturalizowanego wywiadu diagnostycznego na podstawie ICF, z którego wybierano by w odniesieniu do danej osoby obszary, które warto pogłębić w trakcie kolejnych spotkań. Dość łatwo uzyskamy informacje na temat funkcjonowania psychicznego pacjenta, gdyż nauczani dotychczasowym doświadczeniem potrzebujący pomocy koncentrują się głównie na tym obszarze. Informacje te są bez wątpienia bardzo istotne, ale powinny być one uzupełnione danymi na temat funkcjonowania człowieka w różnych obszarach życia, jego potencjalnych zdolności, realnych

możliwości wypełnienia poszczególnych zadań w środowisku, w którym się znajduje, jak również samego otoczenia, w którym egzystuje. W trakcie kolejnych spotkań, w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, przeprowadzany byłby wywiad pogłębiający wspomniane istotne obszary. Jeżeli zachodziłaby taka potrzeba, oprócz stałych członków zespołu terapeutycznego, w procesie diagnostycznym mogłyby uczestniczyć inne osoby, specjaliści, których udział wydawałby się pomocny. Na podstawie uzyskanych w trakcie kilku sesji informacji zespół terapeutyczny tworzyłby diagnozę funkcjonalną osoby w kryzysie. Opis koncentrowałby się nie na trudnościach i objawach, mimo ich świadomości u terapeutów, ale na diagnozie potrzeb pacjenta i opisie jego zasobów. W ten sposób stworzona diagnoza byłaby punktem wyjścia do tworzenia Indywidualnego Planu Zdrowienia. W myśl zasady „Nic o nas bez nas”, diagnoza byłaby omawiana z daną osobą i jej bliskimi. Podążając za potrzebami pacjenta, zespół terapeutyczny wraz z samym zainteresowanym określałby drogę terapeutyczną – co jest jej celem oraz jakimi sposobami do tego celu dotrzeć. Ogólnym celem jest niewątpliwie osiągnięcie przez człowieka satysfakcjonującego poziomu życia. Konieczne jest jednak wspólne dookreślenie szczegółowych celów i planu działań prowadzących do ich osiągnięcia. Podsumowując, Indywidualny Plan Zdrowienia byłby odpowiadającym na oczekiwania Pacjenta planem działań terapeutycznych, opartych na zasobach danej osoby, z uwzględnieniem jej własnych możliwości oraz okoliczności środowiska, w jakim funkcjonuje.

W formułowaniu planu istotne jest uwzględnienie podmiotowości pacjenta, jego sprawstwa w realizacji zadań oraz dążenie do wzrostu partycypacji tego człowieka w procesie zdrowienia, docelowo do modelu partnerskiego. W ten sposób stworzony Plan miałby formę pisemną, dzięki temu możliwa byłaby jego ewaluacja na poszczególnych etapach terapii, ale również modyfikacja w razie potrzeby. Podobnie jak w procesie diagnozy, również na etapie realizacji planu możliwe jest włączanie, poza stałymi członkami zespołu, innych specjalistów, a także innych ważnych członków sieci społecznej.

Na dalszych etapach, po wyjściu pacjenta z kryzysu czy też zrealizowaniu wstępnych celów Indywidualnego Planu Zdrowienia, możliwe jest włączanie szerszej diagnostyki, aby dookreślić dalszą drogę rozwoju danej osoby. Wówczas, w dalszym ciągu opierając się na potrzebach Pacjenta, dokonywana byłaby szczegółowa diagnoza zasobów, na których



Pacjent mógłby oprzeć się w realizacji dalszych celów, zwiększających jego poziom funkcjonowania i satysfakcję z niego. Zastosowanie mogłyby znaleźć na tym etapie liczne narzędzia psychologiczne, takie jak test osobowości MMPI, Kwestionariusze Inteligencji Emocjonalnej, Kwestionariusze Kompetencji Społecznych, Kwestionariusze Osobowości i Zainteresowań, Skale Radzenia Sobie ze Stresem, jak również badanie QEEG, pozwalające na określenie mózgowej lokalizacji funkcji, celowanej również na określenie zasobów Pacjenta. Po etapie pogłębionej diagnozy i jej omówieniu z samym zainteresowanym modyfikowany byłby Indywidualny Plan Zdrowienia lub wyznaczane byłyby nowe cele i drogi ich realizacji. Podobnie jak wcześniej, wszelkie wspólne ustalenia miałyby formę pisemną z możliwością modyfikacji w razie potrzeby. Na wszystkich etapach realizacji Planu Zdrowienia konieczna jest jego ewaluacja. Oprócz obserwacji zmian w funkcjonowaniu Pacjenta przez zespół terapeutyczny i członków sieci społecznej, konieczne byłoby uwzględnianie jego subiektywnej oceny własnego stanu psychicznego, aktywności, a przede wszystkim poczucia zadowolenia z jakości życia. Oprócz danych obserwacyjnych oraz informacji uzyskanych od Pacjenta i jego bliskich zasadne wydaje się włączenie metod kwestionariuszowych, określających samoocenę, poczucie kontroli nad własnym życiem, a przede wszystkim poczucie satysfakcji z niego.

Integratorem i monitoringiem usług medycznych i społecznych w modelu jest Indywidualny Plan Zdrowienia. Łączy on w sobie zadania medyczne i społeczne budując jeden zintegrowany proces wsparcia. IPZ jest narzędziem pracy terapeutycznej, w którym zawarte są plany działań leczniczych pomocowych i aktywizacji zawodowej. Jest głównym dokumentem opisującym zakres zmian w procesie zdrowienia pacjenta. Posiada swój indywidualny numer w systemie i ściśle określony układ.

Zespół Mobilny, jako oś systemu oparcia dla osoby z kryzysem psychicznym jest odpowiedzialny za przebieg procesu zdrowienia i za opracowanie Indywidualnego Planu Zdrowienia wspólnie z osobą w kryzysie i jego siecią oparcia, a w razie potrzeby przy udziale (doradztwie) innych specjalistów. Jest to dokument, który składa się z kilku części.

Część I - diagnostyczna

Diagnoza funkcjonalna oparta o ICF i testy, badania zasobów połączona z diagnozą medyczną na bazie ICD - 10.

Część II – plan kryzysowy

„Instrukcja obsługi” kryzysu danego pacjenta. Są to ustalenia poczynione z pacjentem, jego siecią oparcia przy udziale zespołu mobilnego dotyczące zdań poszczególnych osób na wypadek pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta. Opracowuje się w nim, również z pacjentem kiedy jest w okresie remisji, sposób w jaki zostanie mu przekazana informacja o zachowaniach wskazujących na nasilenie objawów chorobowych.

Część III - plan działania

Na bazie wiedzy diagnostycznej opracowujemy przy czynnym udziale pacjenta i jego sieci oparcia plan działania. Elementem planu działania jest określenie celów krótkoterminowych i długoterminowych, i opracowanie drogi dojścia do nich, czyli dobór postaci (elementów, świadczeń jednostkowych) Zintegrowanego Świadczenia Medycznego i Zintegrowanego Świadczenia Społecznego dla danego pacjenta.

Część IV – przebieg procesu zdrowienia

Ta część IPZ jest opisem realizacji oddziaływań medycznych i społecznych. Składa się z dwóch części: opis oddziaływań medycznych i opis oddziaływań społecznych. Na podstawie części IV IPZ będzie można określić jakie świadczenia i z jakiego budżetu otrzymał pacjent. W dokumentacji ma się znaleźć każde działanie. W zakresie oddziaływań medycznych: spotkanie sieci oparcia społecznego, oddziaływania indywidualne i grupowe, doraźne, ambulatoryjne, środowiskowe, dzienne i całodobowe. W zakresie oddziaływań społecznych: spotkanie sieci oparcia społecznego, oddziaływania indywidualne i grupowe, współpraca w zakresie działalności interwencyjnej (doraźnej nie medycznej), podstawowych potrzeb życiowych, rehabilitacji społecznej, funkcjonowania w środowisku rodzinnym, uzyskania i utrzymania zatrudnienia oraz pomocy mieszkaniowej. Każda z tych części zakłada funkcję ewaluacji.

Część V – ewaluacja

Planujemy, że realizacja IPZ będzie podlegać ocenie i ewentualnej modyfikacji co 6 miesięcy lub częściej w razie potrzeby. Wszystkie części IPZ w zależności od potrzeb pacjenta w wyniku ewaluacji mogą się czasowo powtarzać w dokumentacji. Każda ewaluacja może przynieść potwierdzenie opracowanych planów lub spowodować potrzebę korekty oddziaływań.

Szablon dotyczący opisu Indywidualnego Planu Zdrowienia znajduje się w załączniku nr 6.

Standard świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości

Kompleksowość usług jest zagwarantowana w całym ŚCZP. W indywidualnym planie zdrowienia pacjent, zespół mobilny oraz jego sieć oparcia może wybrać usługi dostępne w Centrum (obojętnie czy są one świadczone bezpośrednio przez Centrum czy też w ramach lokalnego partnerstwa wdrożeniowego). Na poziomie organizacyjnym, na wszystkich poziomach oraz we wszystkich elementach organizacji Centrum dostępne są usługi medyczne i społeczne w ramach ZŚM i ZŚOS.

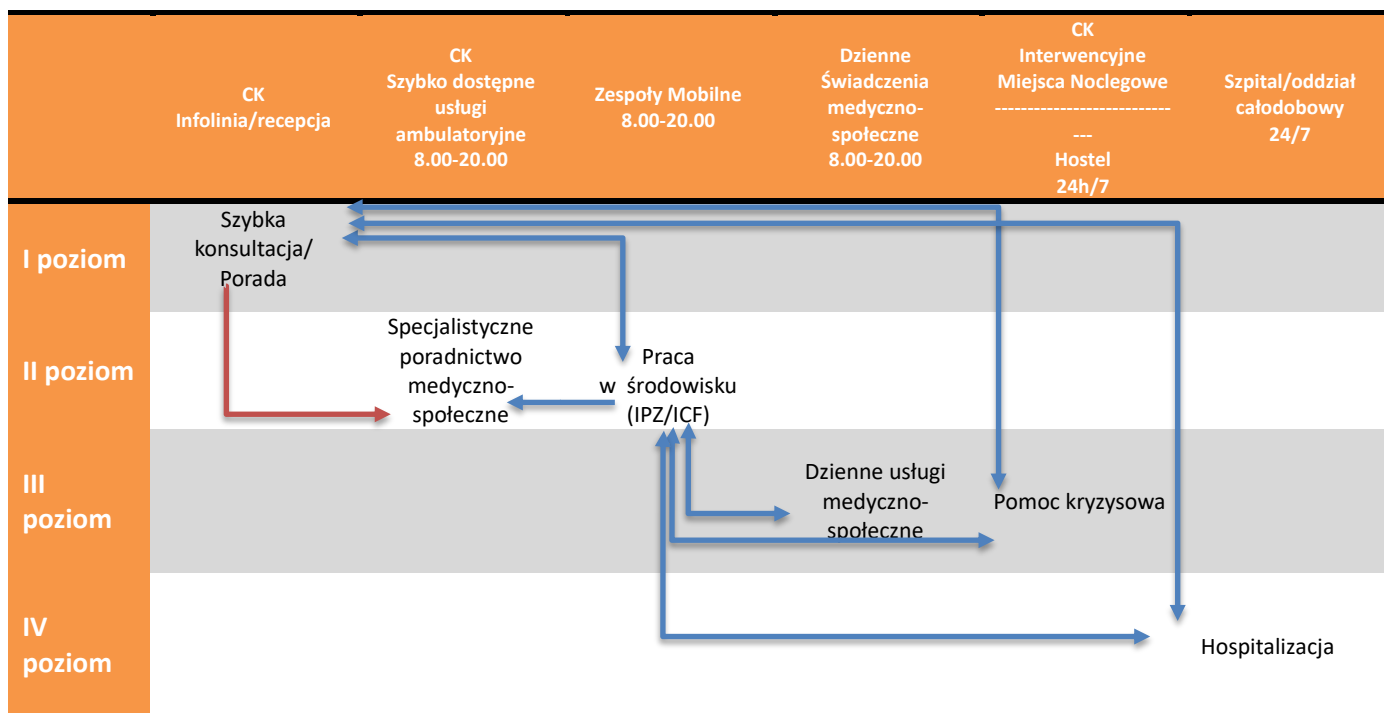
Jakość usług będzie zagwarantowana przede wszystkich przez:

- 1) Włączanie w proces decyzyjny (*empowerment*) pacjenta na każdym etapie interwencji
- 2) Budowanie partnerskiej relacji z pacjentem i jego siecią oparcia
- 3) Odpowiedni dobór profesjonalistów na etapie rekrutacji w kierunku pracy środowiskowej oraz przez szkolenia zorientowane na potrzeby pacjenta
- 4) Superwizję zespołu Centrum raz w miesiącu, prowadzoną przez zewnętrznego certyfikowanego superwizora

Superwizorem zespołu terapeutycznego ŚCZP może zostać osoba, która posiada certyfikat superwizora wydany przez:

- Polskie Towarzystwo Psychologiczne
- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne
- Polskie Towarzystwo Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej
- Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej
- Wielkopolskie Towarzystwo Terapii Systemowej

- 5) Stosowanie najlepszych praktyk w pracy z lokalnym środowiskiem, w tym placówkami oświatowymi, instytucjami oparcia społecznego oraz aktywizacji społecznej i zawodowej



Praca z pacjentem. Mechanizm zapobiegania powrotom do form opieki zinstytucjonalizowanej.

Objęcie wsparciem i korzyści użytkowników systemu

W opisywanym modelu każdy pacjent zarejestrowany w ŚCZP:

- ma dostęp do usług medycznych o charakterze ambulatoryjnym, doraźnym, szpitalnym, środowiskowym i dziennym, połączonych z zintegrowanymi usługami oparcia społecznego;
- posiada wpływ na swój sposób leczenia dzięki aktywnej współpracy przy tworzeniu Indywidualnego Planu Terapeutycznego, który jest szyty na miarę;
- ma dostęp do metod terapeutycznych opartych na dowodach (*evidence based*);
- uzyskuje wsparcie w poprawie relacji społecznych w ramach pracy ze swoją siecią wsparcia;
- jest pod stałą kontrolą pracowników ŚCZP (głównie Zespołów Mobilnych);
- może korzystać z grup samopomocowych;

- g) wspólnie z doradcą zawodowym może pracować nad powrotem do aktywności zawodowej;
- h) będzie włączony w program edukacyjny i profilaktyczny prowadzony przez edukatorów ŚCZP.

W ramach modelu ŚCZP opieką obejmujemy nie tylko bezpośrednich beneficjentów, czyli pacjentów, ale też całą sieć wsparcia. Włączenie rodziny i najbliższych w proces leczenia następuje na kilku poziomach:

1. Od pierwszego kontaktu z pacjentem poruszana jest kwestia jego sieci wsparcia, tzn. jeśli tylko pacjent wyrazi zgodę, na pierwsze spotkanie zapraszani są członkowie rodziny, którzy stanowią bogate źródło wiedzy na temat objawów i sposobu funkcjonowania pacjenta.
2. Członkowie sieci wsparcia mogą uczestniczyć w budowaniu Indywidualnego Planu Terapeutycznego, o ile pacjent wyrazi na to zgodę.
3. Praca całej sieci jest podstawą pracy terapeutycznej w podejściu zorientowanym na potrzeby pacjenta. Beneficjenci, którzy będą korzystali z usługi, jaką jest sesja Otwartego Dialogu, zawsze będą korzystali z niej wspólnie z członkami rodziny i/lub innymi bliskimi osobami, np. przyjacielem, księdzem, pracodawcą. Sesje prowadzone w duchu Otwartego Dialogu dają członkom rodziny przestrzeń na wyrażenie swoich potrzeb i oczekiwań, a także przepracowanie trudności, które istnieją w systemie rodzinnym.
4. Członkowie rodziny i inni bliscy będą mogli korzystać z comiesięcznych (lub częstszych w razie potrzeby) spotkań Grupy Wsparcia dla Rodzin, które będą odbywały się na terenie Centrum Koordynacji (lub w innym wyznaczonym do tego miejscu) w godzinach popołudniowych. Prowadzącym Grupę Wsparcia dla Rodzin może być psycholog lub inny specjalista ochrony zdrowia psychicznego, a także osoby, które przeżyły kryzys psychiczny np. osoby po kursie EX-IN.
5. ŚCZP będzie pracowało w porozumieniu z lokalnymi i ogólnopolskimi fundacjami, stowarzyszeniami oraz innymi organizacjami pozarządowymi zrzeszającymi rodziny osób



chorujących psychicznie jak np. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychicznie "Rodziny", w celu ciągłego poprawiania i rozwijania usług.

6. Członkowie rodzin będą włączeni w program edukacyjny i profilaktyczny prowadzony przez edukatorów ŚCZP.
7. Członkowie rodzin będą mogli korzystać z Infolinii ŚCZP w celu zgłoszenia pacjenta, ale też w sytuacjach kryzysowych, czy w razie potrzeby konsultacji, jako że to często członkowie jako pierwsi zauważają niepokojące objawy u osoby chorującej.

Użytkownikami systemu są również profesjonaliści działający w zakresie zdrowia psychicznego, którzy skorzystają ze zmiany systemu opieki psychiatrycznej proponowanej w ŚCZP, w zakresie:

- a) uzyskania nowych umiejętności, poprzez uczestnictwo w szkoleniach zorientowanych na potrzeby pacjenta;
- b) zmniejszenia ilości wypełnianych dokumentów, co zawsze skraca czas pracy pracowników i pozwala przeznaczyć go na bardziej palące potrzeby;
- c) zwiększenia satysfakcji z pracy, ponieważ zakładamy, że wprowadzenie ŚCZP doprowadzi do zmniejszenia ilości hospitalizacji i rzeczywiście zwiększy liczbę pacjentów powracających do satysfakcjonującego poziomu życia;
- d) prowadzenia bardziej elastycznej pracy – opartej na podążaniu za potrzebami pacjenta, tworzeniu indywidualnego planu pomocy, modyfikowanemu wraz z analizą sytuacji bieżącej;
- e) możliwość zaoferowania szerszego wachlarza usług i dotarcia do przyczyn problemu poprzez współpracę z siecią oparcia, co może przeciwdziałać zjawisku wypalenia zawodowego pracowników;
- f) wykorzystania potencjału całego zespołu terapeutycznego, który dostarcza niezbędnej wiedzy z różnych dziedzin potrzebnych do ustalenia planu zdrowienia dla danej osoby doświadczanej kryzysem;
- g) wsparcia superwizora, w sytuacjach trudnych dla zespołu terapeutycznego.

Opis założeń budżetowych

Zasada konstruowania budżetu została przeprowadzona w ten sposób, aby koszty Modelu mieściły się granicach budżetu kapitacyjnego dla danego powiatu/dzielnic. W opisach wdrożeń została wyliczona zintegrowana stawka kapitacyjna:

- 1) dla usług medycznych została obliczona w następujący sposób: suma kontraktów NFZ z danego województwa podzielona przez liczbę jego mieszkańców. W ten sposób otrzymano dość duże zróżnicowanie w stawce kapitacyjnej za ZUM między województwami. Na poziomie ogólnopolskim otrzymaliśmy kwotę 49 zł na dorosłego mieszkańca. Dlatego przyjęto jedną stawkę ogólnopolską z korektą na niedofinansowanie psychiatrii (por. NPOZP lata 2010-2015) – 60 zł.
- 2) dla świadczenia oparcia społecznego zsumowano istniejące środki w województwach przeznaczone na środowiskowe domy samopomocy oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze³⁵. Dodatkowo wyliczono ryczałtowe stawki dla mieszkań chronionych oraz klubów samopomocy. Koszty klubu samopomocy według kosztów określonych w ustawie o pomocy społecznej (80% kryterium dochodowego), czyli 507 zł na osobę. Koszt pobytu jednej osoby w mieszkaniu chronionym obliczono na poziomie 50% kosztów utrzymania jednej osoby w DPS, czyli 1500 zł na osobę. Przyjęto, że dla 100 000 mieszkańców potrzeba organizacji klubu samopomocy dla 45 osób (porównywalnie do ŚDS) oraz 6 miejsc w mieszkaniach chronionych. Następnie wyliczono środki niezbędne na organizację klubów i mieszkań w każdym województwie odnosząc je do jego liczby mieszkańców. Po uwzględnieniu środków oparcia społecznego (ŚDS i SUO) przeznaczanych obecnie na wsparcie chorych psychicznie (bez upośledzenia intelektualnego oraz uzależnienia) oraz ryczałtu dot. klubów samopomocy i mieszkań chronionych obliczono stawkę per capita w danych województwach. Różnice – jak w przypadku usług medycznych – są znaczące pomiędzy

³⁵ Dane pozyskane z MRPiPS za 2015 rok.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



poszczególnymi województwami dlatego przyjęto stawkę ogólnopolską na poziomie 20 zł. Tabela poniżej przedstawia sposób wyliczenia stawki ZŚOS.

Województwo	Liczba mieszkańców	Środowiskowe Domy Samopomocy					Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze			Suma ŚDS i SUO
		l. dom.	Ilość m.	Osób	Koszt	Koszt całkowity	Osoby	Liczba świadczeń	Koszt całkowity	
Dolnośląskie	2 417 667	38	1 298	1 298	1 268	19 750 368	390	165 759	3 341 728	23 092 096
Lubelskie	1 757 006	53	2 011	2 085	1 268	30 599 376	942	399 888	6 688 934	37 288 310
Małopolskie	2 734 067	73	2 694	2 783	1 268	40 991 904	873	312 964	5 816 140	46 808 044
Mazowieckie	6 537 383	64	2 232	2 295	1 268	33 962 112	1 790	350 222	7 835 446	41 797 558
Podkarpackie	1 733 013	64	2 408	2 497	1 268	36 640 128	1 361	516 648	9 713 965	46 354 093
Zachodniopomor.	1 413 863	43	1 401	1 383	1 268	21 317 616	514	131 764	3 354 224	24 671 840
Wielkopolskie	2 809 739	69	2 328	2 311	1 268	35 422 848	929	431 857	7 986 768	43 409 616
Polska	31 535 444	760	27 796	28 073	1 268	422 943 936	12 916	3 960 436	86 180 486	509 124 422

Województwo	Mieszkanie Chronione (1500 PLN * 6 osób * 12 m-cy)	Klub samopomocy (507 PLM * 45 * 12 m-cy)	Stawka per capita
Dolnośląskie	2 611 080	6 619 089	10
Lubelskie	1 897 566	4 810 331	21
Małopolskie	2 952 792	7 485 329	21
Mazowieckie	7 060 374	17 898 047	10
Podkarpackie	1 871 654	4 744 643	31
Zachodniopomorskie	1 526 972	3 870 874	21
Wielkopolskie	3 034 518	7 692 503	19
Polska	34 058 280	86 337 739	20

Z tak przeprowadzonych wyliczeń powstała zintegrowana stawka kapitacyjna na dorosłego mieszkańca na usługi Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego w wysokości 20zł.

Opierając się na łączonej stawce kapitacyjnej na usługi medyczne i usługi społeczne w wysokości 80 zł transponowaliśmy ją na obszary wdrożeniowe mnożąc ją przez ilość dorosłych mieszkańców. W ten sposób powstała stawka środków potencjalnie dostępnych w systemowych środkach NFZ i Jednostek Samorządu Terytorialnego.

Maksymalny budżet w danych miejscach wdrożenia jest powiązany ze stawką kapitacyjną i liczbą jego mieszkańców, za których ŚCZP bierze odpowiedzialność, np. powiat o liczebności 100 000 mieszkańców dorosłych może liczyć na maksymalnie 8 000 000 zł rocznie. W miejscach wdrożenia „istnieją” już usługi zakontraktowane przez NFZ lub JST, dlatego w ramach środków PO WER można sfinansować działania wynikające z modelu do kwoty różnicy wynikające z budżetu per capita oraz wielkości kontraktów istniejących na danym terenie. I tak, jeżeli w przykładowym powiecie są zakontraktowane usługi z NFZ (jeden lub kilka podmiotów leczniczych) na kwotę 2 500 000 zł oraz prowadzony jest ŚDS na kwotę 500 000 zł, to dla wdrożenia PO WER pozostaje maksymalnie kwota 5 000 000 zł rocznie. W ten sposób wyliczono maksymalne budżety w każdym wdrożeniu (por. załączniki z opisem wdrożenia).

Budżety poszczególnych wdrożeń zawierają w sobie koszty związane z transformacją systemu i po okresie przemiany mogą zostać obniżone (np. koszty pośrednie oraz cross-financing). Również należy się spodziewać, że z czasem zaczną spadać koszty hospitalizacji związane z rozwojem środowiskowych sieci oparcia. Uwzględniliśmy to w poszczególnych budżetach określając, że koszty leczenia całodobowego mieszkańców danego wdrożenia będą systematycznie spadać (ok. 10% rocznie).

Budżet dla dzieci i młodzieży został skonstruowany w odmienny sposób. Założono realne koszty funkcjonowania zespołów lub ŚCZP dla DiM. Nie ma aktualnie porównywalnych analiz dla DiM. Trudno określić stawki per capita. W ramach projektu będziemy testować obszar, jakim będzie można objąć DiM w ramach proponowanego modelu. Każdorazowo zaczynamy

od obszaru, na którym będzie lokowane ŚCZP dla dorosłych. W NPOZP widniała propozycja, że zasięg terytorialny CZP dla dzieci i młodzieży ma mieć dwukrotnie większy zasięg. Zasięg zespołów czy też ŚCZP dla DiM będzie przedmiotem testowania.

Zarządzanie zmianą - moduł wspierający efektywność i zapewniający skuteczność procesu wdrożenia Modelu ŚCZP

Aby wdrożenie innowacyjnego Modelu usług zdrowotnych i społecznych dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego (zwanego dalej Model ŚCZP) przyniosło oczekiwane rezultaty, potrzebne jest duże zaangażowanie i współpraca wszystkich interesariuszy tego procesu, a także motywacja i otwarcie się na zmiany. Z doświadczenia wiemy, że wdrożenie zmiany jest procesem długofalowym, przebiegającym według określonych etapów i obejmującym swym zasięgiem wszystkie podmioty, ich pracowników i klientów (pacjentów), a także społeczność lokalną.

Bazując na doświadczeniach zagranicznych partnerów projektu wiemy, że wdrożenie Modelu ŚCZP wymaga zmiany istniejących paradygmatów w zakresie:

1. Myślenia o człowieku i procesie zdrowienia.
2. Sposobu świadczenia usług zdrowotnych.
3. Funkcjonowania systemu zdrowia psychicznego i oparcia społecznego na konkretnym obszarze (powiat, dzielnica dużego miasta).

Ad 1. Najważniejszy jest człowiek – jego historia życia, indywidualne potrzeby, rodzina i sieć społeczna jako zasoby do zdrowienia; przenosimy uwagę z *procesu chorowania* na *proces zdrowienia*.

Ad 2. System usług zdrowotnych jest zorientowany na wczesny kontakt z osobą potrzebującą pomocy, co daje możliwość „uchwycenia” choroby na jej wczesnym etapie, stworzenia relacji terapeutycznej, odpowiedzi na indywidualne potrzeby osoby,

włączenie rodziny i sieci społecznej w proces zdrowienia; hospitalizacja jest ostateczną formą pomocy, wykorzystywaną w sytuacji, gdy inne formy nie są skuteczne.

Ad 3. System usług zdrowotnych jest skoordynowany z usługami społecznymi i przejmuje odpowiedzialność za mieszkańców konkretnego obszaru (powiat, dzielnica dużego miasta), co sprzyja włączeniu społecznemu i powrotowi na rynek pracy klientów (pacjentów), a w rezultacie przejęciu kontroli nad swoim życiem i usamodzielnieniu; z roli *“pasywnego biorcy świadczeń”* osoby te stają się *“aktywnymi uczestnikami procesu zdrowienia”*.

1. Sposób wdrożenia ŚCZP

Dzięki wieloletniemu doświadczeniu partnerów zagranicznych - głównie WHO Collaborative Training and Research Center we Włoszech i International Mental Health Collaborative Network (IMHCN) w Wielkiej Brytanii, a także European Association of Service Providers for People with Disabilities (EASPD) w przeprowadzaniu procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych i społecznych, mamy dostęp do dobrych praktyk, przetestowanych w kilkunastu krajach Europy. Wykorzystamy też wieloletnie doświadczenie zespołu facylitatorów i ekspertów z firmy Leadership Management International (LMI), której domeną jest towarzyszenie ludziom we wdrażaniu znaczących zmian, ułatwianie im przejścia przez trudny okres zmiany myślenia i działania, aby uzyskać zamierzony rezultat - nową kulturę organizacji.

Współpracując z podanymi wyżej partnerami i kierując się potrzebą zapewnienia efektywności i skuteczności całego projektu, stworzyliśmy moduł *Zarządzanie zmianą*. Moduł ten należy traktować jako integralny element projektu. Stanowi on bowiem istotne wsparcie dla kluczowych osób (liderów) odpowiedzialnych za wdrożenie Modelu ŚCZP na poziomie krajowym oraz w każdym z 10 lokalnych Partnerstw wdrożeniowych. Przedmiotem wsparcia dla liderów ich ukierunkowania na konkretny cel oraz rozwój kompetencji przywódczych

(ze szczególnym uwzględnieniem postaw i zachowań), które są czynnikiem gwarantującym osiągnięcie tego celu, tj. skuteczne wdrożenie Modelu ŚCZP.

Należy podkreślić, że skuteczność przeprowadzenia systemowych zmian, w tym szczególnie w sektorze publicznym, jest uzależniona w głównej mierze (jeśli nie całkowicie) od ludzi, ich zrozumienia zmiany, chęci zaangażowania się w nią, gotowości komunikowania tej zmiany swoim zespołom, utrzymania wysokiej motywacji wewnętrznej i determinacji w realizacji ambitnego celu – słowem od ich codziennych postaw i zachowań.

Z uwagi na specyfikę projektu (czyli klasyczny projekt zmiany), moduł *Zarządzanie zmianą* został przygotowany w taki sposób, aby poszczególne jego elementy tematyczne/warsztatowe stanowiły bezpośrednią odpowiedź i bardzo konkretne wsparcie dla liderów, znajdujących się na danym etapie zmiany (*John Kotter, Relizing Change, Harvard Business School*).

Zarządzanie zmianą obejmuje zarówno elementy twarde (cele, plany działania, obszary ryzyka, narzędzia, wskaźniki, rezultaty), jak i miękkie (ludzie, postawy, umiejętności, motywacja do zmiany, zaangażowanie, a także emocje i opór przed zmianą).

Warto zaznaczyć, że nasze Partnerstwo wdrożeniowe, dzięki swojej różnorodności, co do liczby zaangażowanych podmiotów, liczby obszarów terytorialnych, posiadanych zasobów w tych obszarach, daje unikalną możliwość przetestowania innowacyjnego Modelu usług zdrowotnych i społecznych w różnych kontekstach:

- obszar ze szpitalem psychiatrycznym oddziały stacjonarne, oddziały dzienne, poradnia zdrowia psychicznego (PZP), zespół leczenia środowiskowego (ZLŚ),
- obszar z oddziałem psychiatrycznym w szpitalu ogólnym (oddział stacjonarny, oddział dzienny, poradnia),
- obszar z poradnią zdrowia psychicznego (PZP) i z zespołem leczenia środowiskowego (ZLŚ),
- obszar tylko z poradnią zdrowia psychicznego (PZP).

Na uwagę zasługuje również fakt, że proces wdrożenia Modelu ŚCZP będzie elastyczny, tj. dostosowany do unikalnych potrzeb, zasobów i celów lokalnego Partnerstwa wdrożeniowego. Przyjmujemy założenie, że wdrożenie Modelu ŚCZP to nie jego 100%-owe skopiowanie w poszczególnych lokalizacjach, ale stworzenie za każdym razem unikalnego Modelu ŚCZP, bazującego na zasobach, doświadczeniu i mocnych stronach lokalnego Partnerstwa wdrożeniowego. Niezmiernie ważne będzie też przenoszenie dobrych praktyk pomiędzy lokalnymi Partnerami wdrożeniowymi, a także regularne dzielenie się zaistniałymi problemami i sposobem ich rozwiązania.

Aby cały ten proces przebiegał efektywnie, będzie prowadzony przez zespół ekspertów - facylitatorów, trenerów i konsultantów (w tym z grona naszych partnerów ponadnarodowych), osoby z wieloletnim doświadczeniem w zakresie realizacji projektów zmiany. Za zadanie to odpowiadać będzie jeden podmiot - fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu, która jest aktywnym członkiem Mental Health Europe, a jej prezes reprezentuje w Polsce European Expert Group on Deinstitutionalisation.

2. Moduł Zarządzanie zmianą

Konkluzja z wieloletnich badań i wielu przeprowadzonych procesów zmiany przez Johna P. Kottera (także wielu innych ekspertów w tej dziedzinie) jest jednoznaczna: zmian należy dokonywać etapami i w sumie zajmują one dużo czasu. Opuszczenie któregośkolwiek etapu tylko pozornie przyspiesza cały proces i nigdy nie przynosi dobrych rezultatów. Inny wniosek jest taki, że błędy popełnione na jednym z etapów mogą znacząco spowolnić tempo całego procesu i zniweczyć ciężko wypracowane korzyści (*John Kotter, „Przewodzenie procesowi zmian: przyczyny niepowodzeń”*).

2.1 Moduł Zarządzanie zmianą obejmuje:

- kluczowe osoby reprezentujące Lidera i Partnerów na poziomie krajowym,
- kluczowe osoby z organizacji/instytucji/podmiotów wchodzących w skład każdego z lokalnych Partnerstw wdrażających,



- reprezentantów klientów (pacjentów) systemu opieki psychiatrycznej i ich rodzin (opiekunów),
- zespół zarządzający projektem.

Reasumując, moduł *Zarządzanie zmianą* będzie pełnił rolę swoistego integratora – silnie łącząc ze sobą obszar merytoryczny (Model ŚCZP) z obszarem zarządzania projektem.

2.2 Etapy Zarządzania zmianą

Etap I - Planowanie (przygotowanie i organizacja)

Etap II - Wdrożenie (zmiana, integracja, adaptacja)

Etap III - Utrwalenie (konsolidowanie, monitoring, ugruntowanie).

Każdy z etapów podzielono na działania, które będą realizowane na poziomie krajowym i na poziomie lokalnych Partnerstw wdrożeniowych.

Szczegółowy opis etapów zarządzania zmianą znajduje się w załączniku nr 4.

Schemat badawczy dla Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

W projekcie makro-innowacyjnym testowany będzie model Centrum w wersji dla dorosłych lub w wersji dla dzieci i młodzieży w ramach jednej koordynacji na terenie wdrażania (przygotowanie, wdrażanie oraz realizację, w tym modyfikację i rozwój). Rekomendacje wydane po okresie testowania mają być aplikowalne w różnych warunkach organizacji i dostępności usług medycznych i społecznych.

Ewaluacja będzie dotyczyć całego procesu przygotowawczego, wdrażania oraz testowania modelu. Obejmuje swym zakresem zasoby (określone w analizie wdrożenia), działania podejmowane w ŚCZP, profesjonalistów (ich kompetencje), pacjentów i ich rodziny

oraz wpływ organizacji ŚCZP w danym terenie na efektywność udzielanego wsparcia. Model ewaluacji będzie uszczegółowiony na II etapie projektu.

Jednakże samo badanie naukowe powinno mieć dwa cele: weryfikacja zmiany paradygmatu w leczeniu oraz testowanie organizacji i zarządzania ŚCZP. Idea przejścia z opieki instytucjonalnej do opieki opartej o środowisko lokalne wiąże się z lepszym wykorzystaniem dostępnych zasobów i bardziej efektywnym leczeniem osób zaburzonych psychicznie. Zmiana dotyczy także celu leczenia, w którym silniejszy nacisk położono na optymalne funkcjonowanie pacjentów w różnych sferach ich życia.

Weryfikacja zmiany paradygmatu leczenia (pacjent jako przedmiot i podmiot oddziaływania) zostanie przeprowadzona przez porównanie zmiennych i wskaźników sprzed wdrożenia do zmiennych i wskaźników po wdrożeniu – na poziomie indywidualnym i grupowym (na danym terytorium). Zespół naukowy na etapie przygotowawczym określi ich zakres szerzej, ale na tym etapie jako obligatoryjne zaproponowano dwa ich rodzaje:

Indywidualne:

- a) liczba osób korzystających z usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności,
- b) liczba osób, które skorzystały z usług zapobiegających instytucjonalizacji leczenia,
- c) liczba osób, które opuściły miejsca całodobowej opieki instytucjonalnej na rzecz korzystania z usług w społeczności lokalnej,
- d) liczba pacjentów, którzy w ramach indywidualnych planów zdrowienia osiągnęli zakładane w nich cele w określonym czasie.

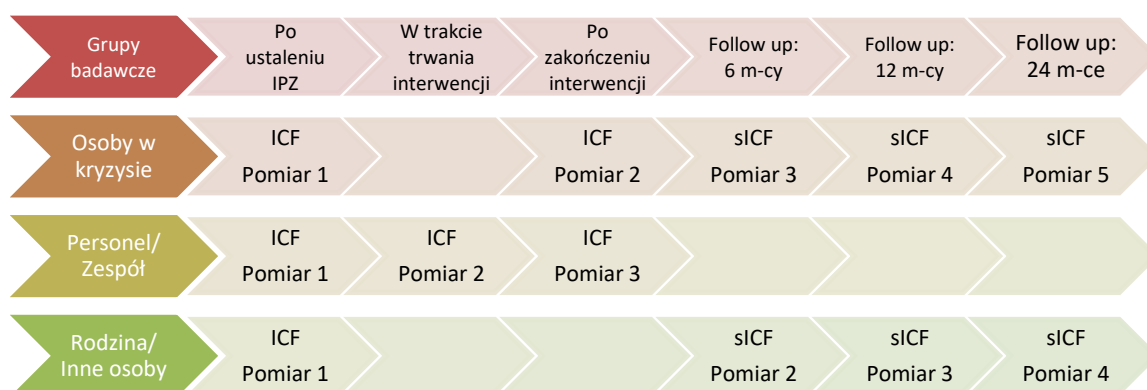
Terytorialne:

- a) spadek odsetka nowych przyjęć na oddział całodobowy/szpitala psychiatrycznego,
- b) wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, które mają dostęp do podstawowych usług.



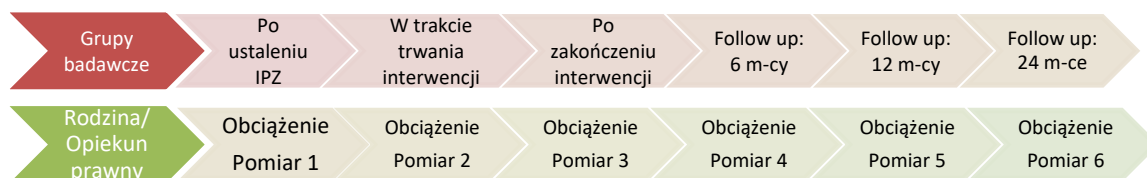
Pacjenci. Oprócz diagnozy wg ICD-10 i ankiety medycznej formułowanej w ramach IPZ, profesjonaliści będą opierać się na diagnozie funkcjonalnej – ICF (Ministerstwo Zdrowia zgodnie z umową TR/09/091 ze Światową Organizacją Zdrowia o Udzielenie Praw do Tłumaczenia i Publikacji, "Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF). Aktualnie istnieją trzy protokoły diagnostyczne dla zaburzeń psychicznych u osób dorosłych, które zostały zweryfikowane w badaniach międzynarodowych, tj. dla schizofrenii, choroby dwubiegunowej afektywnej oraz depresji. Niemniej profesjonaliści będą mogli określać indywidualny profil w zależności od sytuacji i stanu pacjenta.

Wersja dłuższa protokołów (ICF) będzie stosowana na początku i na końcu kontraktu w ramach IPZ. Natomiast wersje krótsze (sICF) będą stosowane w tzw. follow-up pacjentów, które powinny być realizowane wg poniższego schematu:



Rodzina. W przypadku rodziny przy zmianie paradygmatu ważne jest monitorowanie poziomu obciążenia, związanego z opieką nad pacjentem. Jest to czynnik ryzyka, który może stanowić istotną barierę we wdrażaniu ŚCZP. Będzie on monitorowany co pół roku. Przy czym zakładamy, że subiektywne poczucie obciążenia rodzin będzie miało zależność krzywoliniową wraz z czasem wdrażania pomocy opartej na społecznościach lokalnych. Większy stopień samosterowności oraz budowanie relacji społecznych przez zdrowiejących

pacjentów będzie z czasem zmniejszać obciążenie rodzin. Poniższy schemat przedstawia model pomiaru obciążenia i jakości życia u rodzin.



Weryfikacja efektywności organizacyjnej będzie prowadzona metodą 360°, czyli ocena będzie zbierana od zarządzających (kierownicy/dyrektorzy), profesjonalistów, pacjentów i ich rodzin oraz interesariuszy zewnętrznych, np. JST, partnerów niefinansowych.

Projektowany model organizacji ŚCZP ma dwa cele: szybsze reagowanie na pojawiające się problemy psychiczne, w tym interwencje nagłe oraz szersza dostępność usług psychiatryczno-psychologicznych na danym terenie. Jest to spójne z założeniami merytorycznymi, czyli odzyskiwaniem samosteroowności pacjentów oraz odbudowaniem relacji interpersonalnych. Ma on też swoje uwarunkowania i ograniczenia związane z montażem finansowym oraz ograniczeniami prawnymi, np. dotyczące przepływu informacji. Koordynacja wsparcia na terenie działania ŚCZP w ramach współpracy z podmiotami, organizacjami oraz jednostkami samorządu terytorialnego jest złożona, dlatego ocena jej z różnych perspektyw pozwoli na rzetelne badanie. Wskaźniki badania zostaną szczegółowo opracowane na II etapie, ale poniższe będą obligatoryjne:

- a) liczba osób, które opuściły miejsca całodobowej opieki instytucjonalnej na rzecz korzystania z usług w społeczności lokalnej,
- b) liczba pracowników opieki instytucjonalnej, których przeszkolono lub przekwalifikowano do świadczenia usług na poziomie lokalnych społeczności bądź usług podstawowych,
- c) wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, które mają dostęp do podstawowych usług,

- d) wzrost odsetka personelu przeszkolonego w świadczeniu usług na poziomie lokalnych społeczności,
- e) liczba lokali przeznaczonych do niezależnego życia w społeczności,
- f) liczba lokali przeznaczonych do życia wspieranego w społeczności,
- g) liczba nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności,
- h) wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, które mają dostęp do podstawowych usług psychiatrycznych i psychologicznych.

Badanie będzie prowadzone za pomocą metod jakościowych i ilościowych, z wykorzystaniem pogłębionych wywiadów z kierownikami/dyrektorami włączonymi w proces koordynacji, fokusami różnych grup z danego terytorium dobranych w sposób reprezentatywny oraz badaniami ankietowymi, w tym stricte psychologicznymi pacjentów i ich rodzin.

Schemat narzędzi badawczych wykorzystywanych w ŚCZP w celu weryfikacji:

	Badania ilościowe	Badania jakościowe
Efektywność interwencji	1) IPZ/ICF – realizacja celów wynikających z karty diagnostycznej i karty interwencji 2) Narzędzia psychometryczne: <ul style="list-style-type: none"> • poziom obciążenia (Skala Obciążenia Opiekuna; Skala Zarit) i satysfakcji rodzin pacjentów (Skala Dobrostanu): • subiektywna ocena jakości życia pacjentów ŚCZP (przed i po interwencji), w tym aspektu relacji interpersonalnych oraz samosterowności (SOC-29; Skala Wsparcia) 3)Wskaźniki rezultatu i produktu zdefiniowane dla trzech obszarów działania ŚCZP	Badania focusowe z profesjonalistami oraz pacjentami i ich rodzinami

Efektywność organizacji	<p>1) Ocena satysfakcji z organizacji pracy w ŚCZP (ankieta wśród wszystkich osób zaangażowanych w Centrum)</p> <p>2) Ocena ryzyka specyficznego (zarządczego, finansowego, sieci współpracy) związanego z interwencjami psychiatrycznymi</p>	<p>1) badania focusowe z różnymi grupami użytkowników ŚCZP</p> <p>2) wywiady pogłębione (IDI) z kierownikami ŚCZP</p> <p>3) wywiady pogłębione (IDI) z kierownikami jednostek współpracujących – partnerów niefinansowych ŚCZP</p>
-------------------------	---	--

Więcej informacji na temat badań i ewaluacji modelu znajduje się w załączniku nr 9.

Zarządzanie projektem

Projekt realizowany będzie w oparciu o metodykę PRINCE2³⁶. PRINCE2 jest niezastrzeżoną prawnie uznaną i jedną z najszerzej stosowanych metod zarządzania projektami na świecie i w Polsce. Metodyka ta znacznie zwiększa zdolność organizacji do skutecznego wprowadzania zmian. PRINCE2 jasno precyzuje obowiązki w projekcie, dzięki czemu uczestnicy tak skomplikowanego zadania będą dobrze rozumieli swoje role i potrzeby. Metodyka gwarantuje też, że wszyscy zidentyfikowani interesariusze projektu są odpowiednio reprezentowani podczas planowania i podejmowania decyzji. Dzięki skoncentrowaniu na produktach projektu oraz ciągłym utrzymywaniu uzasadnienia biznesowego projektu zapewnione będzie osiągnięcie planowanych korzyści. Dzięki zastosowaniu metodyki PRINCE2 zapewniona będzie w każdym momencie projektu właściwa kontrola nad zakresem projektu, jakością realizowanych działań oraz budżetem.

Projekt zarządzany będzie na poziomie strategicznym (krajowym), zapewniając wdrożenie rozwiązań centralnych (np. system informatyczny) i opracowanie wzorców rozwiązań wraz z kompletem dokumentacji oraz operacyjnym (regionalnym), na którym

³⁶ PRINCE2 jest zastrzeżonym znakiem handlowym Kancelarii Premiera Wlk. Brytanii. Metodyka jest dostępna bezpłatnie do powszechnego użytku, pod warunkiem wskazania jej właściciela.

wypracowane wzorcowe rozwiązania będą wdrażane w praktyce. Zbierane podczas wdrożeń doświadczenia będą podstawą do korekty modelu wzorcowego, zapewniając lepsze dostosowanie do potrzeb pacjentów i uwarunkowań lokalnych.

Komitet Sterujący Projektu, w którym lider będzie pełnił rolę Przewodniczącego Komitetu Sterującego będzie ostateczną instancją decyzyjną w projekcie. W skład Komitetu Sterującego wejdą przedstawiciele partnerów, w tym partnera naukowego. W celu zapewnienia właściwej komunikacji, zarówno na etapie opracowywania jak i wdrażania poszczególnych rozwiązań powołany zostanie Komitet Wsparcia Zmiany, w skład którego wejdą przedstawiciele władz centralnych i lokalnych oraz kluczowi przedstawiciele oddelegowani przez partnerów wdrożeniowych. W ramach zarządzania projektem zapewnione zostanie zarządzanie ryzykiem, zarządzanie komunikacją i zarządzanie jakością. Bazowy opis zarządzania projektem zawarty jest w załączniku. W pierwszym etapie projektu zostanie opracowana szczegółowa dokumentacja projektowa, zawierająca kompletny opis struktury zarządzania projektem, opisy produktów projektu, diagramy struktury produktów oraz szczegółowy harmonogram i budżet projektu. Rozwinięcie opisu zarządzania projektem znajduje się w załączniku nr 8.

Realizacja zasady równości szans i niedyskryminacji

Zadania realizowane przez ŚCZP są projektowane z uwzględnieniem równości szans kobiet i mężczyzn. Już na etapie tworzenia modelu ŚCZP były uwzględniane zasady polityki horyzontalnej w tym zakresie. Podczas prac nad modelem ŚCZP oraz konsultacji rozwiązań przypisywano kobietom i mężczyznom taką samą wartość społeczną, równe prawa i obowiązki oraz równy dostęp do zasobów społecznych.

Rozwiązania modelowe były oparte o dostępne dane odnośnie zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn, a także analizę potrzeb i oczekiwań odnośnie leczenia, i wsparcia psychiatrycznego ze względu na płeć (badania ankietowe Fundacji „Leonardo”).

Kobiety częściej niż mężczyźni otrzymują rozpoznanie zaburzeń psychicznych wynikających z nastroju typu depresyjnego, zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń osobowości borderline, histrionicznej, unikającej i zależnej. Wśród mężczyzn przeważają zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości schizoidalnej oraz antyspołecznej. Różnice te powodują powstawanie barier wynikających z uwarunkowań kulturowych konstruujących męskość i kobiecość w rozumieniu społecznym. To determinuje trudność ponownej adaptacji OZChP płci męskiej wynikającą z barier osobowościowych. Natomiast kobietom, już po powrocie do zdrowia, trudniej jest znaleźć pracę, gdyż ich rodzaj choroby jest negatywnie postrzegany w środowisku lokalnym (dane z 11 PW). Wynika to z presji, wymagań społeczności lokalnych i pełnionych ról społecznych.

W rozwiązaniach modelowych ŚCZP zwrócono uwagę na powyższe zależności, aby zaplanować działania odpowiadające potrzebom każdej z tych grup. Różnice w zapadalności na poszczególne zaburzenia będą uwzględniane już na etapie konkretnych oddziaływań terapeutycznych.

W rozwiązaniach organizacyjnych z kolei skoncentrowano się na sytuacji beneficjentów, którzy mają pod opieką małe dzieci – zwłaszcza samotnych matek i ojców. Po pierwsze, sam wywiad konsultacyjny z nowo zgłoszonym użytkownikiem systemu zakłada poznanie jego sytuacji domowej i dostosowanie oferowanej pomocy w miarę możliwości do jego indywidualnych potrzeb. Przewiduje się, że Zespół Mobilny będzie gotowy przyjechać do domu osoby, która ma pod opieką dzieci, już na pierwszą rozmowę konsultacyjną oraz na dalszym etapie - niezależnie od stanu zdrowia tej osoby. W Centrum będzie również dostępny kącik zabaw dla dzieci.

Same badania ankietowe przeprowadzone przez Fundację „Leonardo” nie ujawniły różnic płci w zakresie potrzeb i oczekiwań względem organizacji ochrony zdrowia psychicznego. Zarówno kobiety jak i mężczyźni oczekiwali podobnych zmian.

Działania Centrum zmierzające do aktywizacji zawodowej osób po przeżytym kryzysie psychicznym również będą oparte o analizę sytuacji kobiet i mężczyzn na rynku pracy. Przewiduje się objęcie szczególnym wsparciem kobiet po 50 roku życia, które mają niskie

kwalifikacje, gdyż grupa ta zgodnie ze wskaźnikami ma większe trudności w znalezieniu pracy. Osoby te, nie tylko będą mogły liczyć na pomoc doradcy zawodowego, ale również na wsparcie psychologiczne w realizacji zamierzonych celów zawodowych, jako grupa szczególnie narażona na negatywne postawy społeczne względem ich możliwości.

ŚCZP uwzględni również sytuację osób niepełnosprawnych mających problemy z poruszaniem się. Rozwiązania architektoniczne przewidują odpowiednie udogodnienia (podjazd, winda w budynkach piętrowych, bariery, toalety dla osób niepełnosprawnych), aby osoby te mogły swobodnie przemieszczać się po terenie budynku.

Zakłada się, aby zasada równości szans była uwzględniana na każdym etapie projektu – planowania, realizowania, monitoringu i ewaluacji. Od początku działań zmierzających do stworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego oferującego usługi dostępne na poziomie społeczności lokalnych do konsultacji rozwiązań byli zapraszani przedstawiciele wszystkich grup uczestniczących w procesie deinstytucjonalizacji – beneficjenci i interesariusze. Osoby po przebytym kryzysie psychicznym są członkami zespołu tworzącego model ŚCZP.

Konsultacje Modelu ŚCZP

Zgodnie z wytycznymi model był poddawany konsultacjom przedstawicieli różnych stowarzyszeń zrzeszających: pacjentów, rodziny, profesjonalistów związanych z zawodami medycznymi oraz profesjonalistów związanych z pomocą społeczną.

- a) Konsultacja z reprezentantami: Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” (osoby chorujące psychicznie), Stowarzyszenie Pracowników i Sympatyków Środowiskowych Domów Samopomocy (profesjonaliści związani z opieką społeczną) i Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Rodzin Osób chorujących Psychicznie „Rodziny” (przedstawiciele rodzin), odbyła się w dniu 14 września w siedzibie Fundacji „Leonardo”. Podczas spotkania odbyła się prezentacja modelu, uczestnicy zadawali pytania, a na koniec otrzymali streszczone materiały dotyczące ŚCZP wraz z prezentacją modelu.

- b) Konsultacja z reprezentantami profesjonalistów związanych z opieką medyczną Stowarzyszenie Oddziałów Psychiatrycznych przy Szpitalach Ogólnych odbyło się w Warszawie w siedzibie UKSW i miało charakter opisany wyżej.
- c) Konsultacje z przedstawicielami partnerów ponadnarodowych, czyli Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste Asuits, European Association of Service Providers for Persons with Disabilities oraz International Mental Health Collaborating Network odbywały się drogą elektroniczną. Podczas trwania całego projektu utrzymywaliśmy kontakty z Partnerami zagranicznymi: głównie z Johnem Jenkinsem, Roberto Mezzina, wspomagał nas również Jan Pfeiffer, którzy przesyłali nam wytyczne dotyczące deinstytucjonalizacji w ich krajach, materiały oraz informacje na temat dobrych praktyk związanych z DI. Wstępny model ŚCZP był omawiany podczas wizyty studyjnej do Triestu, która odbyła się w maju br. Podczas konsultacji, która odbywała się we wrześniu, partnerzy otrzymali streszczony opis modelu w języku angielskim i zostali poproszeni o ustosunkowanie się do opisywanego modelu w krótkiej opinii podsumowującej.

Wyniki powyższych konsultacji są dołączone do niniejszego opisu jako zał. nr 12.

Trwałość modelu po zakończeniu okresu realizacji projektu

Budżet modelu jest montażem finansowym trzech źródeł: NFZ, budżetu pomocy społecznej i budżetu konkursowego ze środków EFS. Koszty ponoszone w ramach PO WER są głównie kosztami związanymi z transformacją systemu, natomiast po okresie realizacji Projektu budżet Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego będzie opierać się głównie na finansowaniu, które już jest dostępne systemowo, ale po ponad trzech latach funkcjonowania modelu zostanie adekwatnie alokowane. W poniższych tabelach znajduje się opis, które zadania będą realizowane z jakiego funduszu:

Trwałość Projektu po zakończeniu okresu realizacji
(montaż finansowy, przy założeniu, że nie nastąpią żadne zmiany legislacyjne do około 2021)

Działanie w Projekcie	Finansowanie usług medycznych: Fundusze Medyczne (NFZ lub inne)	Finansowanie usług społecznych: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Jednostki Samorządu Terytorialnego
Centrum Koordynacji/Infolinia	50% kontrakt CZP	50% ŚDS A Plus
Recepcja	NFZ	ŚDS
Kryzysowe Miejsca Interwencyjne	Usługi całodobowe (np. hostel)	ŚDS całodobowy
Zespoły Mobilne	ZLŚ	SUO
Usługi Medyczno-Społeczne	NFZ Oddział Dzienny Poradnia Zdrowia Psychicznego	ŚDS/KS
Mieszkania chronione		Mieszkania Chronione
Profilaktyka	Kontrakt NFZ CZP	ŚDS

Trwałość Projektu po zakończeniu okresu realizacji
(montaż finansowy, przy założeniu, że wystąpią proponowane w Projekcie zmiany legislacyjne)

Działanie w Projekcie	Finansowanie usług medycznych	Finansowanie usług społecznych
Centrum Koordynacji/Infolinia	CZP	ŚDS typu A +
Recepcja	50% CZP	50% ŚDS typu A +
Kryzysowe Miejsca Interwencyjne	Usługi całodobowe (np. hostel)	ŚDS typu A +
Zespoły Mobilne	ZLŚ	SUO
Usługi Medyczno-Społeczne Dzienne	CZP 8 - 16	ŚDS typu A + 16 - 20
Mieszkania chronione		ŚDS typu A +
Profilaktyka		ŚDS typu A +

Zgodność Modelu z NPOZP

Opisany przez nas model ŚCZP spełnia założenia konsultowanego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (wg projektu z dnia 23.09.2016) dotyczące jakości leczenia psychiatrycznego, pomocy chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia. Dzięki prowadzeniu wielotorowego wsparcia i monitoringu pacjenta od momentu wystąpienia pierwszych objawów, ŚCZP działa w celu ograniczenia zbędnych hospitalizacji, a w przypadku gdy hospitalizacja jest niezbędna, zaraz po wypisie przejmuje pacjenta, co ma służyć zapobieganiu negatywnym skutkom pobytu w szpitalu.

Włączając do współpracy organizacje pozarządowe, partnerów lokalnych i grupy samopomocowe dla pacjentów i rodzin, ŚCZP będzie wspomagać uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Według NPOZP Centrum Zdrowia Psychicznego udziela pomocy:

- 1) *czynnej, tj. długoterminowego leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;*
- 2) *długoterminowej – innym osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;*

Proponowany model spełnia powyższe założenia dzięki kompleksowości usług w ŚCZP i ciągłości terapeutycznej, którą zapewnia personel Zespołów Mobilnych, przypisanych do konkretnego pacjenta i multidyscyplinarny zespół w CK.

- 3) *krótkoterminowej – osobom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;*

W modelu ŚCZP osoby z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi będą korzystać z usług ambulatoryjnych na terenie Centrum Koordynacji, w razie potrzeby z usług Zespołów Mobilnych i innych krótkoterminowych form pomocy proponowanych w modelu.

- 4) *doraźnej – osobom w stanach nagłych i pilnych;*

W stanach pilnych model spełnia założenia NPOZP, ponieważ zapewnia pacjentom dostęp do Interwencyjnego Zespołu Mobilnego, w składzie którego zawsze znajduje się lekarz psychiatra. Dodatkowo pacjenci mogą w razie wskazań i potrzeby skorzystać z Kryzysowych Miejsc Interwencyjnych znajdujących się na terenie CK. W przypadku zagrożenia zdrowia i życia pacjenta przejmuje szpital.

- 5) *konsultacyjnej – innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.*

W modelu ŚCZP wsparciem objęci są nie tylko pacjenci, ale również członkowie rodzin i osoby najbliższe. Ponadto ŚCZP oferuje bezpłatną infolinię 24/7, która ma na celu

świadczenie między innymi usług konsultacyjnych. Takie usługi świadczy również zespół terapeutyczny w CK i Zespoły Mobilne.

Proponowany model zakłada szkolenie personelu w podejściu zorientowanym na potrzeby pacjenta oraz prowadzenie szkoleń edukacyjnych na temat zaburzeń psychicznych i osób chorujących dla bardzo szerokiej gamy beneficjentów. Ponadto moduł Przewodzenia Zmianie skupia się głównie na zmianie podejścia do psychiatrii, a cały model zakłada zmianę podejścia do osób chorujących, stąd zakładamy, że model spełnia założenia dotyczące tworzenia warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu.

Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

Spis treści

1. System opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w Polsce
2. Epidemiologia zaburzeń u dzieci i młodzieży
3. Inspiracje do stworzenia modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
4. Wnioski organizacyjne i finansowe z analizy porównawczej
5. Założenia Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
6. Cele Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
7. Organizacja świadczeń Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży

Rozwiązania zaproponowane w obu modelach (zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci i młodzieży) zmierzają do wypracowania mechanizmów powrotu do życia codziennego osób z zaburzeniami psychicznymi. Model dla dzieci i młodzieży opiera się na założeniach opisanych w modelu ŚCZP dla dorosłych i ma funkcjonować w oparciu o zaproponowane rozwiązania dla tej grupy, gotowe do testowania. Ma on jednak kilka różnic w stosunku do modelu dla dorosłych. Szczególnymi elementami jakie zostały uwzględnione w ŚCZP dla dzieci i młodzieży są:

- włączenie do współpracy z Centrum rodziców/opiekunów prawnych
- współpraca ze szkołą



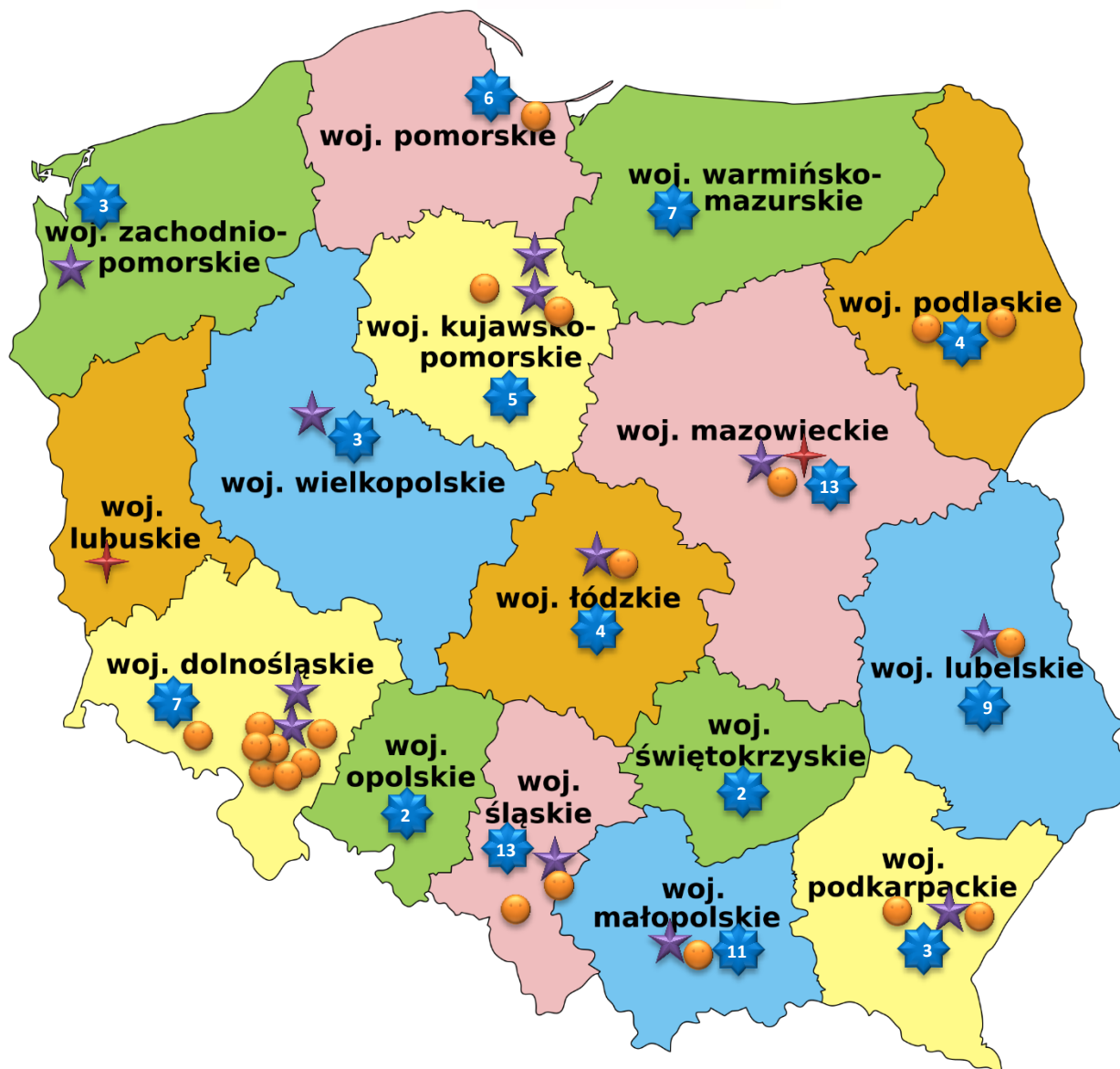
- opieka całodobowa - hostel

Zawarty tu opis ŚCZP dla dzieci i młodzieży nie przedstawia już szczegółowej organizacji zintegrowanego leczenia i wsparcia na poziomie lokalnych społeczności, gdyż zostało to wyjaśnione w modelu dla dorosłych. Model ten skupia się natomiast na potrzebach najmłodszych beneficjentów oraz ich sytuacji w polskiej psychiatrii, aby uchwycić szczególne elementy jakie nie są uwzględnione w opisie modelu dla dorosłych i zaproponować dla nich odpowiednie rozwiązania.

System opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży w Polsce

Ocena aktualnego systemu leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi nie do końca spełnia oczekiwania rodziców i profesjonalistów (por. Namysłowska, 2013). System lecznictwa psychiatrycznego jest skoncentrowany głównie wokół wielkomiejskich ośrodków. Jest to uzasadnione głównie możliwościami, ale po części też potrzebami istniejącymi w danym regionie.

System lecznictwa psychiatrycznego jest zlokalizowany głównie wokół wielkomiejskich ośrodków ze względu na możliwości, ale także potrzeby istniejące w danym regionie.



Rysunek 1. Mapa świadczeń psychiatrycznych finansowanych w ramach kontraktów NFZ dla dzieci i młodzieży

- Szpitale psychiatryczne dla DiM
- Oddziały dzienne psychiatryczne dla DiM
- Oddziały całodobowe psychiatryczne dla DiM
- Liczba PZP dla dzieci i młodzieży

W propozycji NPOZP na lata 2016-2020 projektodawcy nie zaproponowali mechanizmów, które przeciwdziałałyby koncentracji ośrodków wsparcia dla niepełnoletnich w dużych aglomeracjach miejskich.

Opieka szpitalna jest dominującym sposobem wsparcia udzielanego DiM z problemami psychicznymi^{37 38}. Jak podaje prof. Namysłowska³⁹ w 2013 r. było 990 łóżek, z tego 615 w szpitalach psychiatrycznych, przy bardzo słabo rozwiniętych formach opieki środowiskowej. Powodem takiego stanu rzeczy może być system finansowania NFZ. W propozycji NPOZP na lata 2016-2020 zaproponowano integrację usług medycznych, celem zwiększenia efektywności leczenia Centrów Zdrowia Psychicznego., Marginalnie jednak potraktowano leczenie dzieci i młodzieży, które ma inną specyfikę niż leczenie dorosłych.

Tab. 1. Forma świadczenia usług psychiatrycznych a liczba pacjentów niepełnoletnich w roku 2014 r⁴⁰.

	Pacjenci do 11 r.ż.			od 12 r.ż do 15 r.ż.			od 16 r.ż do 17 r.ż.		
	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem
Szpitale									
Oddziały całodobowe	817	222	1 039	1 436	1 648	3 084	914	1 288	2 202
Oddziały dzienne	926	306	1 232	409	242	651	178	184	362
Poradnia Zdrowia Psychicznego(wizyty)									116 624
Zespół Leczenia Środowiskowego (do 18 r.ż.)							695	669	1 364

Poważnym problemem jest mała liczba psychiatrów rozwojowych w Polsce. Brak odpowiedniej kadry psychiatrów sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Namysłowska (2003) proponuje, by włączać w opiekę nad dziećmi innych lekarzy specjalistów, np.

³⁷ Izabela Tabak (2014)) Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów Studia BAS, 2(38), 113–138

³⁸ J. Szymańska, Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.

³⁹ I. Namysłowska, Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość, „Postępy Nauk Medycznych” 2013, nr 1, s. 4–9.

⁴⁰ Zakład Zdrowia Publicznego IPiN, dane ze statystyki publicznej

pediatrów czy lekarzy rodzinnych. Drugim rozwiązaniem mogą być właśnie środowiskowe formy pomocy, które niosą tzw. podstawową pomoc psychologiczną.

Tabela 2. Liczba lekarzy psychiatrów wieku rozwojowego w Polsce w 2016 r.⁴¹

Liczba specjalistów		Liczba Lekarzy I st.		Razem	
Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód
382	341	42	41	424	382

Środowiskowa opieka wymaga także włączania pozostałych instytucji świadczących pomoc dzieciom, rodzinie i młodzieży w postaci interwencji kryzysowej, zapobiegania przemocy, jak i poradnictwa, czy wreszcie specjalistycznej terapii rodzin. Tworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego zgodnie z propozycją NPOZP 2016-2020 z zespołami młodzieżowymi może być krokiem do przodu w wspieraniu dzieci i młodzieży. Aktualnie poradnie psychologiczno-pedagogiczne jako ważne ośrodki poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego zaczynają pełnić rolę ośrodków terapeutycznych, niekoniecznie w sposób profesjonalny, uzupełniając braki w usługach medycznych.

Najbardziej zaniedbanym obszarem opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą jest profilaktyka oraz edukacja. Profilaktyka zakłada wczesne interwencje, już na etapie np. pre- lub postnatalnym (depresje poporodowe matek), budowanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, wzmacniania odporności psychicznej dzieci i poczucia własnej wartości. Dopiero połączenie wielu oddziaływań jednocześnie, skoordynowanych w sposób profesjonalny może przynieść poprawę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

⁴¹ Dane NIL - Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu - stan na 30.04.2016

Epidemiologia zaburzeń u dzieci i młodzieży

Z informacji zawartych w rocznym sprawozdaniu o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w roku 2011, przygotowanym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii na podstawie danych statystycznych z formularza MZ-15 wynika, że w całej Polsce leczonych z powodu zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienia było 108 707 osób w wieku 0–18 lat, co stanowiło **1,3% ogólnej populacji poniżej 18 r.ż.** Najwięcej dzieci i młodzieży trafiło do poradni z rozpoznaniem zaburzeń rozwojowych (64 248 osób), zaburzeń nerwicowych (16 415 osób), upośledzenia umysłowego (12 152 osoby) oraz zaburzeń afektywnych (4978 osób)⁴². Przyjmuje się, że wiele zaburzeń, uzależnień ma swoje początki w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym w postaci zaburzeń zachowania i emocji (587,6 przypadków na 100 000 mieszkańców)⁴³.

W przypadku zaburzeń dzieci i młodzieży do najczęstszych należą (w hospitalizacji jak i pomocy ambulatoryjnej)^{44 45 46 47}:

- 1) depresje i pochodne zaburzenia. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych ocenia się na 1–2% wśród dzieci w okresie przedpokwitaniowym, a wśród adolescentów na 5–8%;
- 2) zaburzenia zachowania i emocji (44,6 na 100 tys. osób);
- 3) zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (19,8 na 100 tys. osób);
- 4) próby samobójcze i samobójstwa (w wieku 15–19 lat zamach samobójczy był przyczyną prawie co piątego zgonu - 26% zgonów wśród chłopców i 16% wśród

⁴² Formularz MZ-15. Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu i w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2011 roku, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

⁴³ Izabela Tabak (2014)) Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów Studia BAS, 2(38), 113–138

⁴⁴ I. Namysłowska, Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość, „Postępy Nauk Medycznych” 2013, nr 1, s. 4–9.

⁴⁵ Izabela Tabak (2014)) Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów Studia BAS, 2(38), 113–138

⁴⁶ J. Szymańska, Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.

⁴⁷ T. Wolańczyk, J. Komender (red.). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci, PZWL, Warszawa 2005.



dziewcząt). Przykładowo, w 2008 r. samobójstwa dzieci i młodzieży stanowiły 12,2% samobójstw w Polsce.

Co więcej, obserwuje się wzrost szczególnie zaburzeń rozwojowych – o 27% (ze 180 do 229 na 100 tys.) i zaburzeń zachowania i emocji – o 5% (z 522 do 546 na 100 tys.).

Ryzyko zachorowania na niektóre choroby psychiczne wzrasta wraz z wiekiem i dojrzewaniem płciowym, np. u dzieci z depresją występuje w równych proporcjach u każdej z płci, natomiast w okresie dojrzewania większą zachorowalnością na zaburzenia depresyjne charakteryzują się grup dziewcząt w stosunku do chłopców¹¹. Ponad 30% dzieci, które przeżyły pierwszy epizod depresji, doświadczy drugiego (lub kolejnych) jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym.

Kolejnym poważnym – diagnozowanym także przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne – problemem są zaburzenia ze spektrum autyzmu. Płeć znów okazuje się czynnikiem silnie różnicującym, gdyż autyzm jest cztery razy częściej diagnozowany u chłopców niż u dziewczynek. Jak do tej pory w Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych nad rozpowszechnieniem autyzmu w populacji ogólnej, jednak przyjmuje się, że częstość występowania autyzmu jest podobna jak i na całym świecie, czyli 2–3 na 1000 dzieci. Znacznie częstszym zaburzeniem jest zespół Aspergera (ok. 1 na 100 dzieci)¹¹.

Trzecim poważnym zaburzeniem jest ADHD, które może dotyczyć od 3 do 8% dzieci w wieku szkolnym na danym terenie. Objawy tego zespołu zazwyczaj słabną wraz z wiekiem, i choć ich samych nie można zmienić, to można modyfikować otoczenie, stwarzając dziecku korzystniejsze warunki zdobywania wiedzy i przebywania w grupie.

Czwartą grupą zaburzeń często diagnozowanych u dzieci są zaburzenia lękowe. Szacuje się, że dotyczą one 5% dzieci, a ich przyczyny mogą być zarówno genetyczne, jak też związane

z przeszłymi doświadczeniami, relacjami w rodzinie czy z rówieśnikami.

Reasumując można zakładać, że od 10 do 20% danej grupy wiekowej cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne. Informacja o rozpowszechnieniu zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży w Polsce jest niepełna i fragmentaryczna. Trudno zakładać więc taką rozpiętość zaburzeń. Badania Wolańczyka wskazują pośrednio, że co najmniej 9% dzieci



i młodzieży charakteryzuje się zaburzeniami emocjonalnymi. Oznacza to, że setki tysięcy dzieci wymaga pomocy. Należy przyjąć, że pewnego rodzaju pomocy wymagają także ich rodziny.

Aktualny model wsparcia dla dzieci i młodzieży wypalił się i nie spełnia większości oczekiwań i nadziei rodziców. Praktyka krajów UE wskazuje, że dobre rozwiązania są proste i nie wymagają wcale większego nakładu środków finansowych, a jedynie odważnych decyzji i zasobów do ich wdrażania, zasobów ludzkich i organizacyjnych.

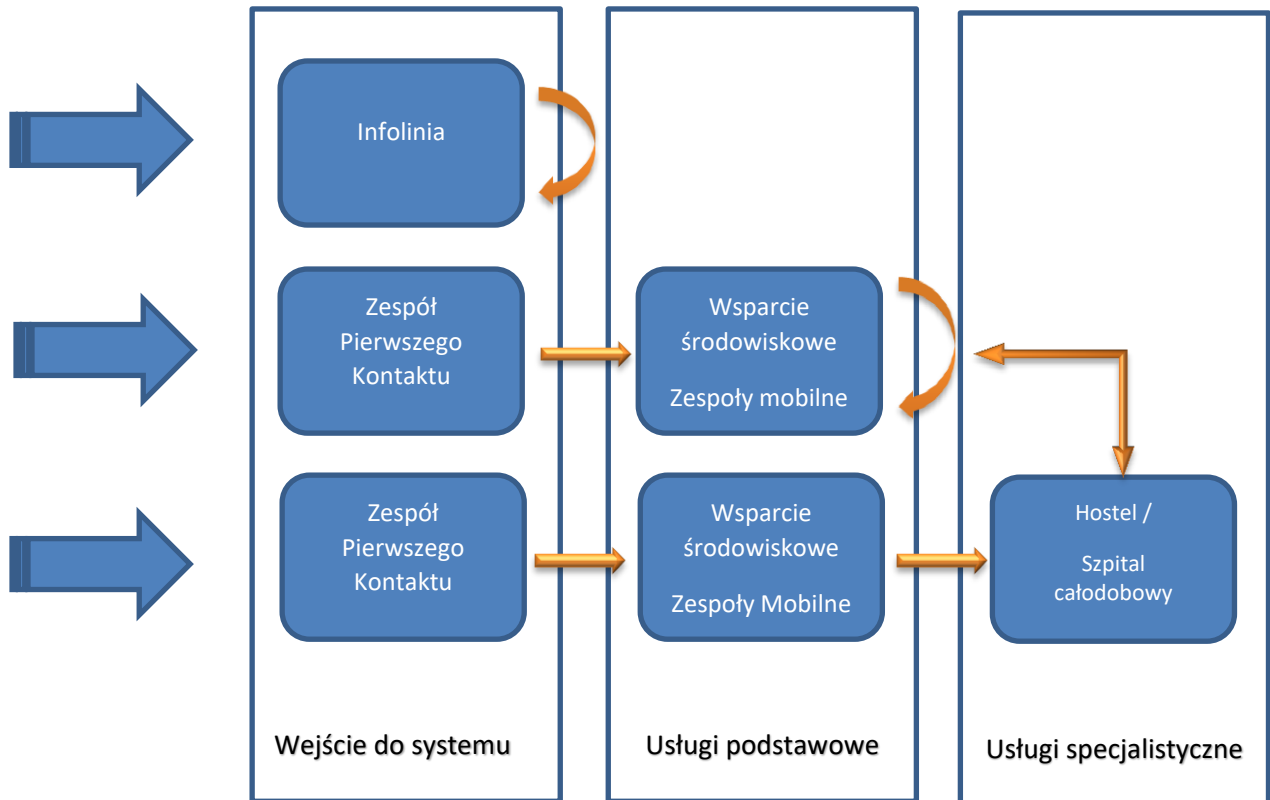
Organizacja ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Kornwalii

W 2001 roku powstał raport z prac zespołu poszukującego idealnego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Kornwalii⁴⁸. Eksperti, bazując na doświadczeniu pracy z dzieckiem i jego rodziną, pisali podstawowe elementy środowiskowej pracy z osobami niepełnoletnimi i ich opiekunami:

1. wejście do systemu, tzw. *front door*, w którym świadczone są podstawowe usługi
2. usługi środowiskowe i domowe, tzw. *core services*,
3. świadczenia specjalistyczne, tzw. *highly specialized services and supports*.

Celem tego modelu było objęcie opieką i wsparciem wszystkie dzieci i młodzież z problemami zdrowia psychicznego, w różnych sytuacjach kryzysowych, z uwzględnieniem pracy ukierunkowanej na rodzinę i sieć wsparcia społecznego.

⁴⁸ Raport jest dostępny pod: http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Res_Ideal_Model_Final.pdf/



Rycina X. Wejście w system i proces leczenia w zależności od problemu czy zaburzenia dzieci i młodzieży

W 2015 roku NHS *Cornwall Foundation Trust* opublikował standardy świadczeń na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży “*Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) Standard Operating Procedure*⁴⁹”. W dokumencie szczegółowo opisano organizację i sposób świadczenia usług zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Oparto się na modelu czterech poziomów świadczeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, tzw. *The Tiered Model of CAMHS Provision*.

⁴⁹Dostępne: www.cornwallfoundationtrust.nhs.uk



Rysunek 2. Cztery poziomy procesy wsparcia zapobiegającego nadmiernej hospitalizacji DiM

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest realizowana na wszystkich poziomach. Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmuje poziom drugi i trzeci, który ściśle współpracuje z pracownikami i instytucjami poziomu pierwszego.

Na poziomie II podstawowej opieki zdrowia psychicznego praca środowiskowa opiera się na podejściu skoncentrowanym na rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego z udziałem rodziny i środowiska wychowawczego.

Na poziomie III oferowane są świadczenia specjalistyczne dla dzieci i młodzieży z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, np. psychozy, zaburzenia odżywiania, samookaleczenia, zaburzenia neurorozwojowe o ostrym przebiegu, itp.

Na poziomie IV jest stacjonarna opieka psychiatryczna (oddziały całodobowe) o zasięgu regionalnym.

W zadaniach środowiskowego centrum zdrowia psychicznego jest nie tylko pomoc dla dzieci, młodzieży i ich rodzin, ale również edukacja dotycząca problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży adresowana do pracowników instytucji z poziomami pierwszymi. Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje nie tylko diagnozę i terapię zaburzeń psychicznych

dzieci

i młodzieży, ale również wspieranie rodziców i opiekunów w radzeniu sobie z problemami zdrowia psychicznego ich dzieci. Wsparcie jest adresowane do dzieci, młodzieży, ich rodzin i instytucji w ich środowisku lokalnym.

Organizacja usług i zasobów w wspieraniu dzieci, młodzieży i ich rodzin w systemie angielskim była inspiracją do opracowania modelu ŚCZP dla dzieci i młodzieży. Jest on zbliżony do modelu wypracowanego w innych krajach i organizowany na tej samej zasadzie – praca środowiskowa i w lokalnych społecznościach jako główna oś wsparcia. W opracowaniu ostatecznej wersji brano pod uwagę wyniki konsultacji modelu ŚCZP dla dorosłych oraz poddano pod ocenę specjalistów psychiatrów rozwojowych oraz środowisk związanych z pracą z rodzinami i ich dziećmi.

Wejście do systemu CZP w Kornwalii

Wszystkie zgłoszenia są skierowane do zespołu, a nie poszczególnych specjalistów. Przyjmowane są zgłoszenia rodzin, członków rodzin lub za ich zgodą instytucji oświatowych. Skierowania mogą być wystawione przez pracowników służby zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, organizacji pozarządowych, kuratorów sądowych, czyli wszystkie służby zajmujące się wsparciem dzieci i młodzieży. Zgłoszenia można dokonać listownie lub telefonicznie, szczególnie w nagłych i kryzysowych przypadkach.

Przy przyjęciu zgłoszenia o problemach zdrowia psychicznego i tworzeniu indywidualnego planu zdrowienia bierze się pod uwagę następujące kryteria:

- poważność, dotkliwość
- uporczywość
- ryzyko wtórnej niepełnosprawności
- ryzyko zagrożenia rozwoju
- obecność/brak czynników ochronnych
- obecność/brak czynników ryzyka
- obecność/brak stresu społecznego, doświadczenia urazowego

W nagłych sytuacjach kryzysowych odpowiedzi udziela się w ciągu jednej doby. W trybie normalnym do dwóch tygodni ustalana jest konsultacja rodzinna. **Świadczenia zdrowia psychicznego dotyczące dziecka nie mogą odbywać się bez rodziców**, a tym bardziej wskazana jest obecność innych domowników, osób znaczących dla dziecka.

Ilustracją efektów funkcjonowania procedury wejścia do systemu / zgłoszeń i skierowań – (z informatyzowany punkt rejestracji) jest następująca statystyka z przeprowadzonego audytu. Spośród wszystkich zgłoszeń w 2001 roku 8% rodzin nie kontynuowało współpracy z centrum i sami próbowali rozwiązać swoje problemy, 17% rodzin zostało przekierowanych do innych placówek pomocowych, bardziej odpowiednich dla danego problemu, 64% rodzin korzystało z dalszej pomocy w centrum zdrowia psychicznego z tym samym pracownikiem, a dodatkowe 3% rodzin zmieniło specjalistę w ramach centrum. Zespół terapeutyczny centrum zdrowia psychicznego realizuje indywidualny plan opieki w danym przypadku w oparciu o dobre, potwierdzone badaniami praktyki i ogólne standardy ochrony zdrowia psychicznego. Co więcej, psychiatrycznej interwencji wymagało jedynie 3% zgłoszonych problemów.

Wnioski organizacyjne i finansowe z analizy porównawczej

Analiza porównawcza modelu organizacji opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży np. w Kornwalii, wskazuje na istotne elementy, których brak może mieć negatywny wpływ na ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce.

Istotnie brakującym ogniwem jest poziom podstawowej opieki zdrowia psychicznego. Polskie poradnie zdrowia psychicznego są raczej na poziomie świadczeń specjalistycznych. Skierowania do psychologa mogą wystawiać wyłącznie lekarze POZ lub specjaliści. Dostęp do lekarza psychiatry jest nieograniczony, bo nie jest wymagane skierowanie, ale ze względu na bardzo małą liczbę psychiatrów dziecięcych, lekarze nie są w stanie odpowiedzieć na potrzeby rodzin. W Polsce psychiatra dziecięcy został usytuowany na „wejściu do systemu” - opieki ambulatoryjnej. W praktyce do psychiatrów dziecięcych zgłaszają się rodzice z bardzo różnymi problemami zdrowia psychicznego, z których część nie wymaga farmakoterapii i innych oddziaływań lekarskich. Tym samym, praca psychiatrów dziecięcych nie jest wykorzystana efektywnie. Drugim „wejściem do systemu” jest psycholog, do którego wymagane jest skierowanie. Często sami rodzice proszą lekarzy rodzinnych o wystawienie skierowania do psychologa. Formalnie, to lekarz powinien zdecydować, czy dziecko potrzebuje specjalistycznej



porady psychologicznej. Czasami tak się dzieje, że dostęp ten jest utrudniany. Dodatkowo, rozliczanie porad w opiece ambulatoryjnej oraz „osobodób” na oddziałach zachęca do „mnożenia” wizyt w poradniach ponad konieczność i zapełnianie oddziałów dla wypełnienia kontraktu. Kluczowe elementy pracy zespołowej i współpracy międzyinstytucjonalnej, czyli zebrania zespołów i konsultacje między specjalistami z różnych placówek (oświata, OPS czy poradnie zdrowia) są całkowicie pominięte w finansowaniu, nie mówiąc już o prowadzeniu psychoedukacji i promocji zdrowia psychicznego.

Organizacja i finansowanie ochrony zdrowia psychicznego stoi w całkowitej sprzeczności z modelem środowiskowym. Zaniżona wycena procedur w psychiatrii dzieci i młodzieży jest przysłowiowym „gwoździem do trumny” psychiatrii wieku rozwojowego. Finansowanie – ogółem środków – jest ponad 10 razy niższe. Stawka per capita jest prawie dwa razy niższa niż w przypadku dorosłych. Nie ma prawnych procedur i międzyresortowych zasad współpracy, ani praktyk monitorowania problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W odróżnieniu od chorób somatycznych w psychiatrii wieku rozwojowego istnieje szeroki margines do interpretacji, co jest, a co nie jest zaburzeniem psychicznym u dzieci i młodzieży i w jaki sposób należy je potraktować. W dużym stopniu zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży są uwarunkowane społecznie i kulturowo.

Założenia Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży

Poniższy model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży jest pomysłem na przezwycięzenie ograniczeń i błędów systemowych w tym obszarze. Rzeczne i wiarygodne oszacowanie potrzeb zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży będzie możliwe wówczas, gdy na danym obszarze wdrożeniowym zidentyfikuje się wszystkie problemy zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży, chociaż niektóre są nazywane innym językiem, np. dzieci niedostosowane społecznie. Ponadto, należy zidentyfikować wszystkie zasoby instytucjonalne i formy działań pomocowych w różnych resortach: zdrowie, edukacja, pomoc społeczna, które mają wpływ na przywracanie lub umacnianie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. **Koordynacja działań** wieloresortowych i **organizacja podstawowej opieki psychicznej** na obszarze wdrożenia pozwoli na zidentyfikowanie świadczeń pokrywających się, uzupełniających i brakujących. Należy założyć, że finansowanie ochrony zdrowia psy-



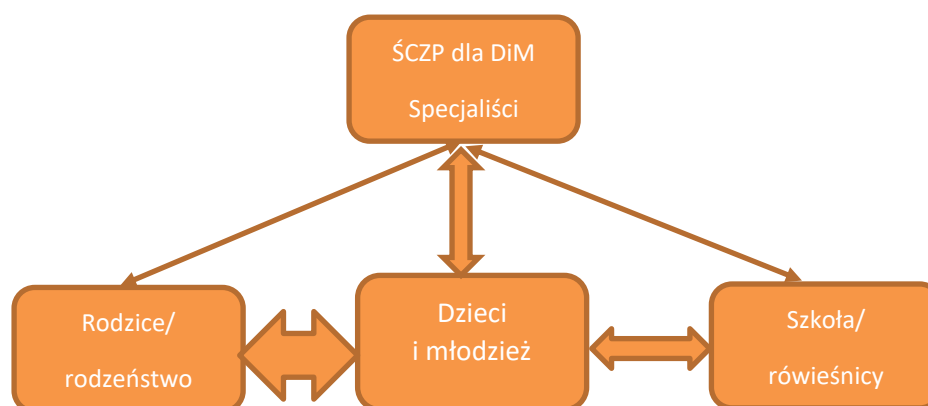
chicznego dzieci i młodzieży powinno opierać się na budżecie skonstruowanym dla danego obszaru według stawki per capita zabezpieczającej usługi podstawowe i specjalistyczne w danym regionie.

Cele Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży

Najważniejsze komponenty zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży to:

- ✓ umiejętność do doświadczania i wyrażania emocji, takich jak radość, smutek, gniew, przywiązanie, we właściwy i konstruktywny sposób,
- ✓ pozytywna samoocena, szacunek dla innych, głębokie poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie i świata,
- ✓ umiejętność funkcjonowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole i społeczności,
- ✓ umiejętność inicjowania i podtrzymywania głębszych relacji (przyjaźń, miłość) oraz uczenia się funkcjonowania w świecie w sposób produktywny.

ŚCZP dla DiM powinno zatem dążyć do zapobiegania i usuwania wszelkich barier związanych z rozwojem potencjału dzieci, które może realizować się w relacji do rodziców/opiekunów prawnych. Zasadą funkcjonowania ŚCZP powinno zatem być działanie wielostronne, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. *third party*. Swoisty trójkąt relacji ŚCZP obrazuje poniższy rysunek.



Rysunek 3. Zależności w relacji dzieci i młodzieży w profesjonalnym wsparciu ŚCZP

Zadania ŚCZP dla DiM rozpatrywać trzeba w powiązaniu z opisanymi powyżej uwarunkowaniami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. System opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży powinien mieć następujące cele:

- 1) wspieranie rodzin, nauczycieli, służb społecznych, prawnych, pediatrów, lekarzy rodzinnych i jednostek opieki nad matką i niemowlęciem oraz innych agend społecznych w procesie wychowywania dzieci;
- 2) stworzenie dostępności służb i programów, tak szybko jak jest to potrzebne dla dzieci, które wykazują pierwsze oznaki zaburzeń, to jest rozwijanie systemów wczesnej interwencji;
- 3) efektywność i bezpieczeństwo leczenia oraz dostępność dla wszystkich dzieci po to, aby zredukować cierpienie, ograniczyć niesprawność i pomagać w ujawnieniu potencjału rozwojowego.

Do realizacji tak sformułowanych zadań potrzebne są:

- ✓ kadra dobrze wykształconych, oddanych swojej pracy profesjonalistów,
- ✓ instytucje, głównie o charakterze środowiskowym (poradnie, oddziały dzienne, hostele dla młodzieży, szkoły terapeutyczne, centra pomocy rodzinie), nastawione na prewencję, diagnozę i leczenie, akceptowane przez rodziców i niestygmatyzujące,
- ✓ dostępność do w/w zasobów dla wszystkich potrzebujących pomocy rodzin oraz dzieci i młodzieży,
- ✓ adekwatne metody finansowania,
- ✓ zapewnienie i monitorowanie standardów funkcjonowania instytucji udzielających pomocy dzieciom i młodzieży,
- ✓ ocena i badania efektywności,
- ✓ zapewnienie systemu porozumiewania się i współpracy profesjonalistów z wielu dziedzin, zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży,
- ✓ przestrzeganie w całym systemie opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży standardów etycznych oraz ochrona praw dziecka zgodnie z Deklaracją Praw Dziecka.



Za najważniejsze obszary interwencji/wsparcia ŚCZP w rodzinie chorego dziecka lub młodzieży należy budowanie silnej więzi z rodzicami w okresie przedadolescencyjnym i nowe ułożenie tych relacji w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, dobra komunikacja między członkami rodziny, wsparcie i pozytywne wzmocnienia ze strony rodziców, zasady rodzinne, jasne oczekiwania rodziców, skuteczny monitoring i zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka.

Za najważniejsze czynniki związane ze szkołą, które chronią przed rozwojem problemów w obszarze zdrowia psychicznego, uważa się poczucie przynależności (więź ze szkołą), pozytywny klimat szkoły (zwłaszcza dobre relacje pomiędzy nauczycielami i uczniami oraz między uczniami, przyjazna, wspierająca atmosfera), prospołecznie nastawioną grupę rówieśniczą, wymaganie od uczniów odpowiedzialności i udzielania sobie wzajemnej pomocy, okazje do przeżycia sukcesu i rozpoznawania własnych osiągnięć, zdecydowaną niezgodę szkoły na przemoc.

Poczucie przynależności (więź ze szkołą), podobnie jak więź z rodziną, uznawane jest za najbardziej istotny czynnik chroniący, decydujący o dobrym przystosowaniu dziecka.

Organizacja świadczeń Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży

Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży opiera się na ogólnych założeniach środowiskowej opieki psychiatrycznej dopasowania kompleksowych, wieloresortowych i wielodyscyplinarnych świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjenta, aby umacniać jego samodzielność życiową oraz poszerzać sieć satysfakcjonujących relacji interpersonalnych.

Jednakże, profilaktyka i terapia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży ma swoją specyfikę. Po pierwsze, dzieci i młodzież są w wieku rozwojowym i żyją w emocjonalnej, ekonomicznej i prawnej zależności od rodziców (opiekunów prawnych). Ich rozwój zmierza ku samodzielności życiowej w dorosłości i poszerzania kontaktów społecznych poza rodziną, ale jest to proces stopniowy. W profilaktyce i terapii zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży jest nieodzowne zaangażowanie rodziców i uwzględnianie szerszego kontekstu wychowawczego,

Po drugie, zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży mają charakter złożony: biologiczny, psychiczny i społeczny (relacyjny). W pewnych przypadkach dysfunkcja rozwoju mózgu powoduje zaburzenie sprawności psychicznych i nieadekwatność funkcjonowania społecznego. W innych przypadkach zaburzenia emocjonalne lub zachowania są uwarunkowane doświadczeniami w relacjach społecznych bez znaczącego udziału czynników biologicznych. Psychiatria wieku rozwojowego opiera się na pracy z dziećmi i rodzinami w zespołach wielodyscyplinarnych. Po trzecie, dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi otrzymują wsparcie i pomoc nie tylko w opiece psychiatrycznej, ale także w edukacji i pomocy społecznej. Nie wszystkie zaburzenia psychiczne wieku rozwojowego wymagają procedur medycznych i farmakoterapii. Czasami bardziej adekwatne są oddziaływania okołomedyczne (psychologiczne, pedagogiczne, edukacyjne, socjoterapeutyczne i inne środowiskowe). Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest wieloresortowa, ale można ją zorganizować wg określonego schematu przy współdziałaniu różnych placówek.

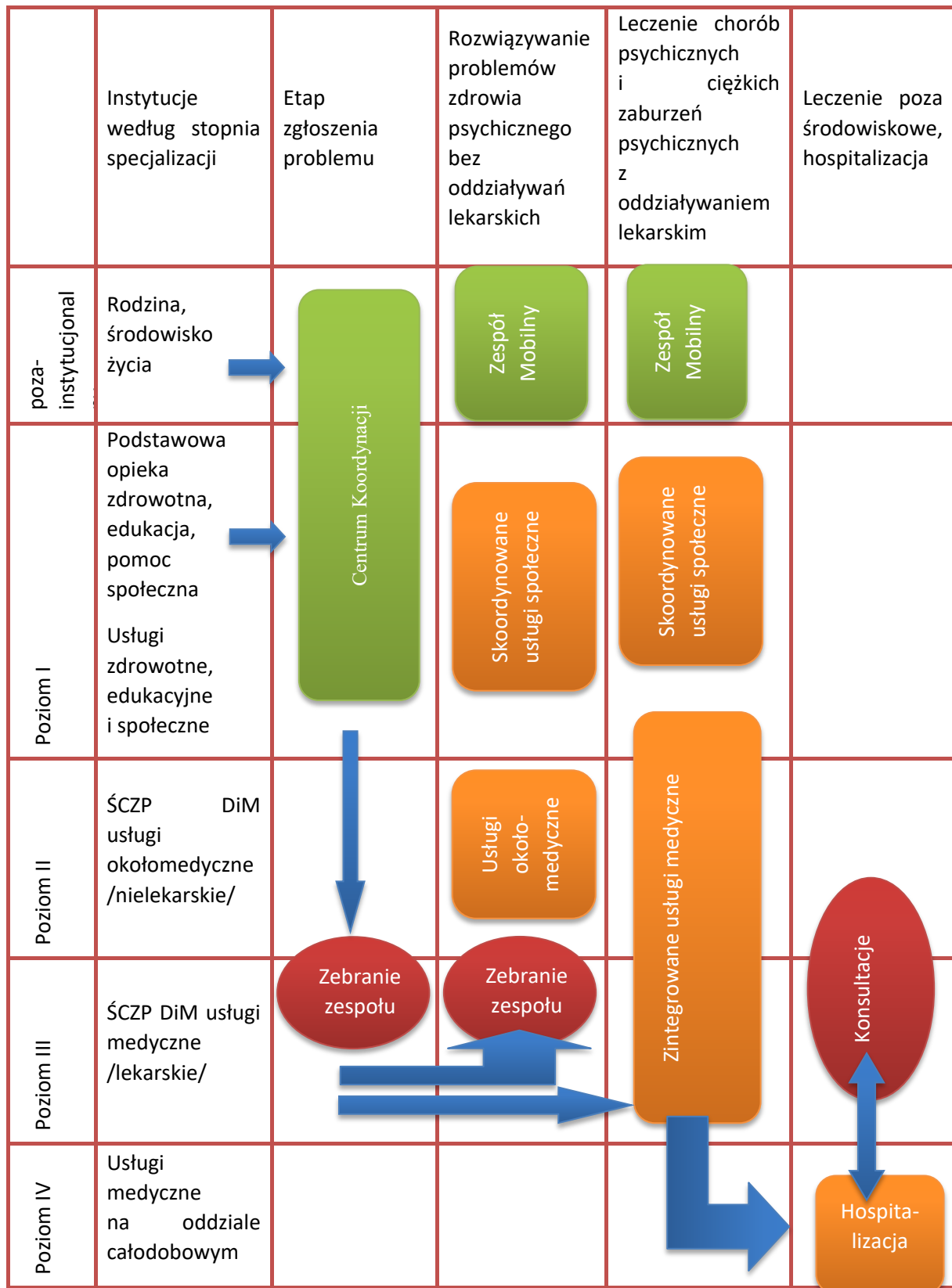
Poziomy instytucjonalne są miarą tego, jak blisko lub daleko od środowiska życia pacjenta jest usytuowana instytucja oraz jak dużo medyczności jest w procedurach terapeutycznych. W naszej propozycji wyróżniamy cztery poziomy ich organizacji.

Poziom zerowy oznacza środowisko życia dziecka w lokalnej sieci społecznej: rodzice, rodzeństwo (domownicy), szersza rodzina, sąsiedzi i znajomi, a w szczególnych przypadkach rodzina zastępcza i inni opiekunowie prawni. Jest ona poza interwencją ŚCZP dla DiM i organizuje się według własnych reguł samopomocy.

Poziom pierwszy oznacza instytucje z obszaru ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej, usytuowanych blisko środowiska życia dziecka i rodziny:

- ✓ zdrowie: podstawowa opieka zdrowotna: lekarze rodzinni, pediatrzy, pielęgniarki środowiskowe, itd.,
- ✓ edukacja: przedszkole, szkoła, poradnia psychologiczna,
- ✓ pomoc społeczna: ośrodek interwencji kryzysowej, poradnictwo specjalistyczne, ośrodek wsparcia dziennego, świetlica środowiskowa, świetlica socjoterapeutyczna, specjalistyczne usługi opiekuńcze.

W powyższych instytucjach identyfikowane są problemy zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży. Organizowane jest wczesne wspomaganie rozwoju, pomoc psychologiczno-pedagogiczna, socjoterapia, wsparcie środowiskowe, itp., które można określić jako usługi edukacyjno-społeczne. W razie potrzeby, za pośrednictwem rodziców, instytucje te kierują dzieci i młodzież do Centrum Zdrowia Psychicznego.



Schemat. Organizacja procesu leczenia w ŚCZP dla DiM



Poziom drugi odnosi się do okołomedycznych pracowników Centrum Zdrowia Psychicznego: psycholog, psychoterapeuta, terapeuta rodzinny, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, pedagog specjalny, logopeda, trener socjoterapii, animator grup samopomocowych. Świadczą oni usługi okołomedyczne, nielekarskie, skoordynowane z usługami edukacyjnymi i społecznymi na poziomie pierwszym oraz z oddziaływaniami medycznymi, lekarskimi na trzecim poziomie.

Poziom trzeci dotyczy lekarzy psychiatrów oraz lekarzy innych specjalności, którzy realizują świadczenia medyczne (badania i zabiegi lekarskie, farmakoterapia), prowadzone w warunkach opieki środowiskowej i dziennej (zespół mobilny, poradnia, oddział dzienny, hostel).

Poziom czwarty oznacza całodobowy oddział psychiatryczny z usługami medycznymi (lekarskimi i okołomedycznymi) realizowanymi w warunkach szpitalnych. Ta forma leczenia wyłączająca okresowo ze środowiska życia jest wdrażana w sytuacji ostrego kryzysu psychicznego, zagrożenia zdrowia i życia i innych wskazań medycznych.

Centrum Koordynacji składa się z całodobowej infolinii oraz dziennego zespołu pierwszego kontaktu, czynnego od 8:00 do 20:00, w którym dyżurują pracownicy z poziomu drugiego

i ewentualnie na dyżurach nocnych lekarz psychiatra z poziomu trzeciego. Do CK zgłaszają się przede wszystkim rodzice z problemami zdrowia psychicznego swoich dzieci, z własnej inicjatywy albo pokierowani przez pracowników i instytucje pierwszego poziomu. Zgłaszane problemy są bardzo rozmaite w zależności od wieku dziecka i nastolatka, od nasilenia oraz charakteru reakcji emocjonalnych i zachowań problemowych. Zadaniem pracowników dyżurujących w Centrum Koordynacji jest nawiązanie kontaktu, wysłuchanie i odnotowanie, co jest problemem, czy ma pilny charakter, jaki jest kontekst instytucjonalny skierowania, jakie osoby są znaczące dla dziecka w jego środowisku rodzinnym i wychowawczym mające wpływ na to, co się dzieje. Pracownik udziela szybkiej porady, proponuje ścieżkę dalszej pomocy w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego lub innej instytucji, bardziej właściwej do rozwiązania danego problemu.

W sytuacjach kryzysowych zespół mobilny wyjeżdża i udziela pomocy na miejscu. Instytucje mogą zgłaszać bezpośrednio przypadki problemów zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży bez podawania ich danych osobowych. Wówczas zespół mobilny odbywa konsultację rodzinno-instytucjonalną z udziałem rodziców na terenie danej instytucji. Jej pracownicy zgłaszają, co ich martwi w sprawie dziecka, zespół mobilny odnosi się do zgłoszonego problemu i ewentualnie przedstawia ofertę pomocy, a wówczas rodzice mogą zdecydować, czy skorzystają z tej propozycji. Czasami rodzice wzbraniają się od kontaktu

z placówką ochrony zdrowia psychicznego z powodu niewiedzy lub osobistych negatywnych doświadczeń. Czasami problemy, które zgłaszają rodzice, wymagają pogłębionego opisu i wyjaśnienia w szkole lub innych instytucjach. Wówczas konsultacja rodzinno-instytucjonalna w środowisku pozwala szybko i wszechstronnie zebrać informacje i obserwacje przydatne do planowania dalszej pomocy. Zespół terapeutyczny na zebraniu tzw. „alokacyjnym” z udziałem lekarza psychiatry zapoznaje się z raportem o zgłoszeniach. Ustala się osoby do prowadzenia przypadku, ścieżkę dalszej diagnozy i terapii, wyznacza terminy kolejnych spotkań i konsultacji w danej sprawie.

Centrum Koordynacji wymaga również współpracy międzyinstytucjonalnej, wymiany informacji i zakresie o udzielanych świadczeń, aby koordynować świadczenia pomocowe, edukacyjno-społeczno-medyczne w środowisku lokalnym.

Część problemów zdrowia psychicznego, w grupie zaburzeń emocji i zachowania, nie wymaga oddziaływań lekarskich. Wówczas realizowane są procedury nielekarskie, okołomedyczne - konsultacje rodzinne, socjoterapia, psychoterapia, itp. Ponadto włączane są usługi edukacyjno-społeczne w środowisku, np. pomoc psychologiczno-pedagogiczna na terenie szkoły. **Lekarz psychiatra monitoruje prowadzone nielekarskie oddziaływania terapeutyczne, decydując według uznania o wdrożeniu procedur lekarskich i leczenia biologicznego.** Z drugiej strony pracownicy okołomedyczni konsultują z psychiatrą prowadzone przypadki. Istotną częścią pracy zespołowej i skoordynowanego oddziaływania terapeutycznego jest czas poświęcony na zebrania zespołu terapeutycznego i konsultacje z pracownikami instytucji zewnętrznych. Lekarz psychiatrą, wyszkolony w prowadzeniu psychoterapii i terapii rodzinnej może uczestniczyć z własnej potrzeby w oddziaływaniach okołomedycznych, nielekarskich.



Część problemów zdrowia psychicznego, szczególnie w przypadku kryzysów psychotycznych, zaburzeń afektywnych, zaburzeń jedzenia, samookaleceń i prób samobójczych, zaburzeń neurorozwojowych, itp. wymaga bezpośredniego zaangażowania psychiatry w diagnozę i leczenie medyczne we współpracy z zespołem okołomedycznym. Indywidualny plan zdrowienia (IPZ) realizowany jest na wszystkich poziomach w ramach skoordynowanych usług edukacyjnych, społecznych i medycznych. Leczenie środowiskowe może odbywać się również w warunkach oddziału dziennego lub hostelu, o ile znajdują się one blisko środowiska życia, szkoły. Nauka powinna być realizowana możliwie w szkole macierzystej ucznia, ewentualnie w trybie nauczania indywidualnego.

W sytuacji ostrego kryzysu psychicznego, zagrożenia zdrowia i życia lub innych względów medycznych lekarz psychiatra kieruje małoletniego pacjenta na całodobowy oddział psychiatryczny. Skierowanie może nastąpić na dowolnym etapie i w każdym czasie według uznania lekarza. Jednakże rozwinięta i efektywna opieka środowiskowa ograniczy takie sytuacje do minimum. Chociaż hospitalizacja oznacza oderwanie małoletniego pacjenta od środowiska, to jednocześnie prowadzona jest praca z rodziną nad powrotem dziecka lub nastolatka do domu. W konsultacjach na terenie szpitala mogą uczestniczyć pracownicy Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla DiM w ramach podpisanej umowy o współpracy, aby przygotować powrót pacjenta do opieki środowiskowej.

Podsumowanie

W przeciągu ostatnich dekad instytucje zdrowia psychicznego (np. szpitale psychiatryczne) były postrzegane przez władze oraz społeczeństwo jako najlepsze rozwiązanie i forma dbania o osoby z zaburzeniami psychicznymi. Czy jest to jednak najlepszy model udzielania pomocy w obecnie wysoko zaawansowanym i funkcjonującym społeczeństwie i państwie Unii Europejskiej w XXI wieku? W dzisiejszych czasach, gdzie niematerialne aspekty życia, takie jak godność człowieka, jego autonomia i integracja są rozpoznawane coraz częściej jako jedne z najistotniejszych wartości społecznych państw, powinniśmy dążyć do bardziej humanistycznego modelu leczenia zaburzeń psychicznych, który pozwoli skupić się na indywidualnych potrzebach oraz prawach każdego człowieka i pacjenta w procesie leczenia i powrotu do samostanowienia. Osoby doświadczone oraz ich rodziny powinny przede wszystkim stać się partnerami i brać udział w procesie podejmowania decyzji w kwestii ich leczenia, terapii i oparcia społecznego. Każdy człowiek ma prawo osiągnąć swój pełen potencjał.

Przewidujemy, że powstanie Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego przyczyni się do wprowadzenia lepszych rozwiązań w organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zależy nam, aby działania realizowane przez Centra doprowadziły między innymi do przejścia z systemu reaktywnego na system pro-aktywny. Oznacza to, że przy pierwszych objawach zaburzeń psychicznych osoba będzie otrzymywała profesjonalną pomoc adekwatną do potrzeb. Pomoc ta powinna być zindywidualizowana i dostępna w społeczności lokalnej, co daje możliwość szybkiej reakcji, włączenia rodziny i sieci oparcia osoby, ukierunkowania procesu na zasoby sprzyjające zdrowieniu.

Kolejnym elementem ma być uznanie roli osób doświadczonych chorobą psychiczną w nowym systemie. Liczne badania wskazują, że udział tych osób w pracy instytucji opieki psychiatrycznej ukierunkowuje tę instytucję na potrzeby użytkownika opieki. Wiąże się to ze zmianami w dotychczasowym sposobie pracy i postawach personelu medycznego.

Proponowany model ma również uwzględniać potrzeby najmłodszych beneficjentów systemu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Biorąc pod uwagę kompleksowość planowanej zmiany oraz zakładaną aksjologię personalistyczną – potrzeby tej grupy powinny zostać uwzględnione.

Cała Europa jest od ponad 50 lat w procesie gruntownych zmian systemu zdrowia psychicznego. Zmiany dokonały się w Niemczech, Danii, Finlandii, Norwegii Wielkiej Brytanii, Irlandii, Estonii Rumunii, Bułgarii we Włoszech, a także na Litwie, na Łotwie, Słowacji, Węgrzech, i w wielu innych krajach. Czas, aby i społeczeństwo polskie, uwzględniając podstawowe prawa człowieka, zmieniło myślenie o chorobach psychicznych i stworzyło nowy system ochrony zdrowia psychicznego, w którego centrum jest człowiek.



Załączniki:

1. Scenariusze szkoleń
2. Szkolenia zorientowane na potrzeby - Kurs Otwartego Dialogu
3. EX-IN – koncepcja i scenariusze
4. Zarządzanie zmianą
5. Analiza możliwości prowadzenia działalności leczniczej z zakresu psychiatrii z uwzględnieniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
6. Indywidualny Plan Zdrowienia
7. Arkusz obserwacyjny dotyczący oceny stanu zdrowia pacjenta
8. Zarządzanie projektem
9. Koncepcja badań i ewaluacji funkcjonowania ŚCZP w trzech obszarach: medycznym, społecznym oraz edukacyjnym
10. Opis Systemu Auxilio
11. Opis kampanii społecznej
12. Opinie konsultacyjne partnerów ponadnarodowych
13. Opinie konsultacyjne partnerów krajowych
14. Opinie konsultacyjne - uzupełnienie
15. Instrukcja wdrażania Modelu ŚCZP
16. Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego a zadania zdrowia publicznego
17. Protokół ICF depresja
18. Protokół ICF schizofrenia
19. Protokół ICF chad

20. Opisy wdrożeń

1. Opis wdrożenia - powiat kołobrzeski
2. Opis wdrożenia - powiat kolbuszowski
3. Opis wdrożenia - Koszalin i powiat koszaliński
4. Opis wdrożenia – Zamość i powiat zamojski
5. Opis wdrożenia - powiat trzebnicki
6. Opis wdrożenia – powiat wielicki
7. Opis wdrożenia – dzielnica Bielany m.st. Warszawa, powiat m.st. Warszawa, powiat grodzki
8. Opis wdrożenia – dzielnica Psie Pole i Fabryczna m. Wrocław, powiat grodzki
9. Opis wdrożenia – powiat gnieźnieński
10. Opis wdrożenia – powiat nowotarski

21. Tabele budżetów

1. Budżet - powiat kołobrzeski
2. Budżet - powiat kolbuszowski
3. Budżet - Koszalin i powiat koszaliński
4. Budżet – Zamość i powiat zamojski
5. Budżet - powiat trzebnicki
6. Budżet – powiat wielicki
7. Budżet – dzielnica Bielany m.st. Warszawa, powiat m.st. Warszawa, powiat grodzki

8. Budżet – dzielnica Psie Pole i Fabryczna m. Wrocław, powiat grodzki
9. Budżet – powiat gnieźnieński
10. Budżet – powiat nowotarski

22. Budżet - podsumowanie