



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla dzieci i dorosłych: doświadczenia i rekomendacje**

Tomasz Rowiński (redakcja naukowa)

*Business as usual has failed and will continue to do so (Patel, 2023)*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Spis treści

I Część teoretyczna.....	3
Czym jest zdrowie psychiczne i jego brak? Propozycja syntetyzującego modelu .....	4
Model deinstytucjonalizacji usług publicznych w obszarze zdrowia psychicznego .....	26
Model środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży .....	36
Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych.....	83
Procedura współpracy Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych: rekomendacje .....	150
Wnioski i rekomendacje wynikające z ewaluacji modelu centrów zdrowia psychicznego	178
Dobrostan Pacjentów jako miara oceny skuteczności terapii w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych .....	202
Propozycja wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej dla dzieci i dorosłych.....	227
Zmiany prawne i systemowe w okresie realizacji projektu oraz propozycje kierunku zmian legislacyjnych .....	248
II Część praktyczna .....	280
Diagnoza funkcjonalna zgodnie z ICF: holistyczne podejście do procesu wsparcia .....	281
Skuteczne włączenie do zespołów diagnostyczno-terapeutycznych asystentów zdrowienia .....	324
Asystent zdrowienia w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego – perspektywa pracodawcy.....	356
Działania antystygmatyzacyjne w środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego .....	382
Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży .....	414
Wsparcie społeczne i współpraca z partnerstwami lokalnymi na rzecz rozwoju środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego .....	449
Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego jako podmiot lokalnej polityki społecznej: rekomendacje dotyczące rozwoju i integrowania usług społecznych oraz medycznych w obszarze zdrowia psychicznego .....	493
Wszystko w życiu ma swój sens: perspektywa indywidualnej rodziny w reformie psychiatrii .....	525



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **I Część teoretyczna**



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Czym jest zdrowie psychiczne i jego brak? Propozycja syntetyzującego modelu**

Jan Ciecuch

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;

janciecuch@gmail.com

Włodzimierz Strus

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;

struswl@gmail.com

Klaudia Ponikiewska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;

klaudia.ponikiewska@gmail.com

### **Streszczenie**

W rozdziale został zaprezentowany przegląd sposobów rozumienia zdrowia psychicznego, jakie są zaimplementowane w polskim systemie ochrony zdrowia oraz proponowane przez Światową Organizację Zdrowia. Na gruncie przeprowadzonych analiz został zaprezentowany integracyjny model zdrowia psychicznego zawarty w Modelu Objawy–Kompetencje–Cechy Ciecucha i in. (2023). Model ten jest zgodny z definicją zdrowia psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia oraz dymensjonalnym podejściem do zagadnienia zdrowia i zaburzeń. W tym ujęciu zdrowie psychiczne nie jest definiowane jako brak czegoś (choroby, zaburzenia czy problemu), ale jako obecność pewnych pozytywnych elementów (określonych jako dobrostan eudajmonistyczny). Tak rozumiane zdrowie psychiczne opiera się na dwóch filarach: osobistym (realizacja własnego potencjału) oraz społecznym (właściwe relacje społeczne i wkład do własnej społeczności). Słabość któregoś z filarów skutkuje przesuwaniem się na kontinuum od zdrowia psychicznego do problemów. W modelu zostały wyróżnione trzy rodzaje problemów psychicznych: problemy eksternalizacyjne (słaby filar społeczny), problemy psychasteniczne (słaby filar osobisty) oraz problemy internalizacyjne (słabe oba filary). W ramach każdego rodzaju problemów wyróżniono trzy aspekty. Ciecuch i in. (2023) przygotowali operacjonalizację modelu dostosowaną do wieku osób badanych i przygotowali specjalne wersje narzędzi do pomiaru zdrowia psychicznego i problemów dla



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

osób w wieku 4–6, 7–9, 10–12, 12–15 oraz 16–25 lat. Dzięki temu, że model opisuje zarówno zdrowie psychiczne, jak i problemy, może on być teoretyczną ramą nie tylko oddziaływań diagnostycznych i terapeutycznych, ale również profilaktycznych. W szczególności może być wykorzystywany do badań przesiewowych, do diagnozy indywidualnej oraz do ewaluacji oddziaływań terapeutycznych w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego i innych jednostkach.

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, dobrostan, problemy psychiczne, zaburzenia psychiczne

## **Wprowadzenie**

Zdrowie psychiczne jest dzisiaj kategorią często używaną w wielu różnych dyskursach, m.in. medialnym, publicystycznym, naukowym, prawnym. W różnych kontekstach jest ono różnie rozumiane. Bywa tak, że nie jest definiowane w ogóle, tylko zakłada się jego rozumienie zakorzenione w znaczeniu językowym czy potocznym, ale bywają też formułowane różne definicje, czasem nawet oficjalne proponowane przez instytucje, np. Światową Organizację Zdrowia.

Niniejszy rozdział porządkuje te znaczenia, przy czym skupia się nie na analizie aktualnej literatury naukowej, niezwykle bogatej i różnorodnej, ale raczej na analizie rozstrzygnięć i praktyk w polskim systemie ochrony zdrowia zinterpretowanych przez pryzmat aktualnej wiedzy naukowej. Na gruncie przeprowadzonych analiz zostanie zaprezentowany integracyjny model, który może być podstawą usług psychologicznych świadczonych w ochronie zdrowia, a także w obszarze usług społecznych oraz edukacyjnych w duchu deinstytucjonalizacji opisanej w rozdziale Ciecucha i Rowińskiego w tym tomie. Sposób myślenia, z którego wyrasta opisany tu model był też podstawą projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt horyzontalny” (co jest widoczne w Załączniku nr 1 do regulaminu konkursu nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20 Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Zdrowie psychiczne definiowane negatywnie

### Określenie braku zdrowia w oficjalnych dokumentach

W obszarze ochrony zdrowia strategicznym dokumentem na temat zdrowia psychicznego jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, uchwalany na podstawie *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*. W minionych latach był to *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*, będący załącznikiem do *Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 8 lutego 2017 r.* Aktualny *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030* został przyjęty *Rozporządzeniem Rady Ministrów w dniu 30 października 2023 r.* Odpowiednikiem tego strategicznego dokumentu po stronie usług społecznych jest *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* będąca załącznikiem do *Uchwały nr 135 Rady Ministrów z dn. 15 czerwca 2022 r.*

Oba wymienione powyżej *Narodowe Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego* posługują się określeniem *osoby z zaburzeniami psychicznymi*, a także *zaburzenia i choroby psychiczne* oraz *problemy psychiczne*. Z kolei *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* używa określenia *osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym*. W żadnym z tych dokumentów nie ma definicji zaburzeń, ale znajduje się ona w *Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, na podstawie której uchwalane są Narodowe Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zgodnie z art. 3 tej ustawy, definicja osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosi się do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Powyższy podział, a w szczególności wyróżnienie kategorii (a) oraz (b) umożliwia orzekanie mające konsekwencje prawne w procedurach sądowych. Zarazem jednak podział

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ten i pojęcia używane w tej ustawie znacznie odbiegają od aktualnego stanu literatury naukowej. W ustawie z 1994 r. używane są trzy pojęcia na określenie trzech rodzajów zaburzeń psychicznych: (1) *choroba*, (2) *upośledzenie*, (3) *zakłócenie czynności psychicznych*. W aktualnej literaturze naukowej nie funkcjonuje podział na choroby, upośledzenia i zakłócenia. Co więcej, w zasadzie żadne z tych trzech określeń w ogóle nie jest w tej literaturze używane. W odniesieniu do zdrowia psychicznego termin *choroba* został wyparty przez termin *zaburzenie*, co zostanie omówione w kolejnej części rozdziału. Termin *upośledzenie umysłowe* został uznany za zbyt stygmatyzujący i wyparty przez termin *niepełnosprawność intelektualna*. Z kolei określenie *zakłócenia czynności psychicznych* zasadniczo w ogóle nie jest używane w literaturze naukowej jako osobna kategoria.

Czy to oznacza, że ustawa z 1994 r. jest anachroniczna i konieczna jest jej aktualizacja? Niekoniecznie, bo prawdopodobnie dobrze porządkuje ona rzeczywistość prawną w procedurze sądowej, ale dla obszaru ochrony zdrowia konieczne jest przyjęcie pewnych reinterpretacji, które zresztą są dokonywane w Narodowych Programach Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz innych aktach prawnych uchwalanych na podstawie tej ustawy.

### **Od chorób psychicznych do zaburzeń psychicznych, czyli zmiana języka**

Jak wspomniano powyżej w odniesieniu do zdrowia psychicznego termin *choroba* został wyparty przez termin *zaburzenie*. Termin *zaburzenie* jest używany w dwóch głównych klasyfikacjach psychiatrycznych. Są to:

(1) *Międzynarodowa klasyfikacja chorób*, nazywana ICD od angielskiej nazwy *International Classification of Diseases*, stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization [WHO]). Obecnie jest wprowadzana 11 edycja, czyli ICD-11 (World Health Organization, 2020).

(2) *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*, nazywane DSM od angielskiej nazwy *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, stworzone przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association [APA]). Najnowsza edycja to wydanie 5, czyli DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W przypadku DSM-5 już w tytule jest użyte określenie *zaburzenie*. W przypadku klasyfikacji ICD-11 dział dotyczący funkcjonowania psychicznego nosi tytuł *Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe*, przy czym należy zwrócić uwagę, że ICD jako całość jest klasyfikacją wszystkich chorób i problemów zdrowotnych (nie tylko tych związanych ze zdrowiem psychicznym). W Narodowych Programach Ochrony Zdrowia Psychicznego określenie *choroba* pojawia się jednak rzadko i zawsze w koniunkcji z zaburzeniami (*choroby i zaburzenia psychiczne*).

Warto podkreślić, że podział zaburzeń psychicznych w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r.* właściwie nie jest kontynuowany w różnych klasyfikacjach przyjmowanych przez Ministerstwo Zdrowia, które zasadniczo są oparte na klasyfikacji ICD. W Polsce obecnie jest to jeszcze ICD-10, choć trwają już przygotowania do wprowadzenia ICD-11. W *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych oraz w przygotowanych bazach danych – Mapy potrzeb zdrowotnych* (<https://basiw.mz.gov.pl>) wyróżnia się 14 rodzajów zaburzeń psychicznych zdefiniowanych jako *grupa rozpoznań ICD-10 wyodrębniona na podstawie wiedzy eksperckiej na potrzeby Departamentu Analiz i Strategii. Do zaburzeń psychicznych zaliczono rozpoznania ICD-10 F00-F99 (wraz z rozszerzeniami)*<sup>1</sup>. Wyróżnione tam kategorie to:

- 1) Zaburzenia lękowe
- 2) Zaburzenia nastroju
- 3) Zaburzenia organiczne
- 4) Zaburzenia odżywiania
- 5) Zaburzenia rozwoju psychologicznego
- 6) Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym
- 7) Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
- 8) Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych
- 9) Uzależnienia

---

<sup>1</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznienn/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznienn-dorosli/>





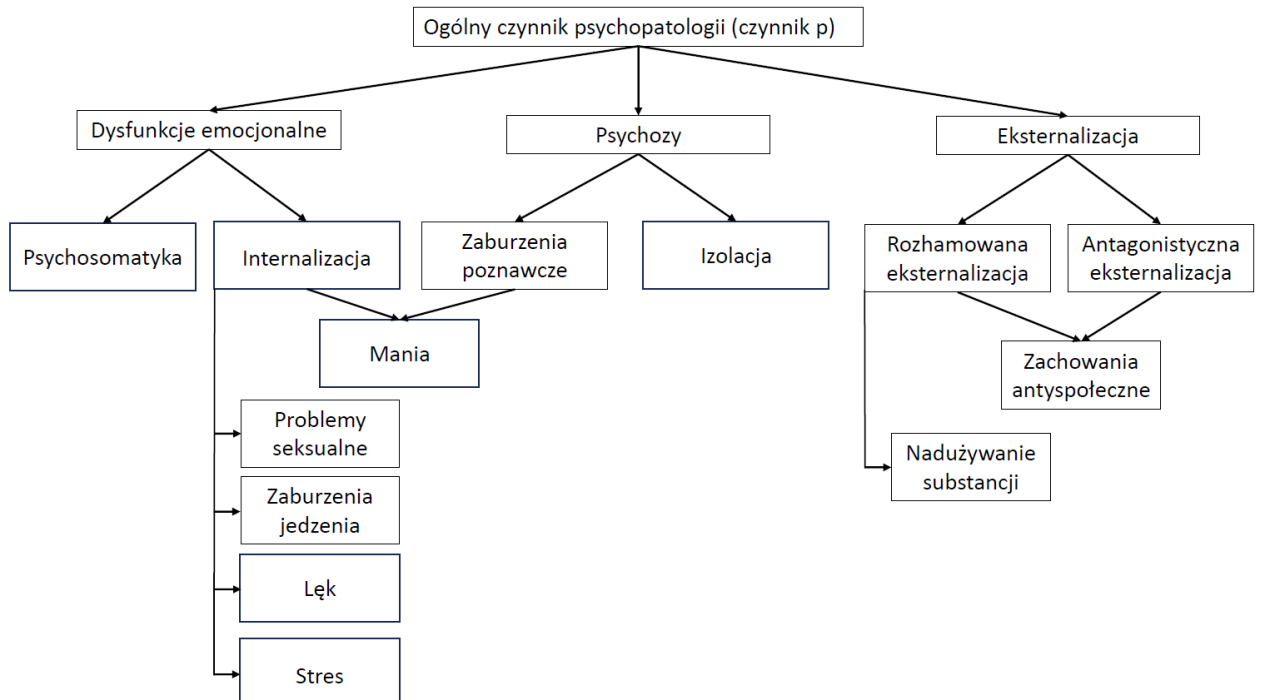
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 10) Schizofrenia
- 11) Psychozy inne niż schizofrenia
- 12) Niepełnosprawność intelektualna
- 13) Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
- 14) Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej.

Aktualnie w literaturze toczy się intensywna dyskusja na temat klasyfikacji jednostek psychopatologii. Taksonomią zyskującą obecnie coraz więcej zwolenników i będącą swego rodzaju integracją wielu dotychczasowych modeli jest tzw. hierarchiczna taksonomia psychopatologii, nazywana HiTOP od angielskiej nazwy *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*. Została ona przedstawiona na rysunku 1.

### Rysunek 1

*Hierarchiczna taksonomia psychopatologii wg modelu HiTOP na podstawie Kotov i in. (2021)*



**Od zaburzeń psychicznych do problemów psychicznych, czyli zmiana paradygmatu**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W literaturze (w tym również w *Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*) pojawia się określenie *problemy psychiczne*. Należy podkreślić, że problemy psychiczne są czasem dość precyzyjnie odróżniane od zaburzeń psychicznych. Na przykład w ICD-11 *problemy* osobowości są odróżnione od *zaburzeń* osobowości – zaburzenia są diagnozowane wówczas, gdy dysfunkcje utrzymują się dłużej oraz są bardziej nasilone niż w przypadku problemów.

Określenie *problemy* jako czegoś mniej nasilonego niż *zaburzenia* przywołuje kontekst zmiany paradygmatu, jaki obecnie zaczyna mieć miejsce w odniesieniu do diagnozy psychiatrycznej. Otóż we współczesnej literaturze (oraz coraz bardziej również w praktyce) stopniowo odchodzi się od myślenia kategorialnego na rzecz dymensjonalnego w odniesieniu do zjawisk psychopatologicznych. Podejście kategorialne całkowicie dominuje jeszcze w ICD-10 oraz DSM-4. Jednak najnowsze edycje obu klasyfikacji w różnych miejscach wprowadzają już elementy podejścia dymensjonalnego. Najbardziej spektakularnie jest to widoczne w ujęciu zaburzeń osobowości, ale to dymensjonalne podejście coraz bardziej przejawia się w całym myśleniu o diagnozie psychiatrycznej.

Istotą podejścia kategorialnego jest przypisanie danej osobie jednostki nozologicznej na podstawie stwierdzenia występowania pewnych symptomów. Jeśli na przykład u osoby występują jakieś objawy A, B i C, zostaje jej przypisana konkretna kategoria (nozologiczna) X, zgodnie z danym podręcznikiem klasyfikacji. Okazało się jednak, że w obszarze zaburzeń osobowości taka diagnoza powodowała wiele problemów, które zostały w ostatnich kilku dekadach opisane i udokumentowane na tyle dobrze, że DSM-5 zaproponowała także alternatywny, dymensjonalno-kategorialny model diagnozy, a ICD-11 model całkowicie dymensjonalny. Owe problemy istotne z punktu widzenia przesunięcia paradygmatu z kategorialnego na dymensjonalny to przede wszystkim (1) współwystępowanie wielu kategorii zaburzeń osobowości oraz (2) duże zróżnicowanie w ramach jednej kategorii zaburzenia osobowości. Pierwszy problem polega na tym, że często symptomy stwierdzone u pacjenta sugerowały przypisanie mu kilku nozologicznych jednostek zaburzeń osobowości. Kiedy współwystępowanie staje się bardzo częste, pojawia się wątpliwość, czy katalog nie jest zbyt szczegółowy. Skoro jednostki nozologiczne ze sobą współwystępują, to może

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

lepszym rozwiązaniem byłoby ich połączenie i stworzenie szerszych, bardziej pojemnych znaczeniowo kategorii. Tutaj jednak pojawia się drugi problem ze wskazanych powyżej. Nawet w dotychczas funkcjonujących kategoriach (zatem z perspektywy omówionego powyżej problemu – kategoriach zbyt wąskich), zauważalne było bardzo duże zróżnicowanie obrazów klinicznych osób z daną diagnozą kategorialną. Innymi słowy osoby z tą samą diagnozą nozologiczną funkcjonowały bardzo różnie. Dodatkowe poszerzenie kategorii zintensyfikowałoby ten problem (problem nr 2), a z kolei ich zawężenie zintensyfikowałoby problem nr 1. W takiej sytuacji oraz w obliczu jeszcze szeregu innych problemów z klasyfikacją kategorialną, których opis wykracza poza cele niniejszego rozdziału, DSM-5 zdecydowało się na wprowadzenie dwóch systemów diagnozy zaburzeń osobowości – tradycyjnej klasyfikacji kategorialnej oraz nowej dymensjonalno-kategorialnej. ICD-11 poszło o krok dalej i całkowicie zrezygnowało z klasyfikacji kategorialnej na rzecz dymensjonalnej w obszarze zaburzeń osobowości.

Diagnoza zaburzenia osobowości w ujęciu dymensjonalnym odbywa się zgodnie z DSM-5 oraz ICD-11 w dwóch zasadniczych krokach. W pierwszym kroku jest określone nasilenie zaburzenia funkcjonowania osobowości w podstawowych sferach, w których dobre funkcjonowanie jest oznaką zdrowia. W drugim kroku jest identyfikowany szczegółowy profil nasilenia patologicznych cech osobowości. Zarówno ogólne nasilenie zaburzenia, jak i każda z patologicznych cech są mierzone na skali od patologii do zdrowia, a każdy pacjent może mieć nieco inny profil patologicznych cech.

Zmiana paradygmatu z kategorialnego na dymensjonalny w modelowy sposób dokonała się w diagnozie zaburzeń osobowości w ICD-11. Ale Światowa Organizacja Zdrowia wykonuje jeszcze jeden krok w kierunku dymensjonalności w opisie w zasadzie wszystkich zaburzeń. Jest nim proponowana synchronizacja klasyfikacji ICD z ICF, czyli *Międzynarodową klasyfikacją funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health; World Health Organization, 2001)*. ICF jest zbiorem jednostek opisu, które w całościowy sposób opisują funkcjonowanie człowieka w kontekście zdrowia i niepełnosprawności. Funkcjonowanie każdego człowieka, niezależnie od przypisanej diagnozy, można opisać za pomocą tych jednostek oraz przypisanych im kodów,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

co w efekcie również generuje swego rodzaju profil funkcjonowania. Klasyfikacja ICF wyróżnia: (1) funkcje ciała, (2) struktury ciała, (3) aktywność i uczestniczenie oraz (4) czynniki kontekstowe. Funkcje ciała (z włączeniem funkcji psychicznych) to procesy fizjologiczne poszczególnych układów ciała. Struktury ciała odnoszą się do części anatomicznych, takich jak narządy, kończyny i ich elementy składowe. Aktywność i uczestniczenie opisują funkcjonowanie w różnych (możliwie wszystkich) obszarach życia. Aktywność definiowana jest jako wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania, a uczestniczenie – jako angażowanie się danej osoby w określone sytuacje. Aktywności i uczestniczenia mogą być ograniczone. Ograniczenia aktywności odnoszą się do trudności, jakie dana osoba może mieć w podejmowaniu działań, a ograniczenia uczestniczenia to problemy utrudniające danej osobie angażowanie się w różne sytuacje życiowe (World Health Organization, 2001). Z kolei czynniki kontekstowe opisują całość otoczenia, w którym żyje człowiek (czynniki środowiskowe) oraz indywidualne charakterystyki osoby (czynniki osobowe). Klasyfikacja ICF została dokładniej omówiona Pawlaka (2023), w tym tomie.

W konsekwencji opis funkcjonowania każdego człowieka – zarówno zdrowego, jak i chorego – odbywa się w podobnych jednostkach aktywności i uczestniczenia, niezależnie od przypisanej diagnozy. Jest tak, ponieważ w pewnych obszarach osoby z tą samą diagnozą mogą funkcjonować różnie, a w innych obszarach osoby z różnymi diagnozami mogą funkcjonować podobnie. Klasyfikacja ICF realizuje zatem na szeroką skalę myślenie dymensionalne. Co więcej, aktywność i uczestniczenie są zależne od funkcji i struktur ciała, choć nie są nimi zdeterminowane. Klasyfikacja ICF zawiera możliwość opisu nasilenia danego konkretnego problemu.

Myślenie dymensionalne sytuuje każdy problem na kontinuum zaburzenie/problem vs zdrowie, będące w interesującym nas tu kontekście zdrowiem psychicznym. Każde oddziaływanie ukierunkowane jest zatem nie na to, aby wyleczyć czy wyeliminować jakieś zaburzenie (paradygmat kategoryalny), ale na to, aby osoba przesunęła się na owym kontinuum w kierunku zdrowia (paradygmat dymensionalny). Owo przesunięcie oczywiście oznacza różne rzeczy w zależności od profilu aktywności i uczestniczenia oraz ułożenia na owym kontinuum. W przypadku ułożenia blisko negatywnego bieguna, zwykle oznacza

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ono mniej lub bardziej elementarne usamodzielnienie, często ze wsparciem środowiska, które również jest kategoryzowane w ICF. Jeśli samodzielne funkcjonowanie nie jest problemem, ruch następuje w kierunku lepszej jakości zdrowia psychicznego.

### **Zaburzenia psychiczne a niepełnosprawność intelektualna**

Jednym z trzech rodzajów zaburzeń wyróżnionych w ustawie z 1994 r. były upośledzenia umysłowe. Termin *upośledzenie* jeszcze funkcjonował w ICD-10, czyli poprzedniej edycji, ale obecnie przestał być używany ze względu na swój zbyt stygmatyzujący i zawierający ładunek negatywnej oceny charakter. W ICD-11 zastąpiono go określeniem *zaburzenie rozwoju intelektualnego*, ale częściej używane jest pojęcie *niepełnosprawność intelektualna*, używane również w DSM-5.

W modelu HiTOP zasadniczo nie ma wyróżnionej niepełnosprawności intelektualnej, która – wraz z autyzmem, ADHD, zaburzeniami mowy i komunikacji oraz specyficznymi zaburzeniami uczenia się, czytania i pisania (np. dysleksją) – włączana jest w grupę zaburzeń rozwoju, jako taką nieobecną w HiTOP (por. Grzegorzewska i in., 2020).

Z kolei w przywołanym powyżej *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r.*, zawierającym klasyfikację zaburzeń znajdują się *zaburzenia rozwoju psychologicznego* oraz *niepełnosprawność intelektualna* jako osobne kategorie. Są to zarazem w zasadzie jedyne kategorie, które nie mają swoich odpowiedników w HiTOP.

Podsumowując, zaburzenia rozwoju oraz niepełnosprawność intelektualna pojawiają się w niektórych modelach i klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, ale są też takie modele, w których się nie pojawiają. Z perspektywy oddziaływań mających na celu terapię zaburzeń, niepełnosprawność intelektualna przynależy raczej do kategorii niepełnosprawności, ponieważ nie jest leczona, a oddziaływania raczej dotyczą usprawnienia funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością intelektualną niż leczenia jej przyczyny.

### **Zaburzenia psychiczne a zaburzenia poznawcze**

Zaburzenia poznawcze są często wyróżnianą oddzielną klasą zaburzeń psychicznych. Ich istota polega na nieprawidłowościach w przebiegu i treści procesów poznawczych,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

skutkujących nieadekwatnym spostrzeganiem, doświadczaniem i oceną rzeczywistości (otoczenia, relacji z innymi, własnej osoby). Zaburzenia te są zwykle klasyfikowane w ramach *chorób/zaburzeń psychotycznych* lub *psychoz* i wyróżniane zarówno w klasyfikacjach ICD, DSM, jak i w art. 3 *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, w *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych*, czy w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 16 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*. W tym ostatnim dokumencie w ramach zaburzeń poznawczych klasyfikuje się zaburzenia spostrzegania, myślenia, pamięci, uwagi, funkcji wykonawczych, a także omówioną wyżej niepełnosprawność intelektualną.

Pomimo tego, że zaburzenia poznawcze wydają się homogeniczną i spójną klasą psychopatologii, to jednak w ich ujmowaniu nie brakuje różnic i kontrowersji. Wiele klasyfikacji obok dysregulacji poznawczych (np. nietypowe przekonania) włącza w ich ramy także elementy behawioralne (np. ekscentryczność) i społeczne (zob. American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020). W klasyfikacji psychopatologii HiTOP psychozy są jedną z trzech kategorii na drugim poziomie hierarchicznej struktury – obok problemów eksternalizacyjnych i internalizacyjnych. Na niższym poziomie hierarchii w skład psychoz wchodzi w tej klasyfikacji zaburzenia myślenia oraz izolacja, jednak izolacja w innych klasyfikacjach pojawia się również jako składnik problemów internalizacyjnych. Jedną z przyczyn tych niejasności może być to, że wiele zakłóceń poznawczych (np. zaburzenia treści myślenia, uwagi lub funkcji wykonawczych) może mieć podłoże emocjonalno-afektywne. Ponadto, jak to zostanie omówione poniżej, definiowanie zdrowia w kategoriach pozytywnych zwykle opisuje społeczno-emocjonalne funkcjonowanie człowieka, nie wymieniając wprost funkcjonowania poznawczego, ale w pewnym sensie zakładając, że zaburzenia poznawcze prowadzą również do zaburzeń w funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym. Z perspektywy terapii należy przyjąć, że zaburzenia poznawcze mogą być przyczyną zaburzeń emocjonalno-społecznych, zatem zaburzenia poznawcze należy zdiagnozować, wziąć pod uwagę, a w szczególności poddać leczeniu, zwykle w większym zakresie farmakologicznemu niż w przypadku zaburzeń emocjonalno-społecznych.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Zdrowie psychiczne definiowane pozytywnie

Powyżej zostały poddane analizie różne kategorie opisujące brak zdrowia psychicznego. Należy jednak podkreślić, że w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia, która jest autorem zarówno ICD, jak i ICF, zdrowie psychiczne nie jest jedynie brakiem choroby, ale zawiera szereg charakterystyk pozytywnych. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje bowiem zdrowie psychiczne jako *psychiczny dobrostan, który sprawia, że osoba radzi sobie ze stresami życiowymi, realizuje swój potencjał, potrafi uczyć się i pracować oraz wnieść wkład do swojej społeczności*<sup>2</sup>. Zdrowie psychiczne jest zatem zdefiniowane nie jako brak czegoś (choroby, zaburzenia czy problemu), ale jako obecność pewnych istotnych elementów (określonych jako dobrostan). Co więcej, definicja ta wskazuje dwie grupy owych elementów, będących swego rodzaju filarami dobrostanu: związane z ja (realizacja własnego potencjału) oraz związane z relacjami społecznymi (wkład do własnej społeczności). Zdrowie psychiczne w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia, będące pozytywnym biegunem kontinuum brak zdrowia – zdrowie, ma zatem dość bogatą charakterystykę pozytywną. Warto podkreślić, że w tej definicji nie ma aspektu niepełnosprawności intelektualnej, w związku z czym o zdrowiu psychicznym w tym ujęciu można mówić niezależnie od poziomu (nie)pełnosprawności intelektualnej, choć oczywiście znaczenie tak rozumianego zdrowia zwiększa się w miarę oddalania od skrajnego bieguna niepełnosprawności. Nie ma też mowy wprost o funkcjonowaniu bez zaburzeń poznawczych, choć opis funkcjonowania w gruncie rzeczy brak takich zaburzeń zakłada.

Uznanie dobrostanu za kategorię definicyjną zdrowia może w pierwszej chwili zaskakiwać, a może nawet skłaniać do niezgody. Należy zatem dobrze zrozumieć, czym jest, a czym nie jest dobrostan. Zagadnienie to jest intensywnie badane w ramach tzw. psychologii pozytywnej, gdzie istnieje wiele modeli dobrostanu (przeгляд w: Karaś, 2019). Najogólniej rzecz biorąc, dobrostan bywa w literaturze ujmowany na dwa sposoby: hedonistyczny lub eudajmonistyczny. Dobrostan w ujęciu hedonistycznym jest redukowany do pozytywnych

---

<sup>2</sup> Tłumaczenie własne; pobrane z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

emocji, zadowolenia z życia i dobrego samopoczucia. Natomiast w ujęciu eudajmonistycznym wszystkie te elementy są raczej efektem ubocznym dobrostanu, który jednak jest czymś innym i czymś więcej. Jest realizacją Arystotelesowskiej eudajmonii, czyli rozwoju pełni człowieka i Arystotelesowskiej cnoty. Określeniem bliskim dobrostanowi w takim ujęciu jest szczęście, ale rozumiane klasycznie i nieredukowane do subiektywnych doświadczeń, które mogą być jedynie pochodną prawdziwego szczęścia. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia wyraźnie sytuuje się w nurcie eudajmonistycznym, ponieważ nie ma w niej nic o subiektywnych odczuciach, ale jest wiele o rozwoju potencjału, nauce, pracy i wkładzie w społeczeństwo.

## **Dymensjonalny model zdrowia psychicznego i problemów ze zdrowiem psychicznym**

### **Podstawowe wymiary zdrowia psychicznego**

Cieciuch i in. (2023) zaproponowali model zdrowia psychicznego, który (1) jest oparty na wymienionych powyżej dwóch filarach zdrowia psychicznego z definicji Światowej Organizacji Zdrowia, (2) realizuje ideę dymensjonalności oraz (3) jest swego rodzaju alternatywną i porządkującą propozycją wobec omówionego powyżej modelu psychopatologii HiTOP (Kotov i in., 2021). Model Cieciucha i in. (2023) został wprowadzie zaproponowany do systematycznego opisu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, ale jego zastosowanie jest szersze i równie dobrze można go zastosować do opisu zdrowia psychicznego dorosłych.

Istotę modelu Cieciucha i in. (2023) można omówić, wychodząc od dwóch filarów zdrowia psychicznego ujętego jako dobrostan zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia. Jeśli filary te potraktować jako wymiary (zgodnie z podejściem dymensjonalnym) oraz przyjąć, że są to wymiary od siebie niezależne, to uzyskujemy układ zaprezentowany na rysunku 2. Wysokie nasilenie obu wymiarów oznacza dobrostan, czyli zdrowie psychiczne wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia.

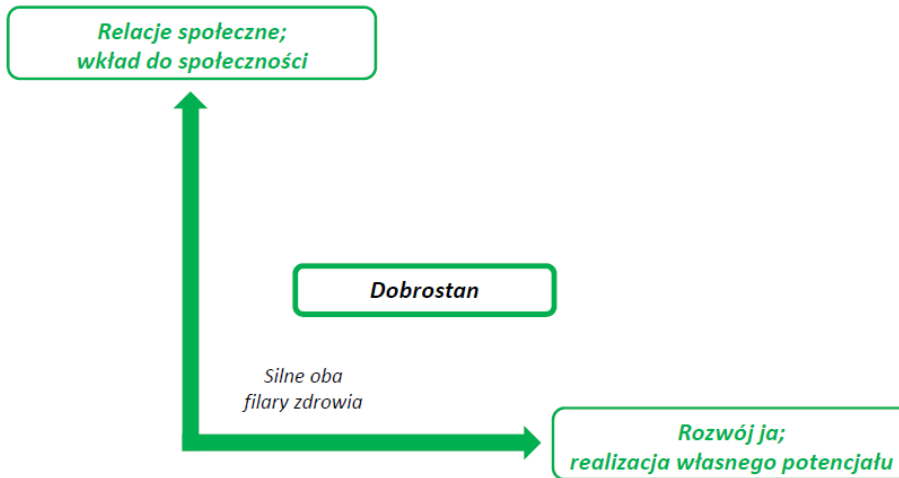
## **Rysunek 2**

*Dwa filary dobrostanu jako zdrowia psychicznego*





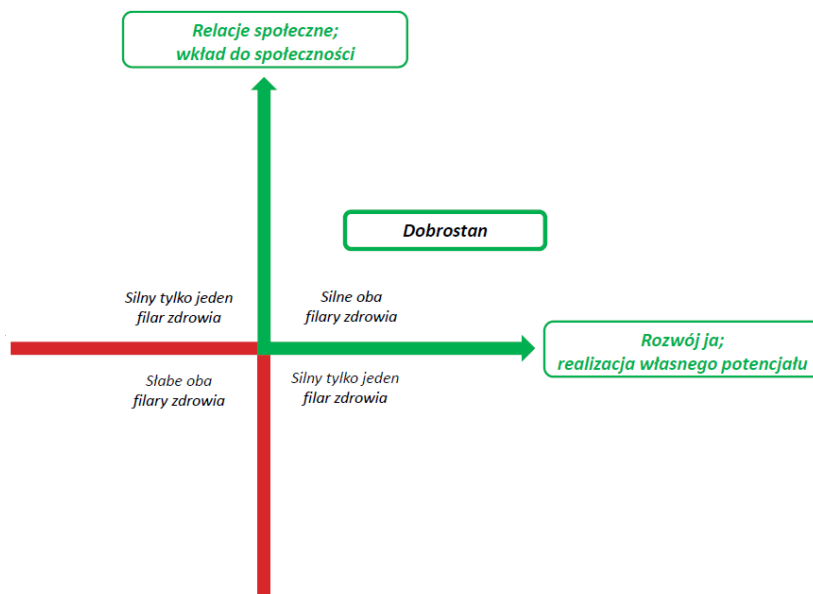
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)



Przyjęcie paradygmatu dymensjonalnego, oznaczającego ujęcie obu filarów jako dymensji, pozwala potraktować ich negatywne bieguny jako opisujących wystąpienie określonych problemów psychicznych, tak jak to zostało przedstawione na rysunku 3.

### Rysunek 3

Filary zdrowia psychicznego z definicji Światowej Organizacji Zdrowia w ujęciu dymensjonalnym

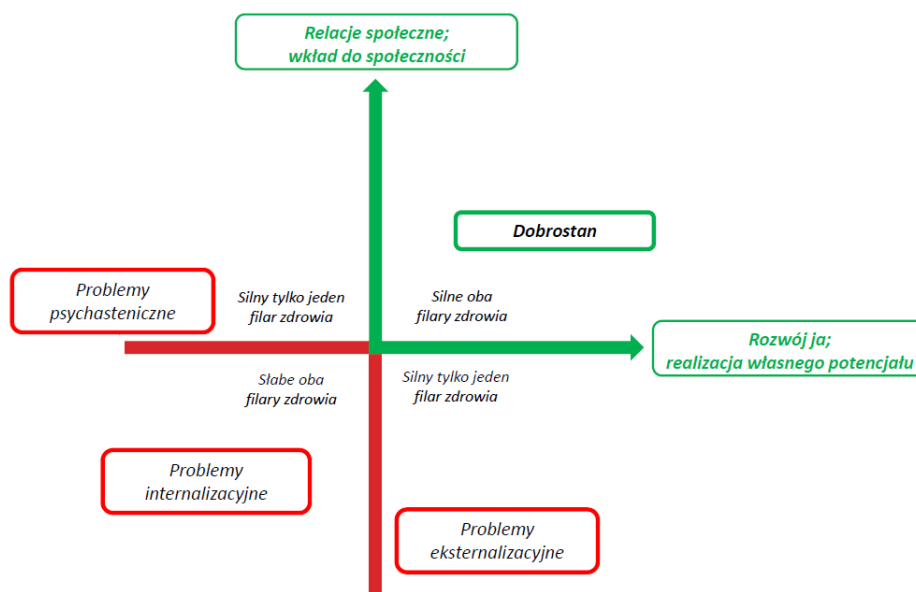


Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Zgodnie z matrycą przedstawioną na rysunku 3, dobrostan jest budowany na dwóch filarach zdrowia psychicznego – (1) rozwoju ja i własnego potencjału oraz (2) relacjach społecznych i wkładzie do społeczności. Tak rozumiany dobrostan można rozumieć także w kategoriach zasobów wewnętrznych jednostki, które nie tylko stanowią o zdrowiu psychicznym, ale także zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychicznych. Optymalna sytuacja dobrostanu wymaga silnych obu filarów, chociaż jeden z nich może być silniejszy od drugiego, stanowiąc główne oparcie zdrowia psychicznego danej osoby. Jeśli jednak silny jest tylko jeden z filarów, a drugi jest słaby, rozpoczyna się obszar zagrożenia problemami. Matryca kontinuum dwóch wymiarów zdrowia psychicznego umożliwia wyróżnienie trzech rodzajów problemów: eksternalizacyjnych, internalizacyjnych i psychastenicznych. Zostały one przedstawione na rysunku 4. Warto podkreślić, że te problemy zostały wymienione w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 16 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*.

#### Rysunek 4

Model dobrostanu i problemów



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Problemy eksternalizacyjne pojawiają się wówczas, gdy silny jest tylko filar osobisty (rozwój ja), a filar społeczny (relacje) jest słaby. Są to problemy behawioralne polegające na częstym przejawianiu zachowań agresywnych, antyspołecznych, ryzykownych; braku panowania nad własnym zachowaniem. Problemy te odpowiadają problemom eksternalizacyjnym z modelu HiTOP.

Problemy internalizacyjne pojawiają się wówczas, gdy oba filary zdrowia psychicznego są słabe. Są to problemy emocjonalne polegające na częstym, długotrwałym i silnym doświadczaniu negatywnych emocji (m.in. lęku, wstydu, podejrzliwości) oraz niskiego poczucia własnej wartości. Ten rodzaj problemów odpowiada problemom internalizacyjnym z modelu HiTOP.

Problemy psychasteniczne pojawiają się wówczas, gdy filar społeczny (relacyjny) jest silny, ale filar osobisty (rozwój ja) jest słaby. Są to problemy motywacyjne polegające na bierności, zahamowaniach, nadmiernej zależności od innych, sztywnych schematach myślenia i działania, w tym fiksacji na szczegółach. Nie mają one wyraźnego odpowiednika w modelu HiTOP, choć ich elementy pojawiają się w różnych miejscach tego modelu.

W kontekście opisanych powyżej relacji między zdrowiem psychicznym i niepełnosprawnością intelektualną oraz zaburzeniami poznawczymi należy poczynić dwie uwagi. Po pierwsze, model ten opisuje zdrowie psychiczne również osób z niepełnosprawnością intelektualną. Po drugie, model ten nie uwzględnia wprost zaburzeń poznawczych, choć uwzględnia zaburzenia funkcjonowania emocjonalno-społecznego, które mogą być ich efektem lub podłożem. W związku z tym, precyzyjnie rzecz biorąc, opisuje on model zdrowia psychicznego rozumianego jako zdrowie emocjonalno-społeczne, co z jednej strony jest zawężeniem szerokiego rozumienia zdrowia psychicznego, ale z drugiej strony wyczerpuje w pełni przywołaną powyżej definicję zdrowia psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia.

### **Aspekty dobrostanu oraz trzech rodzajów problemów psychicznych**

W każdej grupie problemów oraz dobrostanie Ciecuch i in. (2023) wyróżnili po trzy szczegółowe aspekty. W tabeli 1 znajdują się definicje wyróżnionych aspektów. Te trzy grupy

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

problemów (eksternalizacyjne, internalizacyjne i psychasteniczne) zostały wymienione w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 16 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*, a Narodowy Fundusz Zdrowia opracował techniczny moduł do sprawozdawania diagnozy również z dziewięciu aspektów wyróżnionych w omawianym modelu.

**Tabela 1**

*Definicje aspektów zdrowia psychicznego i problemów ze zdrowiem psychicznym*

Zmienna	Definicja
<b>Dobrostan społeczny</b>	Dobre przystosowanie społeczne; relacje interpersonalne satysfakcjonujące obie strony.
<b>Dobrostan holistyczny</b>	Satysfakcja z życia; poczucie sensu; odczuwanie spokoju, zadowolenia, szczęścia.
<b>Dobrostan osobisty</b>	Pozytywny stosunek do siebie, swoich kompetencji i efektów własnych działań; poczucie rozwoju i samorealizacji; entuzjazm i fascynacja podejmowanymi działaniami.
<b>Nadaktywność i impulsywność</b>	Nadpobudliwość psychoruchowa, impulsywność; problemy z koncentracją uwagi (o podłożu energetycznym, a nie poznawczym); tendencja do skupiania uwagi innych na sobie.
<b>Agresja bezpośrednia</b>	Niekontrolowane ekspresje gniewu i złości; zachowania jawnie agresywne (zarówno w stosunku do osób, jak i przedmiotów); wchodzenie w kłótnie i konflikty.
<b>Zachowania antyspołeczne</b>	Naruszanie reguł i norm społecznych (np. kłamstwo, oszustwo, kradzież); lekceważenie zobowiązań społecznych; wykorzystywanie innych lub manipulowanie nimi.
<b>Nieufność-ksobność</b>	Ukryta wrogość, podejrzliwość i zazdrość wobec innych osób; nastawienie ksobne; doświadczanie poczucia krzywdy i upokorzenia.
<b>Lęk-depresja</b>	Lęk, niepokój, napięcie psychiczne; zamartwianie się i przygnębienie; ruminacje przeszłych przykrości i silne obawy związane z wydarzeniami przyszłymi.
<b>Zahamowanie społeczne</b>	Lęk społeczny, wycofywanie się lub unikanie kontaktu z innymi; obawy przed ośmieszeniem się; poczucie bycia kimś gorszym od innych i nie lubianym.
<b>Anhedonia</b>	Niski poziom pozytywnego afektu; deficyty odczuwania przyjemności oraz deficyty energetyczne; unikanie aktywności, bierność, apatia.
<b>Submisyjność</b>	Nadmierna zależność od osób znaczących, rówieśników lub grupy; nadmierne zabieganie o akceptację innych, podporządkowywanie się i dostosowywanie się do ich oczekiwań.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

**Kompulsywność** Szttywność w zachowaniu; nadmierna skłonność do porządku oraz perfekcjonizmu (wygórowane wymagania, fiksacja na poprawności i eliminacji błędów).

---

## **Operacjonalizacja modelu podstawowych wymiarów zdrowia psychicznego w Modelu Objawy–Kompetencje–Cechy**

Wszystkie omówione powyżej grupy problemów psychicznych oraz dobrostan wraz z ich aspektami są możliwe do pomiaru za pomocą baterii narzędzi diagnostycznych przygotowanych przez Ciecucha i in. (2023). Narzędzia pozwalają na pomiaru tych zmiennych u osób w wieku od 4 do 25 roku życia. Narzędzia są dostosowane do wieku osób badanych i są przygotowane specjalne wersje dla osób w wieku 4–6, 7–9, 10–12, 12–15 oraz 16–25. Możliwy jest pomiar za pomocą opisu przez obserwatora (rodzica lub nauczyciela) oraz samoopisu (od 7 roku życia). Narzędzia są dostępne w wersji papierowej oraz elektronicznej w specjalnie przygotowanej aplikacji. Używanie narzędzi jest bezpłatne, a dostępu do aplikacji udziela Ośrodek Rozwoju Edukacji po podpisaniu odpowiedniego porozumienia oraz przeszkoleniu użytkowników.

Opisany wyżej model zdrowia psychicznego i problemów jest elementem większego modelu Objawy–Kompetencje–Cechy (OKC; Ciecuch i in., 2023). Jest to model osobowości, który integruje współczesną wiedzę z zakresu psychologii osobowości w taki sposób, aby mógł być wykorzystywany w praktyce psychologicznej. Model został skonstruowany do psychologicznego wsparcia dzieci i młodzieży, ale może on być stosowany również w odniesieniu do dorosłych. W modelu wyróżnione są trzy warstwy osobowości, wskazane w jego tytule. Są to: (1) Objawy dobrostanu i problemów, (2) Kompetencje osobowościowe oraz (3) Cechy temperamentu. Zidentyfikowane w pierwszej warstwie Objawy problemów mogą mieć swoje źródło w dwóch kolejnych warstwach. Kluczowa różnica między nimi (Kompetencjami a Cechami) polega na podatności na oddziaływania. Kompetencje osobowościowe warunkują poziom zdrowia psychicznego i są możliwe do kształtowania. W modelu OKC wyróżniono kompetencje samoregulacyjne (dotyczące sfery zadaniowej funkcjonowania) oraz kompetencje emocjonalno-społeczne (odnoszące się do sfery interpersonalnej). Z kolei Cechy temperamentu są raczej stałe i niepodatne na interwencje

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

czy modyfikacje. Zarazem jednak wiedza o profilu temperamentalnym danej osoby pozwala lepiej dobrać oddziaływania nakierowane na kształcenie Kompetencji osobowościowych, aby zoptymalizować skuteczność tych oddziaływań. Wyróżnione w modelu OKC Cechy temperamentu są aspektami dwóch podstawowych wymiarów: reaktywności oraz aktywności. Wszystkie wymienione zmienne są możliwe do pomiaru za pomocą Baterii Objawy–Kompetencje–Cechy (Cieciuch i in., 2023).

### **Praktyczne zastosowania modelu w podmiotach świadczących usługi psychologiczne**

Model podstawowych wymiarów zdrowia psychicznego, czyli warstwa Objawów z Modelu Objawy–Kompetencje–Cechy, może być wykorzystywany w obszarze świadczenia usług psychologicznych na trzy sposoby: (1) do badań przesiewowych, (2) do diagnozy indywidualnej oraz (3) do ewaluacji skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Szczególnym miejscem, gdzie wszystkie te sposoby mogą być wykorzystywane wydają się Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego.

**Wykorzystanie modelu do badań przesiewowych** polega na wykorzystaniu narzędzi mierzących objawy dobrostanu i problemów do badań dużych grup – np. klasy, szkoły czy zbioru szkół. Mierzone są wówczas zmienne wymienione i zdefiniowane w tabeli 1 jako objawy zdrowia psychicznego, tj. dobrostanu oraz problemów. Pomiar umożliwia zidentyfikowanie osób przejawiających dane problemy lub wykazujących ryzyko ich wystąpienia, aby podjąć wczesną interwencję lub działania profilaktyczne. Takie wykorzystanie w badaniach przesiewowych jest aktualnie prowadzone w projekcie *Szkoła dostępna dla wszystkich*, realizowanym przez Instytut Badań Edukacyjnych we współpracy z UNICEF (strona projektu: <https://www.ibe.edu.pl/index.php/pl/szkola-dostepna-dla-wszystkich-opis-projektu>).

**Wykorzystanie modelu do diagnozy indywidualnej** polega na interpretacji mierzonych objawów jako wskaźników patomechanizmów. Problemy zidentyfikowane w modelu można zasadniczo interpretować na dwa sposoby. Pierwszy polega na interpretacji wyróżnionych zmiennych jako objawów psychopatologii, a drugi – jako wskaźników działania mechanizmów leżących u podłoża psychopatologii. Wyróżnione trzy grupy problemów

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

korespondują z ogólnymi kategoriami wyróżnionymi w HiTOP (Kotov i in., 2021), choć nie korespondują z klasyfikacją z *Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r.* Należy jednak podkreślić, że klasyfikacja Ministerstwa Zdrowia jest katalogiem, który nie odzwierciedla stanu wiedzy naukowej na temat wyróżnianych konstruktów. Zaburzenia psychiczne są definiowane przez Ministra Zdrowia jako *grupa rozpoznań ICD-10 wyodrębniona na podstawie wiedzy eksperckiej na potrzeby Departamentu Analiz i Strategii*. Takie określenie explicite stwierdza, że katalog jest tworzony nie wg kryteriów naukowych, ale logistyczno-organizacyjnych. W związku z tym diagnoza każdego z zaburzeń z listy Ministerstwa Zdrowia może wykorzystać opisywany tu model podstawowych wymiarów zdrowia psychicznego i jego braku, który jest wywiedziony z aktualnej literatury naukowej, do lepszego zrozumienia uwarunkowań i istoty deficytów zdrowia.

Przykładami kategorii zaburzeń psychicznych ujętych w *Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r.*, których objawy i/lub patomechanizmy można uchwycić w ramach zaprezentowanego powyżej modelu zdrowia psychicznego są zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych czy uzależnienia. Aby lepiej opisać istoty deficytów zdrowia w tych zaburzeniach można wykorzystać sieć 12 szczegółowych aspektów problemów eksternalizacyjnych, internalizacyjnych i psychastenicznych oraz ich interpretację jako deficytów dwóch podstawowych filarów zdrowia psychicznego konstytuujących zdrowie psychiczne (rozwój ja i realizacja własnego potencjału oraz relacje i wkład do społeczności). Pozostałe kategorie zaburzeń psychicznych z *Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r.* – na przykład zaburzenia nastroju, organiczne, schizofrenia, psychozy inne niż schizofrenia, niepełnosprawność intelektualna czy zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi można potraktować jako związane z obszarami tworzącymi podstawowy kontekst czy fundamentalne warunki zdrowia psychicznego. Niemniej również w przypadku tych zaburzeń obraz objawowy jest zwykle w istotnej części także natury emocjonalno-społecznej, a diagnoza i budowanie zasobów rozumianych w kategoriach pozytywnie definiowanego zdrowia psychicznego (czyli dobrostanu osobistego i



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

społecznego) powinny być (przynajmniej) jednym z dalekosiężnie formułowanych celów interwencji terapeutycznych. Zatem także w tych przypadkach zaproponowany tu model zdrowia psychicznego wydaje się adekwatny i użyteczny.

**Wykorzystanie modelu do ewaluacji oddziaływań terapeutycznych** polega na porównaniu wyników w zakresie nasilenia objawów problemów psychicznych oraz dobrostanu uzyskanych przed i po oddziaływaniu. Ze względu na to, że pomiar objawów dobrostanu i problemów z Modelu Objawy–Kompetencje–Cechy koncentruje się na zachowaniach ograniczonych czasowo (np. ostatni miesiąc), możliwe jest monitorowanie zmian, jakie zachodzą w obrazie klinicznym (profilu objawów) czy zachowaniu pacjentów w trakcie uzyskiwanego wsparcia lub po nim.

### Zakończenie

Zaprezentowany w tym rozdziale dymensjonalny model dobrostanu i trzech głównych rodzajów problemów psychicznych został wywiedziony z aktualnej literatury naukowej i skonceptualizowany w taki sposób, aby mógł opisywać zdrowie psychiczne zarówno dzieci, jak i dorosłych. Dodatkowo została przeprowadzona jego operacjonalizacja dla dzieci i młodzieży. Model ten ujmuje centralne wymiary pozytywnie zdefiniowanego zdrowia psychicznego oraz jego deficytów, a więc dotyczy samej istoty zdrowia psychicznego tak, jak je definiuje Światowa Organizacja Zdrowia. Opisuje on zarówno aspekty braku zdrowia psychicznego, czyli zaburzenia, jak i zdrowie psychiczne, czyli dobrostan w jednym modelu dymensjonalnym. Ujmuje on więc nie tylko deficyty osoby potrzebującej, ale również zasoby, które można wykorzystać w terapii. Dodatkowym atutem takiej konstrukcji modelu jest to, że może on być teoretyczną ramą nie tylko oddziaływań diagnostycznych i terapeutycznych, ale również profilaktycznych. Dzięki temu umożliwia oddziaływania nie tylko wtedy, kiedy zdrowia zabraknie, ale również wtedy, kiedy jeszcze jest, ale można je wzmocnić, aby jak najdłużej trwało.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Cieciuch, J., Strus, W., Skimina, E., Ponikiewska, K., Rogoza, R., Topolewska-Siedzik, E., Skoczeń, I., Rymarczyk, K., Jasiński, B. (2023). *Objawy–Kompetencje–Cechy. Całościowa diagnoza osobowości. Koncepcja i pomiar*. Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Grzegorzewska, I., Cierpiatkowska, L., Borkowska, A. (red.). (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Karaś, D. (2019). Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 19(2), 5–23. <https://doi.org/10.21697/sp.2019.19.2.01>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- World Health Organization (2001). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- World Health Organization (2020). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. <https://icd.who.int/en>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Model deinstytucjonalizacji usług publicznych w obszarze zdrowia psychicznego**

Jan Ciecuch

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;

janciecuch@gmail.com

Tomasz Rowiński

Szkoła Główna Handlowa - ThinkTank#SGH dla ochrony zdrowia, Instytut Psychiatrii i

Neurologii, tomasz.rowinski@gmail.com

### **Streszczenie**

Rozdział prezentuje nowe podejście do procesu deinstytucjonalizacji w Polsce. Jest to propozycja, która wychodzi poza alternatywę: rozwój usług środowiskowych i likwidacja instytucji pomocowych lub likwidacja usług środowiskowych i utrzymanie w nieuzmiennionej formie instytucji pomocowych. W aktualnej sytuacji rozwoju usług publicznych w Polsce ten dylemat jest nieprawdziwy. Można procesy deinstytucjonalizacji prowadzić w innym paradygmacie zakładając, że potencjał instytucji powinien ostatecznie służyć dobru jej Beneficjentów. Zdrowie psychiczne definiowane jako dwa kluczowe wymiary można przełożyć na konkretny model operacyjny deinstytucjonalizacji. Tradycyjnie będą to usługi środowiskowe blisko Beneficjentów/Pacjentów oraz współpraca międzysektorowa, która wymaga tworzenia sieci lokalnych podmiotów działających na rzecz zdrowienia Beneficjentów.

**Słowa kluczowe:** deinstytucjonalizacja, model, koordynacja, usługi środowiskowe

### **Wprowadzenie**

Światowa Organizacja Zdrowia (2021) w swoich rekomendacjach wskazuje, że instytucjonalizacja usług publicznych dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi zawiodła. Przepaść pomiędzy potrzebami w tym obszarze a zinstytucjonalizowanymi formami usług publicznych wynosi od 30% do 50% w krajach rozwiniętych. W swoich rekomendacjach zobowiązuje państwa członkowskie do wdrażania planu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

deinstytucjonalizacji usług dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi podkreślając aspekty ekonomiczne i prawocłowiecze.

### **Definicja deinstytucjonalizacji**

Deinstytucjonalizacja bywa definiowana i rozumiana różnie. Czy deinstytucjonalizacja jest zamykanie instytucji pobytu całodobowego? Czy też transformacja tych instytucji? Czy być może rozwój usług w środowisku lokalnym pomimo istnienia różnych instytucji? Warto zwrócić uwagę, że samo pojęcie *deinstytucjonalizacja* sugeruje definicję przez negację (ze względu na przedimek *de-*), czyli proces przejścia od opieki instytucjonalnej do innych form. W kontekście zdrowia psychicznego oznacza to zastępowanie szpitali (lub innych dużych instytucji) wsparciem w środowisku chorego, przy czym sama nazwa skupia się na raczej na negacji instytucji niż pozytywnej propozycji, co miałyby owe instytucje zastąpić. Nieco wbrew etymologii nazwy pozytywne definicje deinstytucjonalizacji skupiają się z kolei na owej pozytywnej propozycji form opieki i wsparcia, które miałyby zastąpić instytucje lub je przekształcić, a które mają odbywać się blisko zamieszkania pacjenta, w jego naturalnym środowisku, a co można nazwać *środowiskowością*. Jak pokazała historia wdrażania modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (model bielański), aby było to możliwe, konieczna jest współpraca różnych instytucji funkcjonujących w bliższym i dalszym środowisku osoby potrzebującej pomocy psychologicznej, medycznej czy wsparcia społecznego. W szczególności istotna jest współpraca instytucji z obszaru polityki społecznej, zdrowia oraz edukacji. Ten warunek nazywamy *międzysektorowością* i rozumiemy jako współpracę instytucji, w tym również instytucji podległych różnym resortom, dzięki czemu zasoby z różnych źródeł stają się usieciowione i podporządkowane rzeczywistym potrzebom świadczeniobiorców, a nie realizacją programu wyizolowanych instytucji.

Cele tak rozumianej deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia psychicznego są dwojakiego rodzaju. Pierwszym celem jest zapewnienie takiego wsparcia, które pozwala pomóc osobie na wczesnym etapie kryzysu, tak aby w ogóle nie musiała ona trafiać do szpitala w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia (utrzymanie leczenia w środowisku lokalnym przy optymalizacji wykorzystania zasobów kadrowych). Drugim celem jest zapewnienie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja zasną na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wsparcia po pobycie w szpitalu, jeśli jest ono konieczne (bo czasem szpital jest konieczny). Ta kwestia jest dość często podejmowana w różnych analizach i raportach, w których wskazuje się problem dyskontynuacji leczenia i wsparcia, często z powodu braku odpowiednich zasobów w środowisku pacjenta opuszczającego szpital, a także z powodu braku prawnej możliwości koordynacji pomiędzy szpitalem czy instytucją okresowego wsparcia całodobowego a środowiskiem pacjenta/beneficjenta.

W związku z tym (*de*)instytucjonalizację usług można opisać na dwóch niezależnych wymiarach: środowiskowości oraz międzysektorowości.

Wymiar środowiskowości rozciąga się od bieguna usług stacjonarnych do bieguna usług realizowanych wyłącznie poza podmiotem leczniczym, społecznym czy oświaty, tzw. Usługi wychodzące. *Usługi stacjonarne* to świadczenia zorganizowane w formule zamkniętej przestrzeni, w której beneficjenci tych usług mieszkają całą dobę, ich życie jest regulowane w całości przez rozporządzenia i zarządzenia instytucji centralnych, programy opieki lub leczenia. Wspólna przestrzeń jest dzielona przez personel (miejsce pracy) oraz odbiorców usług stacjonarnych (długookresowy lub tymczasowy pobyt). *Usługi wychodzące* to świadczenia zorganizowane w formule domowej lub pozainstytucjonalnej opieki. Miejszem ich udzielania jest środowisko lokalne, w tym podmioty oświaty lub miejsce zamieszkania odbiorców. Personel świadczący te usługi realizuje je poza siedzibą podmiotu leczniczego, w miejscu pobytu odbiorcy lub w jego środowisku lokalnym (np. w przypadku dzieci – na podwórku lub w szkole).

Wymiar międzysektorowości rozciąga się od usług wyizolowanych do usług usieciowionych. *Usługi wyizolowane* to usługi realizowane „punktowo”, bez włączenia innych zasobów środowiska lokalnego odbiorcy lub wspólnej realizacji (np. na zasadzie uzupełniania się) instytucji włączających się w proces wsparcia/leczenia. Są one realizowane w sposób uniemożliwiający przepływ informacji pomiędzy różnymi podmiotami wsparcia w ramach planu wsparcia/leczenia. Realizatorzy tych usług nie uwzględniają innych form wsparcia, które odbiorca otrzymuje lub może otrzymywać. Personel specjalistyczny/medyczny nie podejmuje inicjatywy w celu skoordynowania oddziaływań, optymalizacji własnej pracy. *Usługi usieciowione* to usługi uwzględniające istniejące zasoby w

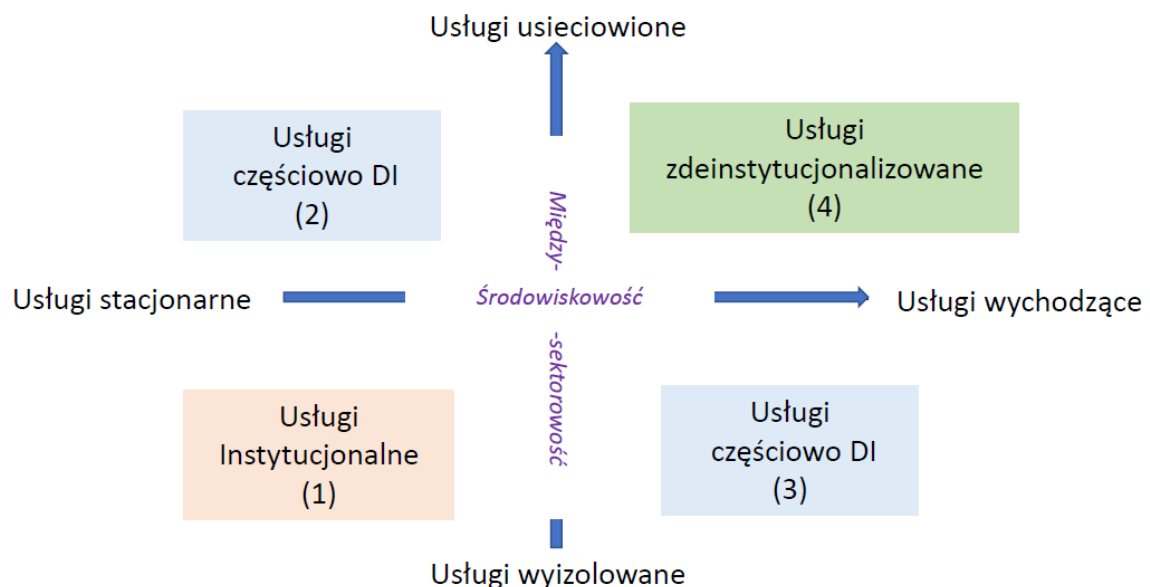


Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

środowisku lokalnym odbiorcy, wsparcie/leczenie świadczone przez inne podmioty. Z zasady są tak realizowane, że istnieje możliwość przepływu informacji i koordynacji planu wsparcia/leczenia odbiorcy. Realizatorzy usług publicznych uwzględniają inne formy wsparcia, które już odbiorca otrzymuje lub może otrzymywać w ramach innych podmiotów.

Przyjęcie powyższych wymiarów jako definiujących deinstytucjonalizację umożliwia wyróżnienie czterech rodzajów usług. Model deinstytucjonalizacji z dwoma wymiarami (środowiskowością oraz międzysektorowością) oraz czterema rodzajami usług są zaprezentowane na rysunku 1.

**Rysunek 1.** Model wymiarów deinstytucjonalizacji



### Rodzaje usług z punktu widzenia deinstytucjonalizacji

Za pomocą tych wymiarów staje się możliwe uporządkowanie usług różniących się pod kątem deinstytucjonalizacji, tj.:

- 1) Usługi instytucjonalne (*usługi stacjonarne i wyizolowane*). Przykładem tego rodzaju usług może być opieka szpitalna, która przenosi chorego z jego naturalnego środowiska do całodobowej instytucji, a po wyjściu ze szpitala nie oferuje kontynuacji



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansa na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

leczenia w ramach swoich zasobów lub w ramach międzysektorowego wsparcia na poziomie społeczności lokalnej.

- 2) Usługi częściowo zdeinstytucjonalizowane (typ 2 - *usługi stacjonarne, ale usieciowione*). Przykładem tego rodzaju usług może być opieka szpitalna, która przenosi chorego z jego naturalnego środowiska do całodobowej instytucji, ale po wyjściu ze szpitala jest zapewniona kontynuacja w ramach międzysektorowego wsparcia na poziomie społeczności lokalnej (np. podpisane porozumienia, sesje koordynacji).
- 3) Usługi częściowo zdeinstytucjonalizowane (typ 3 - *usługi środowiskowe, ale wyizolowane*). Przykładem tego rodzaju usług są wyizolowane usługi „reaktywne” świadczone przez jednostki związane ze zdrowiem psychicznym, np. zespół leczenia środowiskowego, usługi psychoterapii indywidualnej świadczone w ramach np. prywatnego gabinetu w niezbyt dostępnym miejscu lub usługi diagnozy świadczone przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną dla dzieci i młodzieży. Są one realizowane fragmentarycznie, czasami z niespójnie zdefiniowanymi (nieuzgodnionymi) celami wsparcia/terapeutycznymi.
- 4) Usługi zdeinstytucjonalizowane (*usługi wychodzące i usieciowione; można je też nazwać środowiskowe i międzysektorowe*). Przykładem tego rodzaju usług są usługi „proaktywnie” świadczone przez środowiskowe centra zdrowia psychicznego, ukierunkowane na wczesne wykrywanie kryzysu i dostarczenie zintegrowanej międzysektorowej pomocy środowiskowej w taki sposób, aby nie była potrzebna hospitalizacja, np. współpraca pomiędzy pracownikami socjalnymi ośrodka pomocy społecznej a zespołem leczenia środowiskowego najbliższego szpitala lub współpraca podmiotów prowadzących mieszkania chronione we współpracy z oddziałem całodobowym psychiatrycznym najbliższego podmiotu leczniczego.

### **Konieczność współpracy międzysektorowej**

Współpraca międzysektorowa jako drugi obok środowiskowości warunek deinstytucjonalizacji i jej powodzenia jest szczególnie istotny w obszarze opieki



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

psychologicznej, ponieważ w obecnym stanie prawnym w Polsce jest ona rozproszona nie tylko na różne instytucje, ale na instytucje podległe różnym resortom. Tabela 1 przedstawia zestawienie analogicznych usług, świadczonych w ramach różnych resortów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Tabela 1.**

Instytucje świadczące analogiczne usługi w ramach kilku resortów

Usługi	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej	Ministerstwo Zdrowia	Ministerstwo Edukacji i Narodowej
<b>leczenie/opieka/wsparcie w formule stacjonarnej, z opieką personelu 24/7</b>	dom pomocy społecznej dom dziecka rodzinny dom pomocy	oddział całodobowy leczenia psychiatrycznego zakład opiekuńczo-leczniczy zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi	młodzieżowy ośrodek wychowawczy
<b>leczenie/opieka/wsparcie całodobowe krótkoterminowe lub doraźne</b>	ośrodek pobytu tymczasowego hostel interwencyjny mieszkania chronione/treningowe		młodzieżowy ośrodek socjoterapii
<b>leczenie/opieka/wsparcie dzienne</b>	środowiskowy dom samopomocy ośrodki wsparcia (różne typy i formy działania) świetlice środowiskowe	oddziały dzienne psychiatryczne	
<b>wizyty/sesje/spotkania w instytucji</b>	ośrodek koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczy ośrodek interwencji kryzysowej ośrodek pomocy społecznej zatrudniający psychologa	poradnie zdrowia psychicznego poradnia psychologiczna	poradnia psychologiczno-pedagogiczna ośrodek koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczy



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

**wizyty środowiskowe w domu  
(lub w szkole)**

**(w tym:  
- specjalistyczne usługi  
opiekuńcze dla osób z  
zaburzeniami psychicznymi;  
- opieka wytchnieniowa - różne  
rodzaje, nie tylko w domu)**

ośrodek pomocy społecznej zatrudniający m.in.  
asystenta rodziny, pracownika socjalnego  
specjalistyczne usługi opiekuńcze  
inne usługi specjalistyczne

zespół leczenia  
środowiskowego  
ośrodek środowiskowej  
opieki psychologicznej i  
psychoterapeutycznej

poradnia psychologiczno-  
pedagogiczna  
psycholog w szkole,  
przedszkolu

---

**restrukturyzacja środowiska/  
wsparcie w społeczności  
lokalnej (w tym całodobowe)**

rodziny zastępcze  
- mieszkanie chronione, wspomagane,  
treningowe  
- asystent osobisty

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Zakończenie

Zaproponowany model deinstytucjonalizacji może być narzędziem oceny usług realizowanych przez podmiot medyczny, społeczny czy oświatowy. Ocena ma charakter formalny i może być wytyczną do potencjalnej zmiany w jednym lub dwóch obszarach – rozwoju usług wychodzących poza daną instytucję lub tworzenie sieci współpracy w społeczności lokalnej. Proponujemy trzy etapy oceny, które pozwolą ocenić na ile potrzebny i możliwy jest rozwój organizacji w kierunku modelu deinstytucjonalizacji

### Tabela 2.

Pytania pomocnicze przy uruchamianiu usług środowiskowych i koordynacji

	Zdecydowane TAK	Tak	Raczej Tak	Raczej Nie	Nie	Zdecydowane nie
<b>1</b> Czy podopieczni/pacjenci potrzebują, w kontekście dotychczasowych form wsparcia/leczenia, usług zdeinstytucjonalizowanych?	1	2	3	4	5	6
<b>Jeżeli na powyższe pytania odpowiedź jest twierdząca (1 lub 2 lub 3), to przejdź do pytań:</b>						
<b>2</b> Czy aktualny stan prawny <b>zabrania</b> realizacji usług w środowisku?	1	2	3	4	5	6
<b>3</b> Czy aktualny stan prawny <b>zabrania</b> realizacji usług we współpracy z innymi instytucjami/podmiotami?	1	2	3	4	5	6
<b>Jeżeli na powyższe pytania odpowiedź jest przecząca (4, 5 lub 6), to przejdź do kolejnych pytań</b>						
Czy w ramach budżetu podmiotu, w którym pracujesz (którym kierujesz) jest możliwa realizacja usług w środowisku?	1	2	3	4	5	6
Czy podmiot, w którym pracujesz (kierujesz) może otrzymać dofinansowanie	1	2	3	4	5	6



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

dla rozwoju usług środowiskowych?						
Czy w ramach budżetu podmiotu, w którym pracujesz (którym kierujesz) jest możliwa współpraca międzysektorowa/z innymi podmiotami?	1	2	3	4	5	6
Czy podmiot, w którym pracujesz (kierujesz) może otrzymać dofinansowanie dla rozwoju współpracy międzysektorowej/z innymi podmiotami?	1	2	3	4	5	6

---

## Bibliografia

- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, (2022). *Deinstitutionalisation of persons with support needs and the use of the European Social Fund Plus (ESF+) : recommendation paper*, Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/11607>
- Montenegro Cortés, C., González Moller, J., Dominguez, M. I., Thomas, F., & Urrutia Ortiz, J. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalisation forward: A scoping review of barriers and facilitators. *medRxiv*, 2023-03. <https://doi.org/10.1101/2023.03.28.23287810>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Model środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży<sup>3</sup>**

Tomasz Rowiński

Szkoła Główna Handlowa - ThinkTank#SGH w Ochronie zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, tomasz.rowinski@gmail.com

Kamila Lenkiewicz, Szkoła Główna Handlowa, kamila.lenkiewicz@gmail.com

### **Streszczenie**

Model środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego łączy w swoim działaniu trzy podstawowe funkcje - profilaktykę i edukację, leczenie/poradnictwo i oparcie społeczne oraz koordynację międzysektorową. Kluczowe jest zarządzanie procesem zdrowienia z uwzględnieniem roli specjalistów z różnych sektorów. oraz z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnej. Stałym elementem zarządzania procesem zdrowienia jest jego monitorowanie. Powinno ono być zapewnione od pojawienia się pierwszego kryzysu psychicznego do ponownego wejścia w role rodziców oraz ich dzieci. Dlatego tworzenie indywidualnych planów zdrowienia w ramach współpracy międzysektorowej wymaga więcej troski o zachowanie ciągłości terapeutycznej.

Działania środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży opierają się na trzech głównych usługach, którymi są: 1) koordynacja międzysektorowa i koordynacja jednostkowego procesu zdrowienia, 2) oddziaływania terapeutyczne i psychoedukacja, poradnictwo psychologiczno- pedagogiczne, wsparcie społeczne dzieci i młodzieży - w tym młodzieży do 21 r.ż., która rozpoczęła terapię przed ukończeniem 18 r.ż. oraz ich rodzin/sieci oparcia, 3) profilaktyka i edukacja, która została opisana w rozdziale niniejszej monografii.

Po uwzględnieniu zasobów oraz deficytów, model powinien być wdrażany z uwzględnieniem specyfiki społeczności lokalnej. Niemniej nie powinny ulegać zmianie zasady nadrzędne. Dotychczasowe wyniki testowania oraz zmiany zachodzące w obszarze regulacji

---

<sup>3</sup> Pierwszy opis modelu powstał w ramach konkursu POWR.04.01.00-IZ.00-00-026/20; 4.1 Skalowanie innowacji społecznej dotyczącej Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, Wiedza Edukacja Rozwój. Dostępne: Opis modelu jest dostępny pod: [https://www.power.gov.pl/media/88099/Zal\\_1.pdf](https://www.power.gov.pl/media/88099/Zal_1.pdf)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

prawnych w psychiatrii dzieci i młodzieży istotnie wpłynęły na obecny kształt modelu, który utrzymał swoją elastyczność w odniesieniu do uwarunkowań środowiska lokalnego.

Przedstawiona poniżej charakterystyka wskazuje na te jego elementy, które stanowią o jego tożsamości oraz wpływają na efektywność udzielanego wsparcia.

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, rodzina

## Wprowadzenie

Model środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (CZP DiM) w swojej strukturze posiada Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologiczno-Psychoterapeutycznej oraz Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. Te dwa poziomy referencyjne tworzą strukturę CZP DiM. W leczeniu dzieci i ich rodzin, oprócz jasnych definicji jednostek chorobowych określonych przez klasyfikacje międzynarodowe ICD-10 (ICD-11) lub DSM-5, istotne jest zorganizowanie usług pod kątem wsparcia procesu zdrowienia, który wykracza poza ofertę usług realizowanych w sektorze ochrony zdrowia. Koncepcję zdrowia psychicznego zdefiniowali Ciecuch, Strus i Ponikiewska (2023). Dlatego głównymi celami działania CZP DiM są:

- 1) tworzenie warunków do rozwoju lub odbudowy relacji interpersonalnych pomiędzy rówieśnikami oraz pomiędzy dziećmi i dorosłymi (bliskości i empatii),
- 2) tworzenie warunków do rozwoju potencjału dzieci i młodzieży uwzględniając ich możliwości związane z wiekiem (eksploracji i kształtowania własnej tożsamości i stopniowo wzrastającej samodzielności w kierowaniu sobą).

Biorąc pod uwagę prawidłowy rozwój człowieka założono, że kształtowanie się osobowości w wieku rozwojowym ma kluczowe znaczenie dla dobrostanu rodziny, dziecka i młodzieży (Caspi, Roberts, Shiner, 2005; Lenkiewicz, Srebnicki, Bryńska, 2016; Rothbart, 2011; Rowiński i in. 2019a; 2019b). Struktura osobowości i jej funkcjonowanie jest wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi i środowiskowymi, szczególnie rodzinnymi, odnoszącymi się do relacji z osobami istotnymi w aspekcie emocjonalnym (Klein 1952, Bowlby, 1952, 1969, 1982, Kagan 1988, Winnicott, 1993, Fonagy i wsp., 1991).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Poza zweryfikowaną empirycznie definicją zdrowia psychicznego istotne jest zachowanie standardów leczenia, które traktowane są jako drugie kryterium horyzontalne CZP DiM. Istotne jest, aby w każdym zweryfikowanym naukowo podejściu uwzględnić aspekt środowiskowy, szczególnie istotną rolę szkoły oraz grupy rówieśniczej. Podstawowym etapem udzielanego wsparcia – obojętnie w jakim sektorze usług publicznych jest realizowany – jest konceptualizacja kryzysu psychicznego dziecka i jego rodziny. Powinna ona być przeprowadzana zgodnie ze standardami diagnozy klinicznej, dodatkowo z diagnozą sieci oparcia rodziny oraz dziecka. W ten sposób Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego, w ramach skoordynowanej pracy różnych sektorów publicznych (ochrona zdrowia, oświata i pomoc społeczna), może odpowiadać na dość szeroki wachlarz zgłaszanych problemów oraz wymagań stawianym specjalistom.

Trzecim kryterium horyzontalnym jest praca z systemem rodzinnym i lokalnym w celu wykorzystania ich zasobów w procesie zdrowienia. System, w którym powstał problem nosi w sobie jego rozwiązanie (Deissler, 1998). W psychologii społecznej i socjologii przyjęto, że zachowanie człowieka powinno się rozpatrywać z perspektywy mikro- i makrosystemu. Ten pierwszy stanowi rodzina nuklearna z uwzględnieniem kontekstu międzypokoleniowego, a makrosystem to przede wszystkim system społeczny i kulturowy, w którym osoba żyje (Orwid, 2011). Za Maturaną (1988) i Luhmannem (2007) można przyjąć, że systemy te, jak każde inne, są uporządkowaną całością i składają się z elementów pozostających ze sobą w dynamicznej równowadze. Dzięki częściowo przepuszczalnym granicom mogą wyodrębnić się z otoczenia nie tracąc z nim łączności rozumianej jako możliwość wymiany informacji. Kluczowym aspektem utrzymującym i tworzącym system jest komunikacja pomiędzy jego elementami. Przebiega ona wzdłuż granicy sensu, co oznacza, że każde zachowanie w systemie ma cel. Nawet to, które zewnętrznemu obserwatorowi wydaje się go być pozbawione. Najgłębsze i najpełniejsze zrozumienie problemowego zachowania, z którym zgłasza się rodzina jest możliwe tylko i wyłącznie przy uwzględnieniu wiedzy i doświadczenia płynących ze wszystkich systemów w których uczestniczy dziecko. Zadaniem specjalisty nie jest dostarczenie eksperckiej wiedzy, ale poszukanie razem z członkami systemów najlepszego dla nich rozwiązania przy uwzględnieniu ich wiedzy na temat niepełnoletniego,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

podejmowanych działań i ich rezultatów oraz zaproszenie do pracy na rzecz dziecka poprzez wzięcie odpowiedzialności za poszczególne elementy planu zdrowienia.

Czwartym kryterium jest założeniem jest stosowanie diagnozy funkcjonalnej w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). WHO (2007) opracowało także wersję klasyfikacji ICF dla dzieci i młodzieży (ICF-CY). Jej przydatność była badana w różnych kontekstach (np. Lee, 2011), Pawlak (2023) podaje konkretny przykład jej zastosowania w CZP DiM. Sama klasyfikacja odwołuje się do bio-psycho- społecznego rozumienia problemów psychicznych oraz porządkuje proces diagnostyczny i terapeutyczny. Jest ona prostym narzędziem do weryfikacji efektów wsparcia w ramach monitoringu procesu leczenia i koordynacji. W modelu CZP DiM znajduje zastosowanie w monitorowaniu realizacji dwóch powyżej opisanych celów. Stanowi też odpowiednią ramę w koordynacji międzysektorowej oraz wśród specjalistów w danej społeczności lokalnej. W operacyjnej działalności środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży zastosowanie diagnozy funkcjonalnej pozwala zorganizować zespół oraz proces w taki sposób, by możliwa była realizacja dwóch fundamentalnych celów, pomiędzy którymi umieszczono zdrowie psychiczne. W różnych społecznościach lokalnych CZP DiM może być inaczej zorganizowane, ale zawsze jego organizacja powinna uwzględniać owe cele, być może w lepszy sposób. Jednak konieczne wydaje się zapewnienie standardów leczenia z uwzględnieniem aspektu środowiskowego oraz mapowania i maksymalnego wykorzystania zasobów jako wytycznych w organizacji wsparcia na poziomie lokalnym.

Kolejnym, piątym kryterium horyzontalnym jest zasada uwzględniania w pracy terapeutycznej sieci oparcia społecznego. Obecność i zaangażowanie - poza dzieckiem - innych osób z rodziny i środowiska wychowawczego na konsultacjach i sesjach terapeutycznych, służy uruchomieniu zasobów tych „środowisk”. Osoby ważne dla dziecka, tj. rodzina, nauczyciele, rówieśnicy itd., mogą być osobami, które wspierają dziecko i podtrzymują pozytywne zmiany osiągnięte w terapii. Wsparcie rodziny i współpraca całego środowiska wychowawczego ma znaczenie w tworzeniu indywidualnych planów zdrowienia. W modelu zakłada się, że każdy z pracowników powinien być gotowy do świadczenia usług w



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

środowisku. Praca z siecią opiera się na siedmiu założeniach Otwartego Dialogu (Seikkula i Arnkil, 2018).

Ostatnim kryterium horyzontalnym jest prowadzenie działań profilaktyki oraz promocji zdrowia psychicznego na obszarze funkcjonowania ŚCZP DiM (Borucka, Ostaszewski, Pisarska, 2023). Jest to niezbędne w celu redukcji liczby zaburzeń psychicznych oraz deeskalacji kryzysów psychicznych. Zadania profilaktyczno-edukacyjne skupiają się przede wszystkim na realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych dotyczących zaburzeń psychicznych oraz realizacji kampanii społecznych wzmacniających wiedzę z zakresu zdrowia psychicznego.

### **Centrum jako sieć oparcia społecznego**

Kluczowym aspektem funkcjonowania CZP DiM jest tworzenie sieci koordynacji w społeczności lokalnej - na poziomie instytucjonalnym oraz indywidualnego procesu terapeutycznego w modelu zakładamy, tj. tworzenie sieci wspólnie działających instytucji i podmiotów, w których rodzina, dzieci i młodzież otrzymuje lub może otrzymać skoordynowane wsparcie jak najbliżej miejsca zamieszkania.

Networking w grupie instytucji na rzecz konkretnej rodziny jest możliwy na poziomie lokalnym w aktualnym stanie prawnym. Narzędzia pozwalające na zbudowanie takiej sieci mają jednostki samorządu terytorialnego (JST) - miasta, powiaty lub gminy. JST w większości sytuacji jest organem prowadzącym jednostki systemu oświaty (tj. publiczne przedszkola, szkoły i placówki, w tym poradnie psychologiczno-pedagogiczne), jednostki organizacyjne pomocy społecznej oraz pomocy rodzinie, w tym ośrodki interwencji kryzysowej i placówki wsparcia dziennego (np. świetlice socjoterapeutyczne, podwórkowe). Mogą również prowadzić zakłady opieki zdrowotnej lub mieć istotny wpływ na funkcjonowanie POZ-ów.

Rola JST może mieć charakter inicjujący lub wspierający w zależności od polityki przyjętej przez władze lokalne. Rola inicjująca zakłada aktywne uczestnictwo JST w tworzeniu sieci współpracy, natomiast rola wspierająca zakłada decyzję i zgodę władz na to, aby podległe im jednostki tworzyły skoordynowaną sieć wsparcia dla rodzin, dzieci i młodzieży. W modelu przyjmujemy, że warunki koordynacji oraz jej monitoring określa Centrum



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Koordynacji - zespół koordynacji międzyinstytucjonalnej, którego zadania oraz personel zostały opisane poniżej. Standard dopuszcza tworzenie sieci w ramach umów bilateralnych lub porozumień wielostronnych. Przy czym każda umowa powinna definiować działania oraz zakres odpowiedzialności podmiotów tworzących środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

**Koordynacja z jednostkami systemu oświaty.** Koordynacja z jednostkami systemu oświaty przebiega na poziomie indywidualnym - ucznia z trudnościami psychicznymi. Zgłoszenie do Centrum Koordynacji może nastąpić przez przedszkole/szkolę/placówkę lub rodzinę. Przy czym opiekun prawny musi wyrazić pisemną zgodę na kontakt przedszkola/szkoły/placówki ze środowiskowym centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Koordynacja powinna uwzględniać specyfikę pracy danej jednostki systemu oświaty, regulacje prawne oraz lokalne możliwości w dostępie do specjalistów (zasoby). Ośrodki medyczne I poziomu, w mniejszym stopniu II poziomu, powinny uwzględniać w swojej ofercie m.in. następujące formy współpracy:

- cykliczne spotkania ze specjalistami z jednostek systemu oświaty, w celu budowania współpracy w sieci ŚCZP dim oraz wymiany wiedzy i doświadczenia;
- wykłady oraz warsztaty dla kadry pedagogicznej poszczególnych instytucji dotyczące mechanizmów zaburzeń wieku rozwojowego i roli szkoły w procesie zdrowienia ucznia;
- indywidualne konsultacje dla pracowników instytucji oświatowych.

Możliwe formy oddziaływań podejmowanych w ramach koordynacji indywidualnego planu terapii i zdrowienia (PTiZ) wyszczególnione są poniżej.

Przedszkole:

- psychoedukacja rodziców w ramach profilaktyki;
- grupy wsparcia dla rodziców dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju (organizacja grup samopomocowych);
- wsparcie specjalistów z przedszkola w trudnych sytuacjach wychowawczych;
- superwizja merytoryczna dla kadry;
- obserwacja dziecka w grupie rówieśniczej w ramach diagnozy przeprowadzanej po



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zakwalifikowaniu dziecka i rodziny do opieki w ramach I lub II poziomu;

- wspólne uzgodnienie z rodzicami/opiekunami prawnymi, wychowawcą
- i specjalistą z ŚCZP dim oddziaływań terapeutycznych podejmowanych w grupie przedszkolnej;
- uczestnictwo specjalistów oraz nauczycieli w sesjach Otwartego Dialogu na zaproszenie rodziców oraz dzieci i młodzieży.

Szkoła podstawowa:

- współpraca na etapie konceptualizacji, np. przeprowadzenie sesji diagnostycznej w klasie;
- uzgodnienie z rodziną oraz ze specjalistami i nauczycielami celu terapeutycznego oraz indywidualnego programu zdrowienia, uwzględniającego [?](#) w przypadku dzieci/uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego [?](#) program edukacyjno-terapeutyczny;
- włączenie szkoły i klasy w oddziaływania w ramach terapii środowiskowej dzieci i młodzieży;
- uczestnictwo specjalistów oraz nauczycieli w sesjach Otwartego Dialogu na zaproszenie rodziców oraz dzieci i młodzieży;
- przyjęcie dziecka na oddział dzienny z realizacją obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki w ramach terapii, włącznie z przygotowaniem szkoły na przyjęcie dziecka po wypisie z oddziału dziennego;
- w przypadku hospitalizacji ucznia, wsparcie szkoły w przygotowaniu klasy na jego powrót lub praca z nową klasą przy zmianie szkoły;
- prowadzenie przez zespół profilaktyki zajęć z promocji zdrowia psychicznego, co najmniej w klasach 6-8 szkoły podstawowej;
- psychoedukacja dla rodziców dotycząca najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego i rozpoznawania ich symptomów.

Szkoła ponadpodstawowa:

- prowadzenie przez zespół profilaktyki zajęć z promocji zdrowia psychicznego w klasach i wśród rodziców;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- psychoedukacja dla rodziców dotycząca najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego i rozpoznawania ich symptomów;
- przyjęcie na oddział dzienny z realizacją obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki;
- w przypadku hospitalizacji ucznia wsparcie szkoły w przygotowaniu klasy na jego powrót lub praca z nową klasą przy zmianie szkoły;
- uczestnictwo specjalistów oraz nauczycieli w sesjach Otwartego Dialogu na zaproszenie rodziców oraz uczniów;
- szkolenie specjalistów w zakresie tworzenia sieci peer support na terenie szkoły;
- psychoedukacja dla sieci peer support z danej szkoły ponadpodstawowej prowadzonej przez terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży.
- Poradnia psychologiczno- pedagogiczna:
- współpraca przy opracowaniu zaleceń z obszaru zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w opiniach, orzeczeniach o potrzebie kształcenia specjalnego oraz orzeczeniach o potrzebie indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania;
- szkolenia dla specjalistów z zaburzeń wieku rozwojowego i standardów ich diagnozy przy uwzględnieniu roli diagnozy psychologiczno- pedagogicznej;
- współpraca w przygotowaniu orzeczenia o nauczaniu indywidualnym;
- koordynacja procesów wsparcia dzieci i młodzieży, które są w procesach diagnostycznych w poradni.

**Koordinacja podmiotów pomocy społecznej.** Koordinacja z podmiotami pomocy społecznej przebiega głównie na poziomie konkretnego dziecka/nastolatka z trudnościami psychicznymi, którego rodzina objęta jest pomocą społeczną. Zgłoszenie do Centrum Koordinacji może nastąpić przez asystenta rodziny lub pracownika socjalnego za zgodą pisemną opiekuna prawnego lub niepełnoletniego powyżej 16 r.ż. Opiekun prawny i nastolatek muszą wyrazić pisemną zgodę na kontakt pracownika ośrodka pomocy społecznej z pozostałymi podmiotami CZP DiM. Koordinacja powinna uwzględniać specyfikę ośrodków pomocy społecznej, w przypadku dzieci/ nastolatków asystentów rodzinnych, regulacje prawne oraz lokalne możliwości specjalistów (zasoby). Ośrodki medyczne I poziomu



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

referencyjnego powinny uwzględniać m.in. następujące formy współpracy z podmiotami pomocy społecznej:

- objęcie pomocą psychologiczną i psychiatryczną, jeśli wymaga tego dziecko/nastolatek;
- wsparcie asystenta rodziny w realizacji jego zadań wynikających z Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1111, z późn. zm)<sup>6</sup> dotyczących udzielania pomocy w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i wychowawczych;
- współpraca z asystentami rodziny w obszarze motywacji rodziny do zmiany i wytrwania w procesie terapeutycznym;
- psychoedukacja dotycząca zaburzeń wieku rozwojowych i umiejętności wychowawczych;
- terapia środowiskowa dzieci i młodzieży prowadzona w koordynacji z asystentem rodziny;
- superwizja merytoryczna dla asystentów rodzinnych/pracowników socjalnych.

### **Organizacja usług w centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży**

W ramach oddziaływań medycznych I i II poziom referencyjny, które stanowią część reformy psychiatrii dziecięcej (Dz.U.2019.1640 z późn. zm.)<sup>4</sup> tworzą podstawową część CZP DiM.

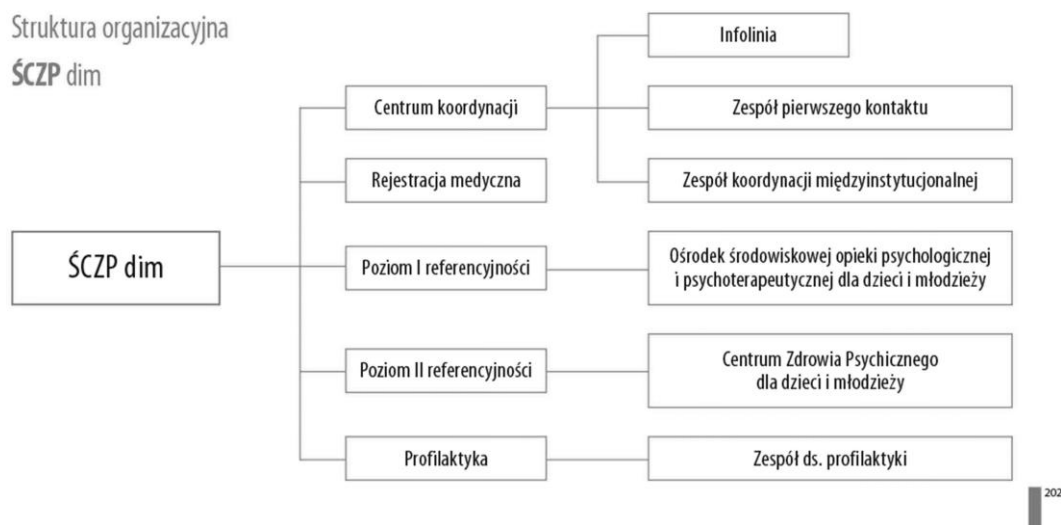
Usługi medyczne są rozumiane jako proces wsparcia dziecka/nastolatka będącego w kryzysie psychicznym i jego rodziny z uwzględnieniem sieci oparcia społecznego. Poniższy rysunek przedstawia poszczególne jego elementy związane z usługami medycznymi, które powinny być skoordynowane z pomocą społeczną oraz oświatą.

---

<sup>4</sup> Tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1640 z późn. zm.) jest dostępny pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)



Rysunek 1. Struktura organizacyjna Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży utworzonego w ramach projektu “Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa” - opracowanie własne

### Centrum Koordynacji

Centrum Koordynacji (CK) tworzy zespół specjalistów pracujących w ramach lokalnej infolinii, zespołu pierwszego kontaktu (ZPK) i zespołu koordynacji międzyinstytucjonalnej. Jego głównym zadaniem jest przyjęcie zgłoszenia, wstępna ocena rodzaju trudności i/ lub stopnia nasilenia kryzysu psychicznego i nawiązanie oraz podtrzymywanie relacji z rodziną i dzieckiem m.in. podczas wizyt domowych prowadzonych zgodnie z zasadami Dialogu Otwartego lub przekazanie dziecka czy rodziny do innych instytucji świadczących usługi odpowiadające na zgłaszane potrzeby. Główne zadania specjalistów z CK to skoordynowanie procesu wsparcia w danej społeczności lokalnej na poziomie instytucjonalnym; wypracowanie lokalnych procedur związanych z optymalizacją korzystania z dostępnych zasobów; przyjmowanie i wstępna ocena zgłoszeń pod kątem możliwości oraz zasobów Centrum. Centrum Koordynacji może zostać stworzone przy powiatowym/miejskim/regionalnym centrum interwencji kryzysowej, powiatowym/miejskim centrum pomocy rodzinie, środowiskowym centrum zdrowia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

psychicznego/centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych lub poradni psychologiczno-pedagogicznej.

### Tabela 1.

Ogólne wymagania dla personelu Centrum koordynacji oraz rekomendowane szkolenia

<b>Minimalne wymagania dla personelu</b>	<b>Rekomendowane szkolenia i kursy</b>
wykszałcenie wyższe na kierunku z dziedziny nauk medycznych, nauk o zdrowiu lub nauk społecznych: lekarskim, pielęgniarstwie, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, pracy socjalnej - asystentura rodzinna, socjologii lub resocjalizacji;	prorowadzenie rozmowy telefonicznej lub online (czat) w sytuacji kryzysowej; prowadzenie sesji Dialogu Otwartego; diagnoza funkcjonalna z wykorzystaniem ICF; umiejętność konceptualizacji problemów psychicznych dzieci, młodzieży oraz ich rodzin; diagnoza psychopatologii wieku rozwojowego dla psychologów
doświadczenie w pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną - min. 2 lata w obszarze wsparcia lub diagnozy psychologicznej lub w obszarze interwencji kryzysowych.	

**Infolinia dla mieszkańców i skoordynowanych podmiotów.** Zespół infolinii odpowiedzialny jest za przyjmowanie zgłoszeń do Centrum oraz przeprowadzenie krótkiego wywiadu diagnostycznego w celu oceny stopnia nasilenia kryzysu psychicznego i pilności podjęcia interwencji (tzw. triaż psychiatryczny<sup>13</sup>). Stopień nasilenia kryzysu psychicznego oceniany jest za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu diagnostycznego oraz triażu psychiatrycznego. Jest to wstępna ocena kwalifikacji i funkcjonowania dziecka zgłoszonego do Centrum. W zależności od stopnia nasilenia problemów oraz historii/aktualnego wsparcia zgłoszenie jest przyjmowane lub przekierowywane. Przyjęcie zgłoszenia oznacza rozpoczęcie procedur związanych z koordynacją wsparcia.

**Zespół Pierwszego Kontakt.** Po zgłoszeniu do Centrum Zespół Pierwszego Kontakt (ZPK) przyjmuje zlecenie od Zespołu Infolinii (partnerstwo powinno wypracować procedury dot. zlecenia zgłoszeń do ZPK) i podejmuje pierwszy kontakt z osobą zgłaszającą problem, a w przypadku nieletnich - z ich opiekunami prawnymi. Pierwsze spotkanie, co do zasady i po

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zgodzie obu stron, odbywa się w domu klienta i przeprowadzane jest zgodnie z zasadami Dialogu Otwartego. Głównymi zadaniami Zespołu Pierwszego Kontaktowania jest nawiązanie relacji z rodziną i klientem, poznanie historii problemu i sieci wsparcia społecznego oraz przygotowanie wstępnej konceptualizacji w podejściu bio-psycho-społecznym. Po wstępnej konceptualizacji zespół przekazuje klienta w zależności od stopnia nasilenia objawów i rodzaju zgłaszanych trudności do zespołów z poziomu I lub II. Do zespołu powinna być przypisana funkcja Case Managera (CM)<sup>5</sup>14, czyli osoby odpowiedzialnej za:

- opracowanie indywidualnego planu zdrowienia (IPZ) uwzględniającego Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF);
- organizację zespołu leczącego (monitorowanie procesów wsparcia);
- towarzyszenie małoletniemu klientowi i jego rodzinie w procesie zdrowienia;
- ocenę okresową i końcową wsparcia w ramach indywidualnego planu zdrowienia.

**Zespół koordynacji międzyinstytucjonalnej.** Przed uruchomieniem CZP DiM wszystkie podmioty lokalnie uzgodniły sposób koordynacji i komunikacji międzysektorowej. Dlatego powinien zostać powołany zespół odpowiedzialny za koordynację współpracy instytucji udzielających pomocy, w tym z sektora zdrowia, oświaty i pomocy społecznej, której celem jest zbudowanie sieci wsparcia dla rodziny i dziecka będących w kryzysie psychicznym.

Członkowie zespołu – powołani z każdego podmiotu lub niezależnie np. przez JST – są odpowiedzialni za sformalizowanie współpracy pomiędzy instytucjami jak i budowanie przestrzeni kooperacji opartej na wzajemnym zaufaniu i szacunku. W centrum rozwiązań powinny być przede wszystkim potrzeby dziecka i jego rodziny. Rekomenduje się, aby w zespole znalazła się reprezentacja organizacji pacjenckich lub rodzin lub przedstawiciel rodziny z doświadczeniem kryzysu psychicznego własnych dzieci. Głównymi zadaniami zespołu są:

- wypracowanie umowy bilateralnej lub wielostronnej pomiędzy instytucjami;
- ustalenie reguł i procedury przepływu informacji w sieci podmiotu;
- organizowanie spotkań kwartalnych oraz monitorowanie współpracy

---

<sup>5</sup> Rola CM jest kluczowa dla odpowiedzialności Centrum za proces wsparcia. Może ona być zlokalizowana w innym zespole w danej społeczności lokalnej, ale musi być jasno określona z przypisaniem konkretnych zadań

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

międzyinstytucjonalnej.

### Rejestracja medyczna

Zespół rejestratorek/ów jest odpowiedzialny za zarządzanie grafikami specjalistów, planem gabinetów oraz umawianiem wizyt w podmiotach leczniczych. W zależności od zasobów w danej społeczności lokalnej może on być organizowany w inny sposób. Istotne jest, aby odpowiednio rejestracja, recepcja lub sekretariat wypracowały sposób efektywnej komunikacji z Centrum Koordynacji oraz z klientem. Komunikacja pomiędzy tymi zespołami a zespołem infolinii powinna być szybka i efektywna oraz wspierana przez rozwiązania IT, co pozwoli reagować na bieżące zmiany w grafikach i na bezpośrednie kontaktowanie się z Klientem po stronie danego podmiotu.

### Tabela 2.

Ogólne wymagania dla personelu rejestracji medycznej Minimalne wymagania dla personelu

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
wykształcenie średnie; doświadczenie w pracy w rejestracji/ recepcji - min. 1 rok. praca z trudnym Klientem lub opiekunami prawny/rodziną	RODO w placówkach medycznych lub jednostkach systemu oświaty lub pomocy społecznej; radzenie sobie w sytuacja stresowych; umiejętności komunikacyjne
doświadczenie w pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną - min. 2 lata w obszarze wsparcia lub diagnozy psychologicznej lub w obszarze interwencji kryzysowych.	

### Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny

Pierwszy poziom referencyjny jest opisany w przywołanym wyżej rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W modelu zespół ten jest opisany przez trzy etapy, które są realizowane przez poszczególne podzespoły (ewentualnie samodzielne stanowiska pracy w strukturach organizacyjnych podmiotu).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Zespół diagnostyczny.** Zespół odpowiedzialny jest za diagnozę psychologiczną wspomaganą przez innych specjalistów, jeśli wymaga tego konceptualizacja problemu, z którym zgłosił się klient. Diagnoza prowadzona jest za pomocą testów psychologicznych, prób klinicznych i neuropsychologicznych, obserwacji w naturalnym środowisku dziecka/ nastolatka, wywiadu rozwojowego oraz badania przeprowadzonego przez innego specjalistę, jeśli jest taka konieczność. Każdorazowo proces diagnostyczny kończy się przekazaniem rodzinie i małoletniemu klientowi diagnozy w formie ustnej lub pisemnej. Zespół diagnostyczny może organizować sesje koordynacji podczas których będą przeprowadzane konsultacje kliniczne ze specjalistami z innych podmiotów medycznych (POZ; AOS; II lub III poziomu referencyjności) lub poradni psychologiczno-pedagogicznej, których celem jest omówienie wątpliwości w obszarze diagnozy nozologicznej i/ lub przekierowania klienta na II poziom lub do szpitala.

### Tabela 3.

Ogólne wymagania dla personelu zespołu diagnostycznego

<b>Minimalne wymagania dla personelu</b>	<b>Rekomendowane szkolenia i kursy</b>
wykszałcenie wyższe psychologiczne 2-letnie doświadczenie w pracy z dziećmi, młodzieżą, w tym min. 1 rok w zakresie diagnozy psychologicznej;	szkolenie z diagnozy funkcjonalnej z wykorzystaniem ICF; szkolenie ze standardów diagnozy psychologicznej i opracowywania opinii; szkolenie z diagnozy neuropsychologicznej dziecka; szkolenie kwalifikacyjne dla psychologów nadające uprawnienia
znajomość psychopatologii wieku rozwojowego posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych psychologicznych	

Zespół stosuje wytyczne dot. diagnozy przyjęte jako standard w badaniach psychologicznych (zob. Grzegorzewska, Cierpiątkowska, Borkowska, 2020).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Zespół psychoterapeutyczny.** Zespół stanowią psychoterapeuci lub osoby będące co najmniej na trzecim roku kursu psychoterapii w modalnościach uznanych przez PTP lub PTPPB, szczególnie w nurcie behawioralno- poznawczym, systemowym lub psychodynamicznym i obejmującym co najmniej 1200 godzin szkoleń. Pracują oni z rodzinami i małoletnimi klientami na rzecz zmiany zgodnie z celami ustalonymi w ramach indywidualnego planu zdrowienia, sesji indywidualnych, rodzinnych i grupowych adresowanych do dzieci, nastolatków jak i ich rodziców/ opiekunów prawnych. Uczestniczą w sesjach Dialogu Otwartego oraz współpracują z nauczycielami i innymi osobami uczestniczącymi w życiu rodziny i klienta. W zakres ich obowiązków wchodzi również wizyty w środowisku klienta, jeżeli wymaga tego konceptualizacja, wsparcie lub jest taka konieczność.

#### Tabela 4.

Ogólne wymagania dla personelu zespołu terapeutycznego

<b>Minimalne wymagania dla personelu</b>	<b>Rekomendowane szkolenia i kursy</b>
wykształcenie wyższe na kierunkach z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub nauk społecznych: lekarskim, pielęgniarstwie, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji; uznanie dorobku przez MZ w psychoterapii dzieci i młodzieży lub tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży <sup>15</sup> lub certyfikat psychoterapeuty z min. 220h szkoleń lub kursów w psychoterapii dzieci i młodzieży; ukończony całościowy kurs z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży; w trakcie szkolenia, ale min. po 2 roku, z psychoterapii obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu w psychoterapii dzieci i młodzieży;	specjalizacja z psychoterapii dzieci i młodzieży prowadzona przez ośrodki akredytowane; szkolenia z psychoterapii prowadzone przez ośrodki atestowane przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej i obejmujące co najmniej 1.200 h, w tym co najmniej 220 h poświęconych na problemy psychoterapii dzieci i młodzieży; kurs dialogu motywującego



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodziną lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży.

---

**Zespół terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.** W zespole są osoby spełniające wymagania kwalifikacji „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” (M.P. z 29.12.2018 poz. 1279)<sup>6</sup> lub są w trakcie szkolenia przygotowującego do certyfikatu nadającego uprawnienia do prowadzenia terapii środowiskowej dzieci i młodzieży lub w trakcie procedury walidacji efektów uczenia się w instytucji certyfikującej. Zespół pracuje środowiskowo co do zasady, rozumianej jako praca z rodziną, dziećmi i młodzieżą w miejscu zamieszkania, realizacji obowiązku edukacyjnego lub w społeczności lokalnej. W swojej pracy terapeuci środowiskowi wykorzystują specjalistyczną wiedzę dotyczącą normatywnego rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży jak i psychopatologii wieku rozwojowego. Ich praca terapeutyczna oparta jest w głównej mierze na technikach behawioralno- poznawczych; dialogu motywacyjnym i metodach „pedagogiki podwórka”. Specjaliści ci czynnie uczestniczą w konceptualizacji problemu oraz współdziałają z innymi specjalistami z sieci wsparcia społecznego w ramach interdyscyplinarnych zespołów, które wspólnie planują i wdrażają program pomocy i wsparcia dla pacjenta oraz jego otoczenia z uwzględnieniem dostępnych zasobów, np. innych specjalistów i placówki w najbliższym środowisku rodziny. Do członków zespołu również może być przypisana funkcja sase managera.

## Tabela 5.

Ogólne wymagania dla personelu zespołu terapii środowiskowej dzieci i młodzieży

<b>Minimalne wymagania dla personelu</b>	<b>Rekomendowane szkolenia i kursy</b>
wykszałcenie wyższe na kierunkach z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk społecznych i humanistycznych, szczególnie lekarskim,	szkolenie z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży uwzględniające efekty uczenia zdefiniowane w kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”;

<sup>6</sup> <https://rejestr.kwalifikacje.gov.pl/frontend/index.php?r=kwalifikacja%2Fview&id=12646>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

pielęgniarskim, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji; uczestniczenie w szkoleniu przygotowującym do uzyskania certyfikatu w kwalifikacji "Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży"; złożenie wniosku dot. procedury walidacji efektów uczenia się w instytucji certyfikującej;

kurs z treningu zastępowania agresji; kurs z treningu umiejętności społecznych; kurs z dialogu motywującego; kursy związane ze wzmacnianiem kompetencji wychowawczych rodziców; kursy z terapii poznawczo-behawioralnej dla dzieci i młodzieży (1 rok); kursy z metod pracy podwórkowej/streetworkingu

---

min. 2 lata doświadczenia w pracy środowiskowej na rzecz dzieci młodzieży oraz rodzin (m.in. asystent rodziny; psycholog szkolny; streetworker).

---

### **Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny**

Biorąc pod uwagę zmiany w przepisach MZ dot. poziomów referencyjnych w psychiatrii dzieci i młodzieży, na II poziom referencyjny składają się w modelu następujące jednostki organizacyjne:

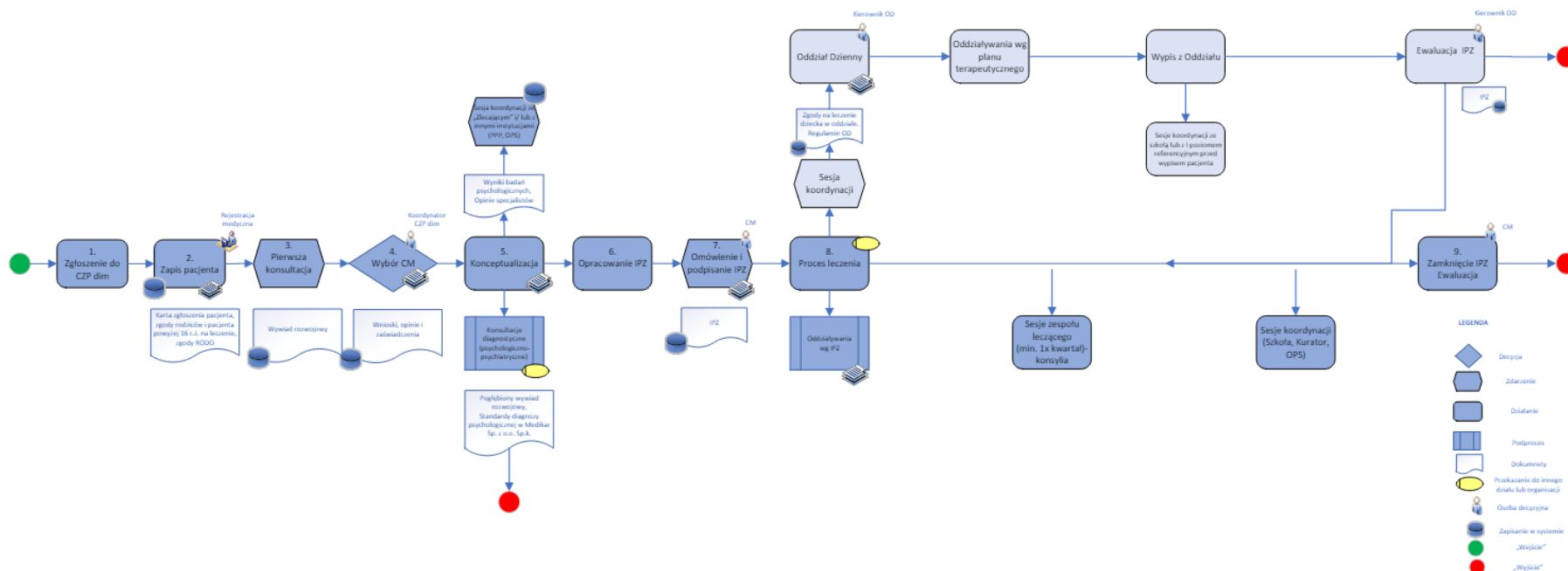
- poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży;
- oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny na min. 15 miejsc na 10.000 populacji niepełnoletniej (w wieku przedprodukcyjnym);
- opcjonalnie hostel lub ośrodek okresowej opieki całodobowej dla młodzieży do 21 r.ż. na min. 8 miejsc na 25.000 populacji niepełnoletniej.

Organizację II poziomu definiuje w/w rozporządzenie, przy zachowaniu definicji personelu oraz wymagań z rozporządzenia wcześniejszego.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### Ścieżka Pacjenta CZP dim





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.** Poradnię stanowi zespół psychologiczno-psychoterapeutyczny i zespół lekarzy w skład którego mogą wchodzić specjaliści w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarze ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży, specjaliści w trakcie specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży. Pod jej opieką znajdują się dzieci i młodzież wymagające nie tylko diagnozy psychologicznej lub psychoterapii, ale również leczenia farmakologicznego. W modelu ŚCZP dim liczba personelu w poradni powinna zapewnić efektywną współpracę z Centrum Koordynacji oraz I poziomem, w tym:

- konsultacje psychiatryczne dla klientów zgłaszanych przez ośrodki I poziomu w ramach współpracy w sieci referencyjności;
- przekierowanie klientów na I poziom referencyjny, jeżeli jest negatywna kwalifikacja dot. przyjęcia do poradni zdrowia psychicznego;
- konsultacje dla specjalistów z I poziomu oraz sesje koordynacji oraz konsylia dotyczące procesu leczenia dla wspólnych klientów;
- diagnozę oraz psychoterapię klientów z silniejszymi objawami klinicznymi zaburzeń psychicznych, którzy nie mogą być zakwalifikowani do terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.

**Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży.** Oddział dzienny stanowi personel lekarski (w tym ordynator) i pielęgniarski, psychologiczno-psychoterapeutyczny, terapii zajęciowej i wychowawcy. Oddział ściśle współpracuje z przedszkolem, szkołą podstawową i/ lub ponadpodstawową, w ramach której pacjenci mogą realizować obowiązek nauki. W oddziale realizowany jest program terapeutyczny skierowany głównie do osób z zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami nastroju, z nieprawidłową kształtującą się osobowością, a także do osób z zaburzeniami psychotycznymi, ale bez aktywnych objawów wytwórczych. Są to zaburzenia psychiczne, które wymagają bardziej intensywnej terapii i opieki niż jest możliwa na I poziomie referencyjnym. Oferta terapeutyczna uwzględnia wiek pacjentów i konieczności realizacji obowiązku szkolnego lub



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

obowiązku nauki, który jest realizowany na terenie oddziału lub w szkole macierzystej (w postaci nauczania indywidualnego).

W ramach oddziału prowadzona jest terapia indywidualna, rodzinna i grupowa, terapia zajęciowa. Oddział ściśle współpracuje z lekarzami zatrudnionymi w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, którzy nie tylko kierują na oddział, ale również odpowiadają za opiekę lekarską nad pacjentami w trakcie pobytu na oddziale (na II poziomie jest jeden zespół, który odpowiada za leczenie klientów).

**Hostel lub ośrodek okresowej opieki całodobowej.** Hostel lub ośrodek skierowany jest do osób powyżej 16 r.ż. będących w kryzysie psychicznym - zaburzenia psychotyczne F20-F29 bez aktywnych objawów psychotycznych, zaburzenia nastroju F30- F39 i zaburzenia adaptacyjne F43 m.in wzmacniane przez trudności w relacjach rodzinnych, przy jednoczesnym braku wskazań do hospitalizacji całodobowej i do ograniczenia kontaktów rówieśniczych. Hostel powinien być tak zorganizowany, że jest dostępny i gotowy do przyjęcia określonej liczby Klientów w zależności od dostępności miejsc. Gotowość do przyjęcia młodzieży powinna być zapewniona przez cały miesiąc.

Pobyt w hostelu połączony jest z oddziaływaniami terapeutycznymi w ramach oddziału dziennego skierowanymi do nastolatka i jego rodziny. Może trwać max. 3 miesiące z możliwością przedłużenia, jeśli zespół leczący uzna to za zasadne. Przeciwwskazaniem do pobytu w hostelu są: nasilone myśli "S" z tendencją do realizacji, zachowania agresywne w stosunku do innych osób i/lub masywne samookaleczenia, czynne uzależnienie od substancji psychoaktywnych, aktywne objawy psychotyczne i brak współpracy w leczeniu, (w tym przyjmowania zleconej farmakoterapii) i/ lub brak zgody nastolatka na pobyt.







Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Zakończenie

W celu efektywnego wdrażania i działania sieci lokalnego wsparcia dla rodzin, dzieci i młodzieży w rozwiązaniach należy pamiętać o tzw. trzeciej stronie tj. opiekunach prawnych/rodzicach oraz obowiązku edukacyjnym lub obowiązku nauki. Dlatego jednostki tworzące ŚCZP dim powinny wdrożyć regulacje istotne dla prawidłowego funkcjonowania sieci podmiotów. Z tym są powiązane określone ryzyka, które należy uwzględnić na etapie tworzenia sieci koordynacji. Poniżej wypunktowano zalecenia, które Centrum Koordynacji powinno podjąć, a co do których nie ma jednego prawidłowego wzorca ich wdrażania. Są to:

- umowy o przetwarzaniu danych osobowych pomiędzy podmiotami;
- umowy/porozumienia o współpracy z najbliższym ośrodkiem III poziomu. Z powodu znacznego obciążenia pracowników całodobowych oddziałów psychiatrycznych mogą one w praktyce ograniczyć się wyłącznie do przejmowania opieki nad rodziną po hospitalizacji dziecka lub młodzieży;
- zmiana paradygmatu we wspieraniu procesów zdrowienia w rodzinie (np. aktywna rola CM) może zająć więcej czasu nie zakładano. Kadra menedżerska powinna monitorować i pracować na rzecz zmiany w postawie specjalistów.

W przypadku wdrażania ŚCZP dim kluczowe są:

- kompetencje kadry specjalistów pracujących z klientami. Ważne, żeby w zespole przynajmniej jeden specjalista posiadał pięcioletnie doświadczenie kliniczne w pracy z dziećmi i młodzieżą;
- różnorodność modalności psychoterapeutycznych, w których pracuje zespół, szczególnie osoby pracujące w nurcie CBT, psychodynamicznym i systemowym. Ważne jest, żeby co najmniej dwóch psychoterapeutów miało ukończony co najmniej drugi rok psychoterapii systemowej i posiadało doświadczenie w pracy z rodzinami;
- liczba godzin pracy bezpośrednio z klientem powinna stanowić taki procent czasu pracy specjalisty, aby w ramach umowy możliwa była praca w środowisku lokalnym na rzecz klienta, tj. sesje koordynacji, spotkania zespołu leczącego, spotkania w ramach sesji Otwartego Dialogu, itd.; kadra zarządzająca powinna określić sposób



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

monitorowania pracy i realizacji celów ŚCZP dim w poszczególnych procesach terapeutycznych oraz reguły ewaluacji ich efektywności pod kątem poprawy funkcjonowania dzieci i młodzieży, ale także pod kątem zasad funkcjonowania ŚCZP dim (rozdział I).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1–63.
- American Psychiatric Association. (2000a). Practice guideline for the treatment of patients with major depression. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000b). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl.), 1–45.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, (Suppl.), 1–39.
- Shah, R., Grover, S., & Avasthi, A. (2019). Clinical practice guidelines for the assessment and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 2), 176.
- Bölte, S., Mahdi, S., Coghill, D., Gau, S. S. F., Granlund, M., Holtmann, M., ... & de Vries, P. J. (2018). Standardised assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), 1261-1281.
- Caspi, A., Roberts, B. W., Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 453-484.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62(5), 891-905.
- Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Grzegorzewska, I., Cierpiątkowska, L., Borkowska, A.R. (2020) (red). *Psychologia kliniczna dziecka i młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Klein, M. (1952). The mutual influences in the development of ego and id: Discussants. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7(1), 51-68.
- Klein, M. (Ed.). (2013). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources (Vol. 6)*. Routledge.
- Lee, A. M. (2011). Using the ICF-CY to organize characteristics of children's functioning. *Disability and Rehabilitation*, 33(7), 605-616.
- Lenkiewicz K., Srebnicki T., Bryńska A. (2016). Mechanizm kształtujące rozwój osobowości i jej zaburzeń u dzieci i młodzieży. *Psychiatria Polska*; 50(3): 621–629.
- Luhmann, N. (2007). *Systemy społeczne. Zarys ogólnej teorii*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Mahdi, S., Albertowski, K., Almodayfer, O., Arsenopoulou, V., Carucci, S., Dias, J. C., ... & da Cunha, G. R. (2018). An international clinical study of ability and disability in autism spectrum disorder using the WHO-ICF framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2148-2163.
- Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1), 25-82.
- 1NICE Guidance (2020). Raport dostępny pod adresem: <https://www.nice.org.uk/>
- Orwid, M. (2012). Czynniki psychospołeczne w psychiatrii dzieci i młodzieży. W: Namysłowska, I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL.
- Ostaszewski, K. (2010). Kompendium wiedzy o profilaktyce. W: *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Warszawa: Fundacja ETOH.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. Guilford Press.
- Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., ... & Krueger, R. F. (2019). Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część I - założenia teoretyczne. *Psychiatria Polska*, 53(1). 7-22.
- Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., ... & Krueger, R. F. (2018). Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część II–wyniki empiryczne. Psychiatria Polska, 53(1), 23-48.

Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2018). Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Woods Winnicott, D. (1993). Dziecko, jego rodzina i świat. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### Załącznik 1. Katalog usług środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży

Kod	Nazwa usługi w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	specjalista
A01	Wizyta diagnostyczna pierwszorazowa	psycholog
A02	Badanie psychometryczne z opisem wyników/opinii	psycholog
A03	Badanie psychologiczne	psycholog
A04	Wizyta diagnostyczna pierwszorazowa	psycholog
A05	Badanie psychometryczne	psycholog
A06	Badanie psychologiczne	psycholog
A07	Diagnoza funkcjonalna ICF	psycholog
A08	Omówienie wyników z pacjentem/jego rodziną	psycholog
A09	Ustalenie indywidualnego planu terapii i zdrowienia	psycholog
A10	Poradnictwo psychologiczne	psycholog
A11	Sesja terapii psychologicznej	psycholog
A12	Kwalifikacja do zajęć grupowych	psycholog
A13	Konsultacja psychologiczna dla rodzica/opiekuna prawnego	psycholog
A14	Sesja podsumowująca realizację indywidualnego planu terapii i zdrowienia	psycholog
A15	Porada psychologiczna dla jednej osoby z sieci oparcia	psycholog
A16	Sesja zamykająca indywidualny plan terapii i zdrowienia	psycholog
A17	Sesja psychoterapii indywidualnej	psychoterapeuta
A18	Sesja psychoterapii rodzinnej	psychoterapeuta
A19	Sesja psychoterapii par	dwóch psychoterapeutów

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>A20</b>	Sesja psychoterapii grupowej	psycholog oraz psychoterapeuta lub dwóch psychoterapeutów
<b>A21</b>	Trening umiejętności interpersonalnych	psycholog oraz psychoterapeuta lub dwóch psychoterapeutów
<b>A22</b>	Trening zastępowania agresji	psycholog oraz psychoterapeuta lub dwóch psychoterapeutów
<b>A23</b>	Sesja otwartego dialogu prowadzona	psychoterapeuta lub dwóch psychoterapeutów
<b>A24</b>	Sesja wsparcia psychospołecznego	psycholog lub psychoterapeuta
<b>A25</b>	Poradnictwo psychologiczne dla więcej niż jednej osoby z sieci oparcia	psycholog lub psychoterapeuta
<b>A26</b>	Sesja socjoterapii	psycholog lub psychoterapeuta
<b>A27</b>	Wizyta pierwszorazowa domowa prowadzona	psycholog oraz terapeuta środowiskowy dim
<b>A28</b>	Obserwacja kliniczna w środowisku szkolnym/przedszkolnym	psycholog lub terapeuta środowiskowy dim
<b>A29</b>	Wizyta diagnostyczna szkolna/przedszkolna	psycholog lub terapeuta środowiskowy dim
<b>A30</b>	Wizyta domowa	psycholog lub terapeuta środowiskowy dim
<b>A31</b>	Warsztat terapii środowiskowej w klasie	psycholog lub terapeuta środowiskowy dim
<b>A32</b>	Sesja grupy podwórkowej	psycholog lub terapeuta środowiskowy dim
<b>A33</b>	Interwencja w środowisku	psycholog lub terapeuta środowiskowy dim
<b>A34</b>	Porada dla pacjenta udzielona w jego środowisku domowym, szkolnym lub w miejscu	terapeuta środowiskowy dim
<b>A35</b>	Porada dla opiekuna prawnego w środowisku lub miejscu	terapeuta środowiskowy dim
<b>A36</b>	Sesja interwencji kryzysowej w miejscu lub w środowisku	terapeuta środowiskowy dim
<b>B01</b>	Omówienie wyników diagnozy/konceptualizacji w zespole	wszyscy
<b>B02</b>	Sesja konsylium	wszyscy
<b>B03</b>	Sesja konsylium zespołu leczącego	wszyscy
<b>B04</b>	Sesja superwizji klinicznej	wszyscy
<b>B05</b>	Sesja superwizji zespołu dot. procesów terapeutycznych	wszyscy

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>B06</b>	Omówienie diagnozy/konceptualizacji ze specjalistami spoza zespołu	wszyscy
<b>B07</b>	Konsultacja (konsylium) z lekarzem psychiatrą	wszyscy
<b>B08</b>	Konsultacja (konsylium) ze specjalistami spoza zespołu	wszyscy
<b>B09</b>	Konsultacja (konsylium) z lekarzami/specjalistami ze szpitala	wszyscy
<b>B10</b>	Sesja koordynacji współpracy z instytucjami z otoczenia dziecka i rodziny (specjaliści spoza sektora ochrony zdrowia)	wszyscy
<b>B11</b>	Sesja koordynacji ze specjalistami spoza zespołu (z sektora ochrony zdrowia)	wszyscy
<b>B12</b>	Sesja koordynacji z lekarzem psychiatrą rodzica/opiekuna prawnego	wszyscy
<b>B13</b>	Sesja koordynacji ze specjalistami leczących rodziców/opiekunów prawnych (poza lekarzem psychiatrą)	wszyscy
<b>B14</b>	Sesja zespołu koordynującego/interdyscyplinarnego/wielospecjalistycznego	wszyscy
<b>B15</b>	Sesja koordynacji zespołu leczącego wokół całej rodziny - ze specjalistami dorosłych	wszyscy
<b>B16</b>	Poradnictwo dla specjalistów spoza zespołu (sesja koordynacji)	wszyscy
<b>B17</b>	Sesja superwizji prowadzonej przez superwizora	wszyscy





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Załącznik 2.

Warunki skierowania do konsultacji pierwszorazowej psychiatrycznej do Centrum Zdrowia Psychicznego dzieci i młodzieży - II poziomu referencyjnego

Poniższe opracowanie jest procedurą dot. Kierowania niepełnoletnich pacjentów na konsultacje psychiatryczne. W kontekście koordynacji procesów zdrowienia niepełnoletniego pacjenta pomiędzy ośrodkiem I i II lub III poziomu referencyjnego kluczowe jest budowanie standardów współpracy. Istotą poziomów referencyjnych jest zagwarantowanie opieki w obszarze zdrowia psychicznego z uwzględnieniem wiedzy opartej na dowodach. Bazując na ogólnopolskich wytycznych konsultantów krajowych oraz wojewódzkich w psychologii klinicznej oraz rekomendacji uznanych organizacji w obszarze zdrowia psychicznego, opracowano ścieżki kierowania na konsultację psychiatryczną, tj.:

- 1) Wyłącznie na konsultację lekarską w Poradni Zdrowia Psychicznego dzieci i młodzieży lub
- 2) W ramach leczenia psychiatrycznego w Poradni Zdrowia Psychicznego dzieci i młodzieży lub na dziennym psychiatrycznym oddziale rehabilitacyjnym (docelowo na II) przez specjalistów poziomu I lub specjalistów innych ośrodków.

W sytuacjach bardziej złożonych oraz niejasnych, specjalista kieruje się własnym doświadczeniem oraz dobrem rodziny/niepełnoletniego Klienta.

### ŚCIEŻKA I

**Konsultacja psychiatryczna kierunkowa w celu potwierdzenia lub wykluczenia wstępnej diagnozy określonego zaburzenia lub oceny stanu psychicznego**

Przed skierowaniem pacjenta na konsultację psychiatryczną odbywa się spotkanie wyznaczonych specjalistów z poziomu I i II, w trakcie którego omawiany jest cel konsultacji, w tym weryfikacja zebranych niezbędnych dokumentów w zależności od hipotezy diagnostycznej/problematyki pacjenta określonych poniżej.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## W kierunku diagnozy ADHD

### CEL konsultacji psychiatrycznej:

- weryfikacja hipotezy diagnostycznej przez lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży;
- określenie stopnia zaburzenia funkcjonowania pacjenta i decyzja o potrzebie wydania orzeczenia o kształceniu specjalnym ze względu na zagrożenie niedostosowaniem społecznym.

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed spotkaniem z lekarzem psychiatrą przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy;
- 2) Kwestionariusz medyczny;
- 3) Aktualna opinia ze szkoły;
- 4) Analiza świadectw i zeszytów szkolnych;
- 5) Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) znormalizowany dla polskiej populacji dzieci i młodzieży wypełniony przez specjalistę poziomu I (wg ICD-10: min. 6 objawów zaburzeń uwagi, min. 3 objawy nadruchliwości, min. 1 objaw impulsywności, wg DSM- 5: 6-9 objawów z zaburzeń uwagi, 6-9 objawów z nadruchliwości+impulsywności).

### Narzędzie diagnostyczne:

Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) według ICD-10 i DSM-IV TR Wolańczyk, Kołakowski (2005).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Badanie wystandaryzowanym dla polskiej populacji dzieci i młodzieży narzędziem diagnostycznym, który wskazuje na nasilenie objawów na skali: nieuwagi, nadaktywności/impulsywności i funkcji wykonawczych (co najmniej 65 ten), w co najmniej dwóch środowiskach a profil otrzymanych wyników jest co najmniej w 61% zbieżny z profilem dzieci z diagnozą ADHD lub badanie wystandaryzowanymi narzędziami diagnostycznymi poszczególnych funkcji wykonawczych, tj: selektywności uwagi i jej przerzutności oraz hamowania i pamięci roboczej, które wskazuje na dysfunkcję w tych obszarach u osoby będącej w normie intelektualnej.

Narzędzia diagnostyczne:

- 1) CONNERS 3 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy ADHD ( od 6 - 18 r.ż.);
- 2) Neuropsychologiczna bateria testów A. Borkowskiej i B. Daniluk;
- 3) IDS-2 i IDS-P;
- 4) Sortowanie Kart dla Dzieci (SKD) - dzieci w wieku od 3 do 11 lat.

Badanie diagnostyczne należy przeprowadzić zgodnie ze Standardami diagnozy psychologicznej.

**PSYCHOLOGICZNA DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II Należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

*Zaburzenia więzi* - należy dokładnie zbadać rodzaj opieki sprawowanej przez rodziców w okresie pierwszych trzech lat życia dziecka oraz zwrócić uwagę na sposób i rodzaj nawiązywanej przez niego relacji z diagnostą. **WAŻNE:** Dzieci z reaktywnymi zaburzeniami więzi mogą prezentować objawy z trzech głównych obszarów ADHD (patrz zał. 3);

*Zaburzenia neuropoznawcze* - należy zbadać początek występowania objawów. **WAŻNE:** W przypadku ADHD objawy zaczynają się znacznie wcześniej niż w przypadku zaburzeń neuropoznawczych (patrz zał. 3);

*Całościowe zaburzenia rozwoju* - ocenie należy poddać trzy obszary: koordynację ruchową, funkcje wykonawcze i umiejętności społeczne. **WAŻNE:** Deficyty w obszarze funkcji wykonawczych i umiejętności społecznych różnicują dzieci z ADHD i ASD (patrz zał. 3);

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Niepełnosprawność intelektualną* - należy ocenić kontekst występowania zaburzeń koncentracji uwagi, nadaktywności i impulsywności u dzieci i młodzieży. **WAŻNE:** W przypadku niepełnosprawności umysłowej objawy te mogą występować u dzieci i młodzieży, wobec których stawia się wymagania w nauce przekraczające ich możliwości intelektualne. Nie występują natomiast w czasie wykonywania innych zadań (patrz zał. 3);

- 1) Zaburzenia opozycyjno-buntownicze - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 2) Zaburzenia zachowania - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 3) Specyficzne zaburzenia uczenia się - wywiad i ocena wytworów dziecka. **WAŻNE:** W przypadku stwierdzenia ryzyka wystąpienia dysleksji rozwojowej, dziecko należy przekierować do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej;
- 4) Używanie substancji psychoaktywnych - wywiad;
- 5) Doświadczanie przemocy przez niepełnoletniego Klienta - wywiad.

### **W kierunku całościowych zaburzeń rozwoju**

**CEL:** Weryfikacja hipotezy diagnostycznej przez lekarza psychiatrę dim.

**Warunki zgłaszania** niepełnoletnich Klientów do konsultacji psychiatrycznej, którzy łącznie spełniają następujące kryteria, tj. Są:

- W wieku szkolnym;
- W normie intelektualnej;
- Pod opieką specjalistów I poziomu.

W innym przypadku niepełnoletni Klient powinien zostać skierowany na wielospecjalistyczną diagnostykę w Specjalistycznych Poradniach dla dzieci ze Spektrum Autyzmu.

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania zebrane przed pierwszą konsultacją psychiatryczną:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy (Załącznik nr 1);
- 2) Kwestionariusz medyczny (Załącznik nr 2);
- 3) Aktualna opinia ze szkoły;
- 4) Badanie wystandaryzowanymi dla polskiej populacji dzieci i młodzieży



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

narzędziami diagnostycznymi, których profil otrzymanych wyników (co najmniej 60 ten) wskazuje na spełnianie kryteriów diagnostycznych dla całościowych zaburzeń rozwoju;

5) Kwestionariusz/metoda:

6) SRS Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Spektrum Autyzmu (dzieci w wieku 2- 18 lat);

Aktualne badanie psychologiczne obejmujące:

- Iloraz inteligencji;
- Teorię umysłu;
- Kompetencje społeczne oraz
- Językowe dziecka.

Kwestionariusz/metoda:

- 1) Neuropsychologiczna bateria testów A. Borkowskiej i B. Daniluk (badanie kompetencji społecznych i pragmatycznych zaburzeń językowych);
- 2) Skala inteligencji Stanford-Binet 5 lub Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci (WISC-5);
- 3) System Oceny Zachowań Adaptacyjnych ABAS-3;
- 4) Wywiad do Diagnozy Autyzmu – Wersja zrewidowana- ADI-R
- 5) ADOS-2 Protokół obserwacji do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Badanie diagnostyczne należy przeprowadzić zgodnie ze Standardami diagnozy psychologicznej.

**PSYCHOLOGICZNA DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II Należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

*Zaburzenia więzi* - należy dokładnie zbadać rodzaj opieki sprawowanej przez rodziców w okresie pierwszych trzech lat życia dziecka oraz zwrócić uwagę na sposób i rodzaj nawiązywanej przez niego relacji z diagnostą. **WAŻNE:** Dzieci z reaktywnymi zaburzeniami więzi mogą prezentować objawy z trzech głównych obszarów ADHD (patrz zał. 3);

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka* - wywiad dot. Rozwoju mowy. **WAŻNE:** Charakteryzują się nieprawidłowym rozwojem mowy przy braku jakościowych zmian pod względem interakcji społecznej, a także bez ograniczenia zakresu zainteresowań i aktywności (patrz zał. 3);

*Niepełnosprawność intelektualna* - należy ocenić rozwój funkcji poznawczych. **WAŻNE:** Brak rozbieżności pomiędzy poziomem umiejętności komunikacji społecznych, a poziomem innych funkcji intelektualnych;

*Mutyzm wybiórczy* - należy ocenić rozwój dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa.

**WAŻNE:** Rozwój dziecka charakteryzuje się normatywnym rozwojem we wczesnym okresie życia i prawidłową komunikacją społeczną w sytuacjach i okolicznościach zapewniających "bezpieczeństwo" (patrz zał. 3).

### **W kierunku samookaleczania się bez tendencji suicydalnych**

**CEL:** Badanie fizykalne oraz ocena stanu psychicznego dziecka/nastolatka i konieczności włączenia farmakoterapii.

**Warunkiem zgłaszania** niepełnoletnich Klientów do konsultacji psychiatrycznej są samookaleczenia w nasileniu co najmniej umiarkowanym, tj. Częste, powtarzające się i liczne samookaleczenia, niewymagające interwencji chirurgicznej, bez względu na hipotezę diagnostyczną.

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania zebrane przed pierwszą konsultacją psychiatryczną:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy
- 2) Kwestionariusz medyczny
- 3) Wywiad w kierunku samookaleczeń pozwalający ocenić ich stopień nasilenia oraz ich mechanizm.

**MYŚLI SUICYDALNE Z TENDENCJĄ DO ICH REALIZACJI** (bez względu na hipotezę diagnostyczną).

**CEL:** Badanie psychiatryczne i fizykalne oraz ocena stanu psychicznego dziecka/nastolatka,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

weryfikacja konieczności włączenia farmakoterapii lub skierowania na psychiatryczną izbę przyjęć.

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania zebrane przed pierwszą konsultacją psychiatryczną:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy
- 2) Kwestionariusz medyczny
- 3) Wywiad oceniający stopień ryzyka podjęcia próby "S".

## ŚCIEŻKA II

**Przekazanie pacjenta pod opiekę lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz zespołu psychoterapeutycznego**

Przed skierowaniem pacjenta na konsultację psychiatryczną odbywa się spotkanie wyznaczonych specjalistów z poziomu I i II, w trakcie którego omawiany jest cel konsultacji, w tym weryfikacja zebranych niezbędnych dokumentów w zależności od hipotezy diagnostycznej/problematyki pacjenta określonych poniżej. Pacjenci poziomu I przekazywani są pod opiekę specjalistów z poziomu II w sytuacji:

- konieczności włączenia farmakoterapii;
- braku poprawy lub pogorszenia się stanu psychicznego pacjenta będącego w opiece psychologicznej-psychoterapeutycznej na poziomie I;
- występowania objawów wymagających leczenia w strukturze pzp lub oddziału dziennego.

**ZABURZENIA LĘKOWE** (nasilenie objawów zaburzających funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy;
- 2) Kwestionariusz medyczny;
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

w literaturze przedmiotu;

- 4) Oddziaływanie terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu;
- 5) Badanie wystandaryzowanym dla polskiej populacji dzieci i młodzieży narzędziem diagnostycznym, który wskazuje na nasilenie objawów powyżej 8 stena.
- 6) Narzędzia diagnostyczne:
- 7) STAIC - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci - dla osób w wieku 10-14 lat;
- 8) STAI - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI - dla osób w wieku 15-18 lat.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

1) *Lęk społeczny:*

- Normatywna nieśmiałość;
- Agorafobia;
- Separacyjne zaburzenia lękowe;
- Mutyzm wybiórczy;
- Spektrum zaburzeń autystycznych;
- Zaburzenia opozycyjno-buntownicze;
- Zaburzenia osobowości;
- Zaburzenia adaptacyjne - **WAŻNE:** nie powinno się oceniać nasilenia lęku u

Dzieci przez pierwszy miesiąc adaptacji w nowym środowisku, np. Przedszkole, szkoła, itp.

2) *Uogólnione zaburzenia lękowe:*

- Zaburzenia lękowe spowodowane innym stanem medycznym, np. Nadczynność Tarczycy;
- Społeczne zaburzenia lękowe;
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne;
- PTSD;
- Zaburzenia depresyjne, dwubiegunowe, psychotyczne.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych i doświadczanie przemocy.

**ZABURZENIA OBSESYJNO- KOMPULSYJNE** (nasilenie objawów zaburzających funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym)

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy
- 2) Kwestionariusz medyczny
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w Literaturze przedmiotu;
- 4) Oddziaływanie terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu;
- 5) Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wg DSM-IV i ICD-10 (Bryńska i Wolańczyk, 2005).

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) *Większe zaburzenia depresyjne* - **WAŻNE:** Natrętne myśli występujące na skutek zaburzeń nastroju są na ogół zgodne z nastrojem i nie muszą być odczuwane jako narzucające się wbrew woli lub woli;
- 2) *Zaburzenia odżywiania* - zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne różnią się od zaburzeń odżywiania treścią obsesji i kompulsji, które nie ograniczają się do obaw związanych z masą ciała i jedzeniem;
- 3) *Tiki* - **WAŻNE:** Na ogół tiki nie są tak złożone jak kompulsje i nie mają na celu neutralizacji
- 4) Obsesji;
- 5) *Zaburzenia psychotyczne* - **WAŻNE:** W przypadku wypowiedzianych przez pacjenta myśli urojeniowych konieczna jest weryfikacja występowania innych cech schizofrenii (np. Omamów, formalnego zaburzenia myślenia);



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

6) *Stereotypia w całościowych zaburzeniach rozwoju* - **WAŻNE:** Na ogół zachowania stereotypowe nie są tak złożone jak kompulsje i nie mają na celu neutralizacji obsesji.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych.

**ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO** (nasilenie objawów zaburzających funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II  
Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy;
- 2) Kwestionariusz medyczny;
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w literaturze przedmiotu;
- 4) Oddziaływanie terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze przedmiotu.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) *Zaburzenia adaptacyjne* - **WAŻNE:** W zaburzeniach adaptacyjnych dziecko/nastolatek był narażony na sytuację traumatyczną, ale nie występują u niego inne objawy charakterystyczne dla PTSD;
- 2) *Ostre zaburzenia stresowe* - **WAŻNE:** Czynnikiem różnicującym jest czas pojawienia się i trwania objawów;
- 3) *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne* - **WAŻNE:** Czynnikiem różnicującym jest treść natrętnych myśli, które nie są związane z wydarzeniem traumatycznym;
- 4) *Zaburzenia psychotyczne* - **WAŻNE:** Flashback w PTSD należy odróżnić od złudzeń, omamów i innych zniekształceń poznawczych.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych i doświadczania przemocy.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**EPIZOD DEPRESJI UMIARKOWANY LUB CIĘŻKI** (nasilenie objawów zaburzających funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy;
- 2) Kwestionariusz medyczny;
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w literaturze przedmiotu;
- 4) Oddziaływania terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu;
- 5) Badanie wystandaryzowanym dla polskiej populacji dzieci i młodzieży narzędziem diagnostycznym, którego wynik wskazuje na nasilenie powyżej 65 stena.

Narzędzie diagnostyczne:

- 6) CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) *ADHD* - szczególnie u dziewczynek deficyty wynikające z *ADHD* mogą być mylnie

Interpretowane jako objawy depresyjne;

- 2) Inny stan medyczny - np. Niedoczynność tarczycy, anemia;
- 3) Zaburzenia psychiatryczne - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5
- 4) Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 5) Reakcję adaptacyjną - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 6) Zespół stresu pourazowego (PTSD) - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych i doświadczanie przemocy.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**ADHD** (nasilenie objawów zaburzających funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy;
- 2) Kwestionariusz medyczny;
- 3) Aktualna opinia ze szkoły;
- 4) Analiza świadectw i zeszytów szkolnych;
- 5) Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) znormalizowany dla polskiej populacji dzieci i młodzieży wypełniony przez specjalistę poziomu I (wg ICD-10: min. 6 objawów Zaburzeń uwagi, min 3 objawy nadruchliwości, min 1 objaw impulsywności, wg DSM-5: 6-9 objawów z zaburzeń uwagi, 6-9 objawów z nadruchliwości+impulsywności);

Narzędzie diagnostyczne:

- 1) Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) według ICD-10 i DSM-IV TR Wolańczyk, Kołakowski (2005).
- 2) Badanie wystandaryzowanym dla polskiej populacji dzieci i młodzieży narzędziem diagnostycznym, który wskazuje na nasilenie objawów na skali: nieuwagi, nadaktywności/impulsywności i funkcji wykonawczych (co najmniej 65 sten), w co najmniej dwóch środowiskach a profil otrzymanych wyników jest co najmniej w 61% zbieżny z profilem dzieci z diagnozą ADHD lub badanie wystandaryzowanymi narzędziami diagnostycznymi poszczególnych funkcji wykonawczych, tj: selektywności uwagi i jej przerzutności oraz hamowania i pamięci roboczej, które wskazuje na dysfunkcję w tych obszarach u osoby będącej w normie intelektualnej.

Narzędzia diagnostyczne:

- CONNERS 3 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy ADHD ( od 6-18 r.ż.);
- Neuropsychologiczna bateria testów A. Borkowskiej i B. Daniluk;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- IDS- 2 i IDS- P;
- Sortowanie Kart dla Dzieci (SKD)- dzieci w wieku od 3 do 11 lat.

Badanie diagnostyczne należy przeprowadzić zgodnie ze Standardami diagnozy Psychologicznej .

3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w

4) Oddziaływania terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) Zaburzenia więzi - należy dokładnie zbadać rodzaj opieki sprawowanej przez rodziców w okresie pierwszych trzech lat życia dziecka oraz zwrócić uwagę na sposób i rodzaj nawiązywanej przez niego relacji z diagnostą. **WAŻNE:** Dzieci z reaktywnymi zaburzeniami więzi mogą prezentować objawy z trzech głównych obszarów ADHD;
- 2) Zaburzenia neuropoznawcze - należy zbadać początek występowania objawów. **WAŻNE:** W przypadku ADHD objawy zaczynają się znacznie wcześniej niż w przypadku zaburzeń neuropoznawczych;
- 3) Całościowe zaburzenia rozwoju - ocenie należy podać trzy obszary: koordynację ruchową, funkcje wykonawcze i umiejętności społeczne. **WAŻNE:** Deficyty w obszarze funkcji wykonawczych i umiejętności społecznych różnicują dzieci z ADHD i ASD;
- 4) Niepełnosprawność intelektualną - należy ocenić kontekst występowania zaburzeń koncentracji uwagi, nadaktywności i impulsywności u dzieci i młodzieży. **WAŻNE:** W przypadku niepełnosprawności umysłowej objawy te mogą występować u dzieci i młodzieży wobec których stawia się wymagania w nauce przekraczające ich możliwości intelektualne. Nie występują natomiast w czasie wykonywania innych zadań;
- 5) Zaburzenia opozycyjno-buntownicze - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 6) Zaburzenia zachowania - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 7) Specyficzne zaburzenia uczenia się - wywiad i ocena wytworów dziecka. **WAŻNE:** W przypadku stwierdzenia ryzyka wystąpienia dysleksji rozwojowej, dziecko należy przekierować do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej;
- 8) Używanie substancji psychoaktywnych - wywiad;
- 9) Doświadczanie przemocy przez niepełnoletniego Klienta - wywiad.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych.

**TIKI** (nasilenie objawów zaburzającym funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II  
Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy;
- 2) Kwestionariusz medyczny;
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w Literaturze przedmiotu;
- 4) Oddziaływanie terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) Zachowania stereotypowe w obrazie całościowych zaburzeń rozwojowych;
- 2) Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. **WAŻNE:** W porównaniu z tikami, zachowania obsesyjno-kompulsyjne są bardziej złożone i ukierunkowane na cel oraz wykonywane są one w określonym celu poznawczym.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych.

**ZABURZENIA WYDALANIA (moczenie dzienne/nocne nieorganiczne, zanieczyszczanie się kałem nieorganiczne)** nasilenie objawów zaburzającym funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy
- 2) Kwestionariusz medyczny
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w Literaturze przedmiotu;
- 4) Przeprowadzenie różnicowania moczenia pierwotnego/wtórniego;
- 5) W przypadku wtórnego zanieczyszczenia się kałem wykluczenie nadużycia/wykorzystania seksualnego.

## **ZACHOWANIE AUTOAGRESYWNE/AGRESYWNE (bez względu na hipotezę diagnostyczną)**

nasilenie objawów zaburzającym funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym.

## **OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- Kwestionariusz rozwojowy (Załącznik nr 1);
- Kwestionariusz medyczny (Załącznik nr 2);
- Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w Literaturze przedmiotu;
- Oddziaływania terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu. Dodatkowo zalecane: oddziaływania terapeutyczne w postaci treningu zastępowania agresji.

## **ZABURZENIA ODŻYWIANIA (JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY, ŻARŁOCZNOŚĆ PSYCHICZNA)**

Nasilenie objawów zaburzającym funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia Na poziomie co najmniej umiarkowanym.

## **OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II

Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 1) Kwestionariusz rozwojowy (Załącznik nr 1);
- 2) Kwestionariusz medyczny (Załącznik nr 2);
- 3) Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w Literaturze przedmiotu;
- 4) Oddziaływanie terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) *Stany medyczne* - zaburzenia odżywiania spowodowane stanem somatycznym;
- 2) *Epizod depresyjny* - w przebiegu którego następuje znaczny ubytek wagi i utrata apetytu;
- 3) *Schizofrenia* - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 4) *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne* - **WAŻNE:** koniecznie trzeba zbadać mechanizm ograniczenia lub odmowy spożywania posiłków.;
- 5) *Całościowe zaburzenia rozwoju* - **WAŻNE:** koniecznie trzeba zbadać mechanizm ograniczenia lub odmowy spożywania posiłków.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych.

**EPIZOD HIPOMANII/MANII** (nasilenie objawów zaburzającym funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II  
Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- Kwestionariusz rozwojowy (Załącznik nr 1);
- Kwestionariusz medyczny (Załącznik nr 2);
- Psychoedukacja opiekunów prawnych/pacjenta zgodnie ze standardami opisanymi w Literaturze przedmiotu;
- Oddziaływanie terapeutyczne zgodne ze standardami opisanymi w literaturze Przedmiotu;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) *ADHD* - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 2) *Zaburzenia osobowości typu borderline* - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 3) *Zaburzenia psychotyczne* - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5
- 4) *Inne stany medyczne* - np. *Nadczynność tarczycy*.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych.

**ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE** (nasilenie objawów zaburzającym funkcjonowanie dziecka/nastolatka w różnych sferach życia na poziomie co najmniej umiarkowanym).

**OBLIGATORYJNE** dokumenty i badania przed przekazaniem pacjenta na poziom II  
Przygotowane w ramach badań przez specjalistów I poziomu:

- 1) Kwestionariusz rozwojowy,
- 2) Kwestionariusz medyczny,
- 3) Badania wystandaryzowanymi narzędziami diagnostycznymi funkcji poznawczych - uczenie werbalno-językowe, pamięć wzrokowa, kontrola inhibicyjna, planowanie i przełączanie uwagi, pamięć ruchowa, pamięć operacyjna, fluencja słowna, myślenie przez kategorię, myślenie abstrakcyjne, tworzenie nadrzędnych kategorii.

Narzędzia diagnostyczne:

- 1) IDS Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w wieku 5-10 lat;
- 2) IDS-2 Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci i Młodzieży;
- 3) Neuropsychologiczna bateria testów A. Borkowskiej i B. Daniluk (badanie kompetencji
- 4) Społecznych i pragmatycznych zaburzeń językowych);
- 5) Skala inteligencji Stanford- Binet 5 lub Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci (WISC-5);
- 6) Leiter-3 Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera – wydanie trzecie - osoby w wieku 3-20 lat.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Badanie diagnostyczne należy przeprowadzić zgodnie ze Standardami diagnozy psychologicznej.

**DIAGNOZA RÓŻNICOWA.** Przed przekazaniem pacjenta na poziom II należy zweryfikować następujące hipotezy diagnostyczne:

- 1) Zaburzenia nastroju - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 2) Zaburzenia osobowości - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 3) Stan po spożyciu substancji psychoaktywnych - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 4) Zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5;
- 5) Całościowe zaburzenia rozwoju - kryteria diagnostyczne ICD-10, DSM-5.

**WAŻNE:** Należy wykluczyć zażywanie substancji psychoaktywnych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych**

Maria Załuska

Bieleńskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Szpital Bielański im ks. J. Popiełuszki w Warszawie, zaluskamaria@wp.pl

Mariusz Panek

Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce, Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo, daVinci Sp. z o.o., panekmariusz@wp.pl

Izabela Ciuńczyk

Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego, MEDISON Sp. z o.o., iza.ciunczyk@op.pl

Ewa Makiela

Centrum Zdrowia Psychicznego, Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu, makiela@pszs.eu

Ewa Piątkowska

Centrum Zdrowia Psychicznego, Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu, epiatkowska@pszs.eu

Kacper Wilk

Bieleńskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Szpital Bielański im ks. J. Popiełuszki w Warszawie, kwilk8@st.swps.edu.pl

## **Streszczenie**

Psychiatria środowiskowa to wciąż rozwijany model świadczenia wsparcia osobom w kryzysie psychicznym. Występuje w wielu formach w ramach wielu modeli z wariantami lokalnymi, charakterystycznymi dla regionów i krajów w których występują. W Polsce psychiatria środowiskowa dynamicznie rozwija się jako alternatywa dla leczenia szpitalnego. Model ten jest ewaluowany w celu dostarczenia możliwie skutecznych świadczeń pacjentom oraz opracowania potencjalnie najbardziej obiecujących ścieżek przyszłego rozwoju. Literatura naukowa dowodzi, że interwencje dostarczane w formie środowiskowej są skuteczne w poprawie stanu pacjentów, mogą być skuteczniejsze od standardowych metod

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

leczenia oraz mogą wiązać się z niższymi kosztami społecznymi. Wprowadzanie psychiatrii środowiskowej w Polsce opiera się na fundamentach do których należą ugruntowanie w lokalnej społeczności z zasadą odpowiedzialności terytorialnej, funkcjonowanie w ramach prawnych, zasada autonomii, określona struktura organizacyjna, kadre specjalistów tworzących zespół terapeutyczny zawierający asystentów zdrowienia, kompleksowość opieki i elastyczne dostosowanie do potrzeb pacjenta z poszanowaniem jego podmiotowości. W proponowanym modelu wdrażania centrów zdrowia psychicznego kluczowe jest zintegrowane świadczenie medyczne. Bazuje ono na mniejszych modułach, w tym podstawowym zawierającym punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, zespół ambulatoryjny, zespół środowiskowy oraz oddział dzienny i całodobowy. Wdrażanie psychiatrii środowiskowej powinno zawierać kroki obejmujące rozpoznanie potrzeb i zasobów w miejscu przyszłej implementacji centrum zdrowia psychicznego, opracowanie modelu organizacji centrum, rekrutacja i szkolenia personelu, utworzenie bazy środków stałych, nawiązanie relacji z innymi źródłami wsparcia dla osób doświadczających kryzysu psychicznego, organizacja sposobu pracy w tym promocji zdrowia i psychoedukacji z uwzględnieniem potrzeb lokalnej społeczności oraz organizacja klubów samopomocy.

**Słowa kluczowe:** centrum zdrowia psychicznego, psychiatria dorosłych

## **Wprowadzenie**

Podstawowymi założeniami psychiatrii środowiskowej (psychiatrii lokalnej wspólnoty) jest świadczenie wsparcia osobom z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego w pobliżu miejsca ich zamieszkania (Anczewska i in., 2020; Hat, Cechnicki, 2021) oraz zainteresowanie problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego w szerszym kontekście, niż koncentracja na redukcji objawów psychopatologicznych, co może przybierać formę promocji zdrowia psychicznego, jakości funkcjonowania czy prewencja zaburzeń. Jako złożony koncept zawiera w sobie komponent moralny wobec świadczenia wsparcia psychiatrycznego, stanowi o formie organizacji leczenia psychiatrycznego, samej formie leczenia oraz społecznym tle i kontekście świadczenia pomocy psychiatrycznej (Biechowska i in., 2022).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W perspektywie historycznej wdrażanie modelu środowiskowego stanowi odejście od modelu azylowego zakładającego długotrwały pobyt pacjenta w oderwaniu od jego naturalnego środowiska, pełnionych ról i relacji społecznych. Podejście środowiskowe stanowi odpowiedź na te problemy, jednocześnie umożliwia dotarcie z pomocą do większej ilości osób w tym wykluczonym, choćby ze względu na niepełnosprawność oraz pomoc zanim poziom trudności rozwinie się na tyle, że pacjent będzie hospitalizacji wymagał, oraz po zakończeniu hospitalizacji by zapobiec nawrotowi. Najczęściej wsparcie w psychiatrii lokalnej wspólnoty świadczy interdyscyplinarny zespół, który dąży do elastycznego dopasowania się do potrzeb pacjenta w celu zapewnienia adekwatnego wsparcia (Żaroń, 2018; Hat, Cechnicki, 2021; Biechowska i in., 2022).

Zmiana modelu świadczenia wsparcia psychiatrycznego bywa określana jako element procesu deinstytucjonalizacji czyli kierunku odchodzenia od centralnych niezintegrowanych ze strukturą lokalną instytucji w stronę podmiotów ściśle współpracujących z lokalną społecznością z możliwością uzupełnienia deficytów poprzez instytucje. Wskazuje się więc na kierunek reorganizacji układu świadczeń instytucjonalnych i środowiskowych w stronę komplementarności i współpracy (Skiba, Siwicki, 2021). Psychiatria środowiskowa występuje w wielu krajach i na różnych kontynentach. Między innymi ze względu na różnice lokalne przyjmuje ona wiele form, których systematyka stanowi poważne wyzwanie. W kontekście Zespołów leczenia środowiskowego (ZLS) na ten problem wskazuje Hat (2020), jednocześnie wskazując propozycję systematyki ZLS, która jest rozbieżna z zaproponowaną przez Nielsen z zespołem (2021). Przegląd Koekkoek, van Meijel i Hutschemaekers (2010) wskazuje na duże trudności w badaniu modelu CMHC ze względu na brak konkretnej standaryzacji modelu. W Polsce w kontekście regionu możemy wskazać na istnienie różnych form lub kategorii psychiatrii lokalnej wspólnoty. Niektóre formy mogą zawierać w sobie inne np. model Flexible Assertive Community Treatment (FACT) zawiera w sobie Assertive Community Treatment (ACT) i Community Mental Health Teams (CMHT) (Nielsen, Hjorthøj, Nordentoft, Christensen, 2021). Wszystkie powyższe modele mogą stanowić część funkcjonowania Community Mental Health Center (CMHC).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Efektywność psychiatrii środowiskowej**

Efekty interwencji w ramach psychiatrii środowiskowej są szeroko badane w literaturze naukowej. Między innymi przegląd Armijo i zespołu (2013), dotyczący stosowania interwencji środowiskowych w populacji pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi, wskazał na skuteczność assertive community treatment (ACT) w redukcji objawów pacjentów, wzrost ich jakości życia i aktywności zawodowej pacjentów oraz wiązały się z wysoką satysfakcją. Wykazano także obniżenie stosowania substancji psychoaktywnych (SPA) i zwiększenie ilości kontaktów pacjentów ze specjalistami ACT. Intensive case management (ICM) łączące w sobie elementy ACT z zarządzaniem przypadkiem (case management) wskazują na wzrost satysfakcji pacjentów, obniżenie postrzeganego ciężaru i stresu przez osoby opiekujące się pacjentami, poprawę w zakresie poziomu psychoaptologii, spadek niezaspokojonych potrzeb, wzrost poziomu funkcjonowania i obniżenie poziomu niepełnosprawności oraz wzrost jakości życia. Community re-entry module (CRM) jako świadczenie psychoedukacyjne prowadzone przez personel pielęgniarski przyczyniło się do wzrostu wiedzy pacjentów na temat ich trudności, wpłynęło na poprawę zarządzania własnym procesem zdrowienia oraz wiązało się z obniżeniem objawów, powrotem do aktywności zawodowej i funkcjonowania społecznego. Inny program psychoedukacyjny w zakresie choroby dedykowany osobom pochodzenia latynoskiego wykazał obniżenie nasilenia objawów i poczucia stygmatyzacji, poprawę poziomu funkcjonowania, jakości życia, jakości relacji społecznych i zdolności samoobsługowych. Zastosowanie CBT w ramach psychiatrii środowiskowej przyczyniło się do obniżenia objawów psychiatrycznych, depresyjnych, suicydalności i ilości hospitalizacji oraz poprawy poziomu funkcjonowania. Programy rehabilitacji poznawczej i poznawczo-społecznej przyczyniły się do obniżenia objawów i poprawy jakości życia. Critical time intervention (CTI) dedykowana osobom kończącym leczenie szpitalne wskazała na poprawę w zakresie objawów negatywnych i ilości nocy spędzanych poza miejscem zamieszkania. Wykazano także obniżanie ilości hospitalizacji, co przekładało się na oszczędność środków publicznych. Zastosowanie oddziaływań środowiskowych za pośrednictwem komputera przełożyło się na wzrost jakości życia pacjentów a pacjenci wykazujący najwięcej symptomów na początku uzyskali spadek ilości niezaspokojonych potrzeb. Program związany

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

z planowaniem leczenia psychofarmakologicznego spowodował wzrost w stosowaniu zaleconego leczenia przez pacjentów.

Model ACT stosowany wobec pacjentów z zaburzeniami wynikającymi z nadużywania SPA wydaje się być obiecującą formą świadczenia wsparcia. Przegląd Penzenstadler i zespołu (2021) wskazuje na ogólne pozytywne efekty ACT w ograniczaniu stosowania SPA, hospitalizacji i utrzymywaniu kontaktu pomiędzy pacjentem a specjalistami.

Przegląd i meta-analiza zespołu Katakis (2023) wskazuje na znacząco wyższą jakość interwencji środowiskowych względem standardowych form wsparcia, dla pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline. Wykazano skuteczność oddziaływań w redukcji objawów lękowych, depresyjnych oraz ogólnych objawów psychicznych.

Przegląd Simmonds i zespołu (2001) wskazuje na efektywność CMHT w postaci redukcji ilości samobójstw wśród pacjentów przy jednoczesnym niskim niezadowoleniu z uzyskanego wsparcia i niewielkim rezygnowaniu ze wsparcia. Przegląd Van Citters i Bartels (2004) wskazuje na spadek lub utrzymanie stanu psychiatrycznego pacjentów dzięki leczeniu środowiskowemu. Przy ogólnym spadku objawów psychiatrycznych najlepiej udokumentowano redukcję objawów depresyjnych.

Przegląd literatury dotyczącej modelu CMHC wskazuje na jego potencjalną możliwość skutecznego wsparcia osób z zaburzeniami osobowości. Jednocześnie wskazano na dysproporcje pomiędzy specjalistami świadczącymi wsparcie wobec pacjentów z zaburzeniami osobowości wykazano około dwa razy większy udział pielęgniarzy i terapeutów zajęciowych względem psychologów i psychiatrów (Koekkoek, van Meijel, Hutschemaekers, 2010). Przegląd Martens, Destoop i Dom (2021) wskazuje na ogólny niewielki pozytywny efekt interwencji w ramach CMHC na jakość życia związaną ze stanem zdrowia. Pojedyncze badania wykazywały pozytywne efekty dla pacjentów w postaci przeprowadzenia diagnozy poprzednio niezdiagnozowanych trudności fizycznych, poprawa w zakresie czynników ryzyka chorób przewlekłych (BMI, HDL, skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi) oraz poprawę w zakresie objawów psychiatrycznych i jakości życia związanej z czynnikami związanymi ze zdrowiem psychicznym.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Przegląd literatury i meta-analiza zespołu White (2020) eksplorująca efektywność wsparcia pacjentów przez asystentów zdrowienia wykazała umiarkowany pozytywny wpływ interwencji na subiektywnie oceniane zdrowienie i wzrost poczucia mocy (empowerment) pacjentów. Nie wykazano jednocześnie wpływu interwencji dostarczanej przez Ex-In na symptomy kliniczne i wykorzystanie świadczeń przez pacjentów, z jednoczesną sugestią możliwości wzmacniania siatki wsparcia społecznego. Wyniki wskazują na główną rolę asystentów zdrowienia w poprawie funkcjonowania pacjenta w wymiarze psychospołecznym, bez jednoczesnego bezpośredniego wpływu na nasilenie objawów psychopatologicznych.

Zespół Loots (2021) przeprowadził przegląd literatury i meta-analizę w celu eksploracji interwencji mających na celu poprawić stosowanie się do farmakoterapii przez pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową. Wzięte pod uwagę badania w 65% dotyczyły interwencji, które zastosowane były w ramach wsparcia środowiskowego w ramach CMHC. Z jednej strony nie wykazano różnic pomiędzy zastosowanymi interwencjami, z drugiej zastosowanie metod zróżnicowanych, opierających się zarówno o oddziaływanie behawioralne i edukacyjne wykazuje skuteczność w codziennej praktyce. Przegląd literatury i meta-analiza Lee, Tirlea i Haines (2020) wskazuje na redukcję przyjęć pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami otępiennymi do domów pomocy społecznej (nursing home) dzięki zastosowaniu koordynacji wsparcia środowiskowego.

Leczenie szpitalne i model środowiskowy ze względu na swoje założenia wiążą się z różnymi kosztami wynikającymi z świadczenia wsparcia. W literaturze pojawiają się doniesienia wskazujące na niższe koszty psychiatrii środowiskowej względem hospitalizacji, lub utrzymanie podobnego kosztu z jednoczesną większą skutecznością w poprawie stanu pacjenta (Rosenheck, Neale, 1998). Odnośnie bardziej specyficznych modeli lub form wsparcia w ramach psychiatrii środowiskowej wskazuje się na ogólnie niewiele niższy koszt intensywnej psychiatrycznej opieki środowiskowej (Intensive Psychiatric Community Care - IPCC) względem zwykłej formy leczenia szpitalnego (Rosenheck, Neale, 1998). Zespół Ougrin (2018) wykazał, że program wsparcia przy wypisie ze szpitala (Supported Discharge Service - SDS) funkcjonujący w ramach intensywnego leczenia środowiskowego wykazał duże





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

prawdopodobieństwo skuteczności względem kosztu pod kątem poziomu funkcjonowania pacjentów i stanu zdrowia skorygowanego przez jego jakość (Quality-Adjusted Life Year – QALY). Badanie nad zastosowaniem oddziaływań środowiskowych względem pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi w Czechach wskazuje na zadowalającą relację kosztu do jakości świadczonego wsparcia pod kątem QALY, gdzie koszt leczenia w środowisku był około o połowę mniejszy (Winkler i in., 2018). Podobne wyniki uzyskano pomiędzy 1981-1990 gdzie oddziaływania środowiskowe były około połowę tańsze od leczenia szpitalnego (Dauwalder, Ciompi, 1995). Wskazuje się także na to, że aktualnie funkcjonujące szpitale łatwiej mogą rozpocząć działanie w formie środowiskowej poprzez wytworzenie satelity o takim profilu działania, niż jednostki, które pojawiają się jako nowe na rynku usług medycznych (Perera, 2020).

Badanie efektywności wsparcia psychiatrii środowiskowej i jej modeli stanowi poważne wyzwanie. Decentralizacja oznacza w praktyce powstanie wielu miejsc, które przejmują pacjentów większych instytucji. To rozdrobnienie świadczeniodawców powoduje zwiększenie trudności w dotarciu do grup pacjentów zmagających się z konkretnym zaburzeniem lub wykazujących zbliżone cechy. Przy projektowaniu badania mającego analizować efektywność wsparcia udzielanego w konkretnym CZP utworzenie homogenicznej grupy może wymagać bardzo długiej rekrutacji. Drugim ważnym problemem dla badacza jest specyfika środowiskowego podejścia, które łączy w sobie wiele różnych interwencji. Z jednej strony oznacza to, że duże ilości pacjentów przyjętych do CZP mogą dzielić się na wiele mniejszych grup uzyskujących określone formy wsparcia, z drugiej, pacjenci często uzyskują wiele różnych świadczeń w ramach indywidualnego procesu zdrowienia. Należy wziąć pod uwagę także leczenie psychofarmakologiczne, które może być różne u pacjentów z podobną diagnozą i uzyskujących podobne świadczenia oraz może zmieniać się w czasie w obrębie historii leczenia pojedynczego pacjenta. Ze względu na powyższe trudności w badaniach ilościowych wskazane wydaje się tworzenie porozumień pomiędzy różnymi ośrodkami psychiatrii lokalnej wspólnoty, szacowanie możliwości rekrutacji grupy pacjentów o podobnych trudnościach oraz porozumienie w zakresie standaryzacji interwencji. Wspólna realizacja przedsięwzięć badawczych i ewaluacyjnych

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wydaje się wpisywać w założenia ideowe deinstytucjonalizacji. Dzięki współpracy badawczej można spodziewać się wzmocnienia współpracy klinicznej oraz stworzenia nowej platformy do dzielenia się doświadczeniami pomiędzy zespołami.

W kontekście badań przeglądowych i meta-analiz dużą trudnością jest brak precyzyjnej, powszechnej, a jednocześnie prostej systematyki modeli psychiatrii środowiskowej. W trakcie przeszukiwania baz danych nie można się w związku z tym posłużyć słowami kluczowymi, które umożliwią dostęp do badań stanowiących obiekt zainteresowania badacza. W projektowaniu meta-analiz należy zwrócić uwagę na stosowanie bardzo szerokiego wachlarza narzędzi pomiarowych do określania zmiennych psychologicznych w pojedynczych badaniach. Być może dobrą praktyką ułatwiającą przyszłe meta-analizy byłoby zaproponowanie ujednoczonych wskazań w zakresie psychometrii w psychiatrii środowiskowej, choćby w środowisku polskim. Taki wspólny przegląd metod badawczych mógłby przyczynić się do propozycji nowych narzędzi lub standaryzacji narzędzi już stosowanych w celu ułatwienia ewaluacji i badań.

Ewaluacja i badania nad skutecznością psychiatrii środowiskowej są istotne jako drogowskazy zarówno pod kątem podejmowania decyzji o tempie, wymiarze i formie deinstytucjonalizacji, jak i funkcjonowania już istniejących ośrodków świadczących wsparcie w tej formie. Określenie skuteczności leczenia środowiskowego jest zagadnieniem etycznym, gdyż stanowi o formie pożytkowania publicznych środków oraz o cierpieniu i dobrostanie lokalnych społeczności. Konieczne jest poszukiwanie możliwie skutecznych form wsparcia, które jednocześnie będą związane z możliwie niskimi kosztami. Porównanie różnych ośrodków, może wskazać na dobre – skuteczne praktyki, oraz stanowić informację o specyfice lokalnych problemów i wyzwań.

Badania powinny być prowadzone na poziomie systemowym w formie możliwie mało uciążliwej dla pacjentów i pracowników w oparciu o narzędzia i interwencje towarzyszące standardowej diagnozie. W przypadku badań precyzyjnych związanych z określonymi zmiennymi czy interwencjami należy projektować je w porozumieniu pomiędzy kilkoma ośrodkami psychiatrii środowiskowej by umożliwić zebranie satysfakcjonująco licznych grup osób badanych i, dzięki standaryzacji interwencji, uzyskać wysokiej jakości dane,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

umożliwiający wysnuwanie wniosków. Badania systemowe powinny być oparte o możliwości, a najlepiej darmowe narzędzia psychometryczne o satysfakcjonujących właściwościach psychometrycznych oraz dane biometryczne.

### **Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) – Community Mental Health Center**

CZP to forma organizacji świadczeń środowiskowych realizująca ochronę zdrowia psychicznego, zwiększanie jakości życia osób chorych i ich bliskich oraz zapewnianie dostępności wsparcia, w której opieka szpitalna możliwa jest dzięki współpracy z zewnętrznym podmiotem leczniczym. W ramach CZP może funkcjonować wiele modeli wsparcia świadczące rozmaite formy interwencji wobec pacjentów (Furtak-Niczyporuk, Filipek, 2016). W centrach zdrowia psychicznego (CZP typu A) poza oddziałami dziennymi, zespołem leczenia środowiskowego oraz poradnią zdrowia psychicznego funkcjonuje stacjonarny oddział całodobowy (Lisiecka-Biełanowicz, Biechowska, Cianciara, 2018).

**Aktywna terapia środowiskowa – Assertive Community Treatment (ACT).** ACT to forma bardzo intensywnej opieki łączącej w sobie wiele form wsparcia. Pacjent uzyskuje wsparcie od kilku osób a pojedynczy pracownik zajmuje się niewieloma pacjentami. Model ACT kierowany jest do pacjentów z poważnymi trudnościami ze zdrowiem psychicznym a wsparcie dostarczane jest głównie w środowisku pacjenta (Lundqvist i in, 2018, Thorning, Dixon, 2020).

**Zespoły Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) – Community Mental Health Teams (CMHT).** ZLŚ to podstawowa forma świadczenia opieki środowiskowej i wizyt domowych dla pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Wsparcie w ZLŚ może przybierać formy takie jak terapia indywidualna, grupowa, treningi umiejętności społecznych, rehabilitacja w postaci zajęciowej i turnusów, budowanie siatki wsparcia społecznego. ZLŚ podejmuje ciągłą odpowiedzialność za dostarczanie wsparcia pacjentom w rozmaitych kwestiach związanych z ich zdrowiem i życiem (Hat, 2020)

**Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK).** PZK stanowi pierwszy krok pacjenta w celu uzyskania wsparcia środowiskowego. Jego celem jest szybka rejestracja pacjenta,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zaplanowanie dalszej drogi postępowania poprzez koordynację świadczeń, a w przypadku doraźnej potrzeby zastosowanie interwencji kryzysowej (Anczewska i in., 2020).

**Poradnia zdrowia psychicznego (PZP).** PZP świadczą ambulatoryjne wsparcie pacjentom (Kiejna i in., 2022). Stanowią jeden z czterech filarów centrów zdrowia psychicznego (Lisiecka-Biełanowicz, Biechowska, Cianciara, 2018). W polskich poradniach zdrowia psychicznego w związku z zaburzeniami psychicznymi lub zachowania w 2011 leczyło się blisko 1.2 mln osób (Kasperek-Golimowska, 2016).

**Zespoły mobilne – Crisis Resolution and Home Treatment (CRHT).** Zespoły mobilne czyli wyodrębnione elementy struktury środowiskowe skupiające się na koordynacji leczenia w oparciu o indywidualne plany zdrowienia (IPZ). Polega często na integracji oddziaływań społecznych, i medycznych poprzez komunikacje z innymi instytucjami, które mogą udzielić szeroko rozumianego wsparcia. Wsparcie udzielane jest w miejscu występowania kryzysu, specjalista stara się tworzyć równorzędny dialog w kontrze do postawy eksperta wobec pacjenta. Zespół działa w oparciu o hierarchie potrzeb według istotności dla pacjenta, które są na bieżąco ewaluowane przez specjalistę w oparciu o informacje zwrotne od pacjenta. Pacjent dzięki przebywaniu w środowisku zachowuje poczucie bezpieczeństwa i odczuwają mniejsze obciążenie procesem zdrowienia jednocześnie oddziaływanie przeciwdziała stygmatyzacji pacjenta. W oparciu o środowisko życia można szeroko poznać sytuację pacjenta, jego rodziny i generować większą ilość propozycji postępowania, jednocześnie rozwijać możliwości funkcjonowania pacjenta w ich kontekście (Sjølie, Karlsson, Kim, 2010; Bartosiewicz-Niziołek, Kaczmarczyk-Partyka, Olszewski, Ostrowska, 2021).

**Koordynacja leczenia – Case Management (CM).** CM stanowi formę realizowania wsparcia nie będący jednocześnie sam w sobie interwencją. Polega na angażowaniu dostępnych interwencji w zależności od potrzeb pacjenta. CM może przekładać się na zmniejszanie długości hospitalizacji pacjentów (Hat, Cechnicki, 2021).

### **Formy wsparcia charakterystyczne dla psychiatrii środowiskowej**

**Ex-In.** Wraz z rozwojem psychiatrii środowiskowej jako modelu, możemy zaobserwować rozwój form interwencji w jej ramach. Nowe formy wsparcia dostarczane są między innymi

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

przez asystentów zdrowienia czyli ekspertów przez doświadczenie (Experienced Involvement, Ex-In), osoby, które same doświadczyły kryzysu związanego ze zdrowiem psychicznym i mogą wspierać inne osoby swoim doświadczeniem w procesie zdrowienia. Osoby te mogą przyczyniać się do budowania w pacjentach poczucia nadziei przez wspólnotę doświadczanych trudności. Asystenci zdrowienia między innymi mogą świadczyć wsparcie w ramach grupy samopomocowej, tworzyć, zarządzać i realizować zadania w ramach wyspecjalizowanych organizacji dostarczających wsparcia osobom na wczesnym etapie kryzysu psychicznego oraz dostarczać wsparcie w formie indywidualnych spotkań (Bartosiewicz-Niziołek, Kaczmarczyk-Partyka, Olszewski, Ostrowska, 2021).

**Otwarty dialog.** Otwarty dialog (ODA) stanowi metodę interwencji skoncentrowanej na relacjach pacjenta z jego bliskimi osobami z poszanowaniem jego podmiotowości i w ramach współodpowiedzialności za proces zdrowienia. Wywodzi się z założenia, że należy dostarczyć wsparcie pacjentowi na wczesnym etapie kryzysu poprzez metody terapeutyczne elastycznie dopasowujące się do potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz wykorzystujące zasoby pacjenta i jego środowiska rodzinnego. Jako interwencja ODA polega na otwartym spotkaniu w którym uczestniczy zarówno pacjent jak i bliskie mu osoby oraz moderujący spotkanie specjaliści. Podczas spotkania kluczowym czynnikiem terapeutycznym jest dialog przekładający się na możliwość wzajemnego wysłuchania przez uczestników sesji, stworzenie nowych opisów sytuacji i dzięki temu zbliżenie do rozwiązania trudności (Bartczak-Szermer, Rowiński, 2020).

**Hostel terapeutyczny.** W celu dostarczenia wsparcia pacjentom, którzy kończą leczenie szpitalne a jednocześnie nadal wymagają wsparcia wprowadzono środowiskowe hostele terapeutyczne. Ta innowacja ułatwia pacjentom adaptację do samodzielnego funkcjonowania dzięki przejściowemu okresowi o obniżonej intensywności leczenia z jednoczesnym wspieraniem umiejętności samoobsługowych, by ostatecznie pacjent mógł powrócić do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie (Hall, 2023). Innym zastosowaniem hostelu może być krótkotrwały pobyt w celu przetrwania chwilowego kryzysu, minimalizacji strat i uniknięcia hospitalizacji (Anderson i in., 2022).

**Kluby samopomocy.** Potrzeby społeczne pacjentów znajdują formę środowiskowej realizacji w postaci samopomocowych klubów pacjenta. To możliwość spędzenia czasu wśród innych

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

osób zmagających się z długotrwałymi trudnościami ze zdrowiem psychicznym.

Podstawowym celem klubów są działania na rzecz integracji osób o podobnych doświadczeniach i problemach życiowych wynikających z przebytego kryzysu psychicznego.

Jest to źródło wsparcia społecznego, jednocześnie forma podtrzymywania aktywności.

Pacjenci mogą korzystać z zajęć w różnych formach w tym wspólnej twórczości artystycznej, aktywności fizycznej, wspólnego gotowania etc. Pacjenci biorący udział w aktywnościach klubu pacjenta uczestniczą w planowaniu i realizacji zajęć (Meesters i in., 2019).

**Świadczenia za pomocą systemów teleinformatycznych (Telefon kryzysowy, telemedycyna).** Środowiskowa forma wsparcia psychiatrycznego, umożliwia w kontrze do szpitalnej formy leczenia, zastosowanie nowoczesnych form kontaktu z pacjentem. Zwłaszcza w kontekście COVID-19 środowiskowe instytucje uzyskały impuls do wdrożenia nowych form kontaktu z pacjentem np. przez telefon, by zaadaptować się do nowej sytuacji (Krzystanek i in., 2020; Zabrzygraj, A., Świtaj, P. 2021). Zastosowane innowacje mogą zostać na stałe wdrożone na stałe do oferty centrów by lepiej odpowiedzieć na potrzeby pacjentów. Na przykład konsultacje przez Internet zwiększają dostępność wsparcia dla pacjentów, zwiększają ich poczucie bezpieczeństwa, kontroli nad procesem terapeutycznym i anonimowości oraz łączą się z większą wygodą. Zwłaszcza w kontekście pacjentów z niepełnosprawnościami ruchowymi, odczuwającymi ekstremalny lek społeczny lub mający utrudniony dostęp do środków komunikacji takie formy udzielanego wsparcia stanowią element przeciwdziałający ich wykluczeniu (Lindsay, 2020).

**Środowiskowe domy samopomocy.** Środowiskowe domy samopomocy oferują pacjentom pomoc w formach takich jak:

- 1) Trening funkcjonowania w codziennym życiu (w tym: trening dbałości o wygląd zewnętrzny, trening nauki higieny, trening kulinarny, trening umiejętności praktycznych, trening gospodarowania własnymi środkami finansowymi);
- 2) Trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, w tym: kształtowanie pozytywnych relacji uczestnika z osobami bliskimi, sąsiadami, z innymi osobami w czasie zakupów, w środkach komunikacji publicznej, w urzędach, w instytucjach kultury;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 3) Trening umiejętności spędzania czasu wolnego, w tym: rozwijanie zainteresowań literaturą, audycjami radiowymi, telewizyjnymi, Internetem, udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych;
- 4) Poradnictwo psychologiczne;
- 5) Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;
- 6) Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w tym uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt u lekarza, pomoc w zakupie leków, pomoc w dotarciu do jednostek ochrony zdrowia;
- 7) Niezbędna opieka;
- 8) Terapia ruchowa, w tym: zajęcia sportowe, turystykę i rekreację.

**Mieszkania chronione i wspierane.** Mieszkanie chronione – wspomagane jest usługą świadczoną w społeczności lokalnej. Zapewnia ona osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego pomoc natury socjalno–bytowej i wsparcie w procesie leczenia i umożliwia osobom po przebytych kryzysach psychicznych zdobyć się na samodzielność. Daje możliwość odzyskania wiary we własne siły i wpływu na własne życie. Wsparcie może przybierać formy mieszkania:

- 1) 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;
- 2) Wspieranego - stanowiącego alternatywę dla pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego.

Mieszkania w powyższych modelach mogą być prowadzone i finansowane na podstawie ustawy o pomocy społecznej lub na podstawie innych wytycznych, np. projektowych RPO lub pilotażowych.

**Specjalistyczne usługi opiekuńcze.** Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze są szczególnym rodzajem usług opiekuńczych, zespołem oddziaływań wspierających osoby po przebytych kryzysie psychicznym w ich miejscu zamieszkania. Budują pomost adaptacyjny,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

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, instytucjami rynku pracy, organizacjami wyznaniowymi, pozarządowymi, instytucjami kultury, itp., przy pomocy osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze. Do podstawowych zadań 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, zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnienie finansowe i 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 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.
- 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 –



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

terapeutycznego zmierzającego 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.

### **Pilotaż w Centrach Zdrowia Psychicznego**

W uchwalonej w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994) zapisano, że do działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego polegają w szczególności na „[...] zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach centrów zdrowia psychicznego, oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym”. Działania różnych środowisk użytkowników, ich rodzin, ekspertów doprowadziły do decyzji Ministra Zdrowia w 2018 roku o utworzeniu pierwszych pilotażowych Centrów Zdrowia Psychicznego, a rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego reguluje organizację i funkcjonowanie Centrów. Do 31 grudnia 2023 roku powstało 129 Centrów Zdrowia Psychicznego we wszystkich województwach. Opieka psychiatryczna sprawowana przez Centra Zdrowia Psychicznego jest pierwszym podstawowym poziomem opieki w trójstopniowym zreformowanym systemie ochrony zdrowia psychicznego, obok drugiego poziomu referencyjnego – programy zdrowotne, np. dla osób z zaburzeniami afektywnymi lekoopornymi i trzeciego poziomu referencyjnego – ośrodków klinicznych - uniwersyteckich. Fundamentalne założenia pilotażu CZP sprowadzają się do poniższych punktów.

**Wdrożenie wsparcia w formie psychiatrii lokalnej społeczności.** Dzięki niemu CZP staje się widocznym punktem na mapie lokalnych instytucji publicznych. Przeciwdziała to wykluczeniu społecznemu osób w kryzysie psychicznym. Umożliwia także stworzenie sieci różnych instytucji współpracujących ze sobą w celu ustalenia optymalnego planu zdrowienia dostosowanego do potrzeb osoby w kryzysie.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Podstawy prawne.** CZP funkcjonuje w oparciu o Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 z późniejszymi zmianami i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z kolejnymi zmianami. Powyższe akty prawne porządkują funkcjonowanie i organizację CZP. Wyzwaniem jest konieczność wprowadzenia kolejnych zmian ustawowych, które będą dawały podstawy do działania systemowego, a nie pilotażowego.

**Autonomia.** Opisana w standardach organizacyjnych (2020) stworzonych przez Biuro ds. pilotażu jako „CZP jest wyodrębnioną samobilansującą się częścią podmiotu leczniczego (prowadzącą księgi rachunkowe i sporządzającą samodzielne sprawozdanie finansowe). CZP jako zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu ustawy o statystyce publicznej, dla której sporządza się odrębny bilans. Podmiot leczniczy, w którego skład wchodzi CZP, sporządza łączne sprawozdanie finansowe, będące sumą sprawozdania finansowego tego podmiotu leczniczego i CZP”. Dzięki autonomii liderzy CZP mogą dostosować funkcjonowanie, zespół terapeutyczny, strukturę organizacyjną i strukturę wydatkowania budżetu Centrum do potrzeb populacji objętej opieką psychiatryczną.

**Określona struktura organizacyjna.** W skład CZP typu A wchodzi – Punkt Zgłoszeniowo – Koordynacyjny, Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespoły Leczenia Środowiskowego, Oddział Dzienny Psychiatryczny i Oddział Psychiatryczny. W CZP typu B nie ma Oddziału Psychiatrycznego. Taka struktura umożliwi zaoferowanie skoordynowanej, kompleksowej i dostosowanej do potrzeb pomocy dla osoby w kryzysie psychicznym.

Nowatorską komórką organizacyjną w CZP jest Punkt Zgłoszeniowo – Koordynacyjny, który pracuje od poniedziałku do piątku od 08.00 do 18.00. Do Punktu może zgłosić się każda osoba potrzebująca pomocy. PZK gwarantują szeroką dostępność świadczeń. Nie jest wymagane skierowanie, nie ma listy osób oczekujących, co jest możliwe dzięki ryczałtowi. Zgodnie z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego zadaniem PZK jest:

- 1) udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 2) przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania terapeutycznego oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb;
- 3) uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego, w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia;
- 4) w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej;
- 5) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

**Zespół terapeutyczny.** Zgodnie z rozporządzeniem wymaganych jest minimum 0,6 etatu na 1000 mieszkańców w CZP typu A i 0,4 etatu w CZP typu B. W CZP są zatrudnione osoby z zawodami takimi jak (psychiatra, psycholog, ratownik medyczny, dietetyk, doradca zawodowy, pracownik socjalny, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia, rejestrator medyczny. Umożliwia to stworzeniem planu terapii i zdrowienia dostosowanego do potrzeb osoby w kryzysie. Praca w CZP sprzyja rozwojowi zawodowemu i udziałowi w szkoleniu terapeuty środowiskowego, psychoterapeuty, asystenta zdrowienia.

**Zatrudnienie asystentów zdrowienia.** Asystenci zdrowienia dzięki doświadczeniu kryzysu psychotycznego i wyszkoleniu w pomaganiu innym osobom w kryzysie psychicznym mogą udzielić unikalnej formy wsparcia oraz wzmacniać nadzieję na wyzdrowienie osób w kryzysie.

**Odpowiedzialność terytorialna.** Dzięki odpowiedzialności terytorialnej każdy mieszkaniec może szukać pomocy najbliżej miejsca zamieszkania. Centrum Zdrowia Psychicznego musi być tak zorganizowane, by możliwie skutecznie dostarczać wsparcie osobom zamieszkującym obszar pilotażowy.

**Opieka kompleksowa i dostosowana do potrzeb osoby w kryzysie.** Standardem w CZP jest uzgodnienie właściwej współpracy międzyresortowej w celu zapewnienia kompleksowej pomocy dla osób w kryzysach. Zapewnienie pracy, mieszkania, dochodu i zaspokojenie innych podstawowych potrzeb jest niezbędnym czynnikiem zdrowienia. Ustalenie zasad współpracy z opieką społeczną, organizacjami pozarządowymi i innymi sprzyja zdrowieniu. Ustalenie zasad współpracy z innymi jednostkami ochrony zdrowia w celu zapewnienia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

pomocy specjalistycznej w zakresie innych specjalizacji medycznych jest również niezbędnym elementem zdrowienia pacjentów o takich potrzebach. Jest to zwłaszcza istotne, gdyż średnia życia osób w kryzysach psychicznych jest krótsza niż osób nie doświadczających zaburzeń psychicznych.

**Standardy oparte o poszanowanie podmiotowości użytkowników systemu ochrony zdrowia.** W ramach CZP standardy organizacyjne, wytyczne i rekomendacje terapeutyczne – opisane są w oparciu o prawa, wolność i godność pacjentów. CZP udziela wsparcia psychicznego w oparciu o naukę i praktyki.

Wprowadzenie powyższych fundamentów było możliwe dzięki rewolucyjnej zmianie jaką była zmiana zasad finansowania. Do 2018 jednostki wykonujące świadczenia psychiatryczne miały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) wg zasady fee-for-service. Taka struktura kontraktu wymuszała przede wszystkim dbałość o ilość wykonywanych usług, bo wielkość budżetu zależna była „wyrobień limitu usług”, a ponieważ największy kontrakt dotyczył usług w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym, więc najdłużej i najczęściej udzielono pomocy osobom w kryzysach w ramach hospitalizacji w oddziale stacjonarnym. Dominowała psychiatria azylowa. W 2018 w ramach programu pilotażowego wprowadzono rewolucyjną zmianę – budżet powierzony. Budżet powierzony jest wyliczony na podstawie liczby dorosłej populacji z obszaru odpowiedzialności CZP i stawki ryczałtowej ustalonej na dane półrocze. Zgodnie z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego § 24 „Przekazywane przez Fundusz środki w ramach umowy o realizację pilotażu mogą być rozliczone z zastrzeżeniem możliwości wykorzystania ich wyłącznie na:

- 1) pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania centrum związanych z udzielaniem świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także zapewnieniem gotowości ich udzielania na rzecz populacji objętej pilotażem;
- 2) wyposażenie, budowę, rozbudowę, utrzymanie i modernizację infrastruktury jednostek i komórek organizacyjnych wchodzącym w skład centrum [...]” (2018).



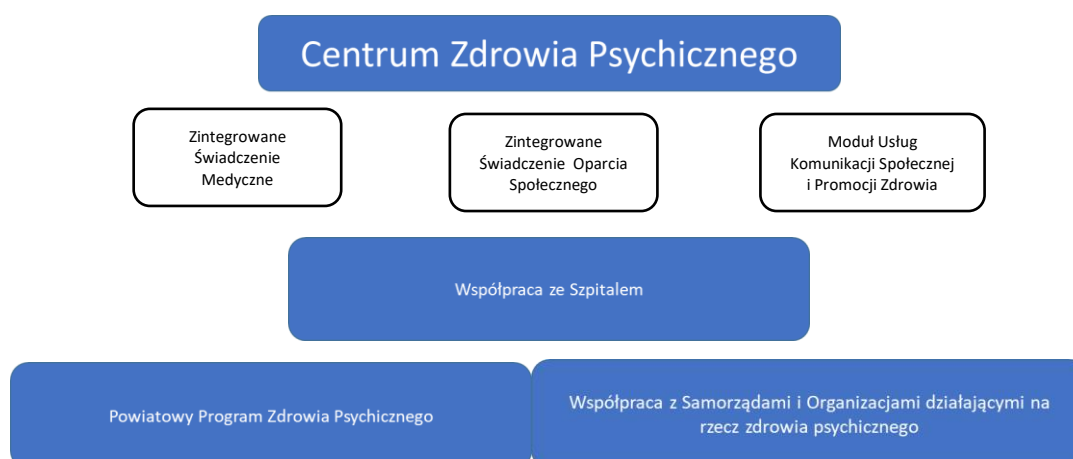
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Tak zdefiniowany budżet CZP daje możliwość zadbania o jakość opieki psychiatrycznej, przesunięcie opieki psychiatrycznej z oddziału do środowiska domowego osoby w kryzysie psychicznym oraz wprowadzenie wymienionych powyżej fundamentów zmiany w CZP.

Zadania CZP realizowane komplementarnie podążają za Pacjentem od pierwszego kryzysu po ponowne wejście w rolę zawodową czy odbudowanie relacji interpersonalnych (role społeczne), zapewniając całe spektrum działań leczniczo – rehabilitacyjnych i społecznych przy zachowaniu ciągłości terapeutycznej. Stąd, w działaniach Centrum powinny działać funkcjonalne katalogi usług:

- 1) oddziaływania medyczne – Zintegrowane Świadczenie Medyczne,
- 2) oddziaływania społeczne – Zintegrowane Świadczenie Oparcia Społecznego,
- 3) oddziaływania profilaktyczno – edukacyjne – Moduł Usług Komunikacji Społecznej i Promocji Zdrowia

Rysunek 1. Schemat struktury funkcjonalnej Centrum Zdrowia Psychicznego



### Zintegrowane Świadczenie Medyczne

CZP w ramach zintegrowanego świadczenia medycznego będzie funkcjonować jako połączenie dwóch modułów organizacyjnych, które różnią się zupełnie innym rodzajem usług oraz inną kosztownością ich realizacji:

1. Moduł Podstawowy z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## 2. Moduł Dzienny i Całodobowy.

W skład Modułu Podstawowego wchodzi następujące rodzaje świadczeń: 1) pierwszy kontakt w ramach punktu zgłoszeniowo-konsultacyjnego, 2) świadczenia ambulatoryjne w ramach poradni zdrowia psychicznego oraz 3) świadczenia środowiskowe w ramach zespołu leczenia środowiskowego. Każdy pracownik Modułu Podstawowego realizuje świadczenia w siedzibie Centrum, miejscu zamieszkania / przebywania Pacjenta oraz w miejscu niezbędnym dla realizacji celów PTiZ.

### *Pierwszy kontakt w punkcie zgłoszeniowo – koordynacyjnym*

Punkt jako część Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego organizująca pierwszy kontakt, dysponuje różnymi usługami medycznymi oraz społecznymi. Jest pierwszym miejscem, w którym pacjent przekazuje informacje o swoim problemie, kontekście sytuacji w której znajduje się itd. W ramach pierwszego kontaktu zespół powinien dowiedzieć się o dotychczasowych efektach oddziaływania oraz aktualnej formie współpracy pacjenta z innymi instytucjami. Tutaj powinna być ustalana potrzeba koordynacji czy rodzaju opieki adekwatnej do zgłaszanego problemu (wstępna diagnoza) i możliwości pacjenta, tzw. triaż psychologiczno-psychiatryczno-społeczny. Punkt jest również miejscem komunikowania się zdrowiejących Pacjentów z różnymi instytucjami oraz stanowi centrum koordynacyjne wszelkich działań profilaktycznych, edukacyjnych, dot. kampanii i informacji społecznych na terenie działania Centrum. Docelowo, wszyscy mieszkańcy powinni posiadać informację o istnieniu Punktów Zgłoszeniowo - Koordynacyjnych (PZK - CK) oraz o ich dostępności. Ponadto, wraz z pozyskiwaniem informacji od zgłaszających się pacjentów lub specjalistów z innych instytucji w PZK, Centrum może lepiej dostosować programy profilaktyczne dla danej społeczności lokalnej.

Dyżury w PZK pełnią członkowie zespołu Modułu Podstawowego z zastrzeżeniem, że zawsze są to osoby kompetentne, z doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Osoba odbierająca zgłoszenie działa zgodnie z triażem (por. Victoria Government Department of Health, 2010) i jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego kontaktu z pacjentem w ciągu maksymalnie 72 godzin (tryb pilny). Mieszkańcy np.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

powiatów, zarówno osoby doświadczające kryzysu psychicznego, jak i osoby z ich otoczenia (sieć wsparcia) - którzy wcześniej nie korzystali z usług CZP - powinni zostać poinformowani w ramach działań promocyjnych CZP o procedurze postępowania na wypadek pojawienia się kryzysu – standardowo jest to kontakt z PZK lub w przypadku zagrażającym zdrowiu lub życia z izbą przyjęć.

W wyniku analizy aktualnych trudności osoby i kontekstu zgłoszenia, pracownik PZK kieruje pacjenta do objęcia leczeniem przez CZP (zapisuje pierwszorazową wizytę) organizuje interwencję w miejscu jego przebywania lub oferuje usługi noclegowe nieszpitalne lub na wypadek takiej konieczności - pomoc w dotarciu do szpitala (wezwanie kartki). W przypadku sytuacji, gdy Pacjent nie jest w stanie dotrzeć na pierwszy kontakt do Centrum, może udać się zespół środowiskowy. Rozmowa z Pacjentem i jego rodziną ma służyć rozpoznaniu problemów rodziny w związku z kryzysem bliskiej osoby; ustaleniu dalszych działań adekwatnych do stanu zdrowia Pacjenta, a także udzielenie informacji, wsparcia, zbudowanie motywacji wszystkich zaangażowanych osób, celem podjęcia ukierunkowanego procesu zdrowienia.

Podczas spotkania lub w razie potrzeby, kilku spotkań pierwszego kontaktu, przeprowadzana jest wstępna kwalifikacja pacjenta - na podstawie zebranych informacji wypełniany zostaje **arkusz obserwacyjny**, w którym wspólnie z Pacjentem wypracowywany jest odpowiedni dla niego rodzaj pomocy udzielanej przez CZP (CZP) w warunkach ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego, dziennych, całodobowych nieszpitalnych oddziałów lub szpitalnych.

### *Świadczenia ambulatoryjne w poradni zdrowia psychicznego*

W module podstawowym realizowane są zadania kompleksowej diagnozy psychiatryczno-medycznej, psychologiczno-społecznej i socjalno-środowiskowej z oceną funkcjonowania Pacjenta przy wykorzystaniu klasyfikacji ICF (por. Pawlak, 2023). Wykonywane są wywiady, konsultacje specjalistyczne oraz (w przypadku stwierdzonej konieczności) Pacjenci kierowani są na badania dodatkowe (diagnostyczno-obrazowe, EEG, laboratoryjne, tomograf, rezonans, stomatolog itp.). Zespół wraz z pacjentem przygotowuje PTiZ, w którym zawarte są oddziaływania farmakologiczne, społeczne, psychoedukacyjne,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

pomoc psychologiczna, psychoterapia, realizowane w ramach świadczeń ambulatoryjnych. W razie potrzeby, elementy planu mogą być korygowane wspólnie przez zespół i Pacjenta. Częstotliwość spotkań/wizyt zależy od potrzeb i stanu zdrowia Pacjenta.

### *Świadczenia środowiskowe w zespole leczenia środowiskowego*

Leczenie środowiskowe osób pozostających w opiece czynnej, które ze względu na stwierdzone objawy, problemy w codziennym funkcjonowaniu oraz niedostateczne oparcie społeczne, nie kwalifikują się do korzystania z leczenia ambulatoryjnego, ale nie spełniają kryterium hospitalizacji. Szczególne wskazania do leczenia środowiskowego mają osoby o przewlekłym przebiegu choroby, z trudnościami w zakresie współpracy w terapii. Zadaniem specjalistów jest wykazanie inicjatywy i zainteresowanie dalszym procesem zdrowienia Pacjenta (po udzieleniu świadczenia) oraz utrzymanie z nim stałego kontaktu.

Specjaliści swoje zadania realizują zgodnie z PTiZ. Co pół roku następuje ewaluacja procesu, w wyniku której PTiZ może ulegać modyfikacji. Jeśli zajdzie taka potrzeba kolejno zespół z Pacjentem i jego siecią oparcia przygotowuje plan kryzysowy. Jest to instrukcja obsługi dla wszystkich uczestników procesu na wypadek pogorszenia się stanu psychicznego Pacjenta. Zespół Leczenia Środowiskowego zajmuje się leczeniem, rehabilitacją osób dorosłych chorujących psychicznie, które zamieszkują obszar działania Centrum. Celem pracy członków Zespołów jest stałe monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej Pacjentów, praca nad ich motywacją do współpracy i reagowanie w sytuacjach kryzysowych. W tym zakresie współpracują z ich rodzinami oraz opiekunami.

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.

Zespół specjalistów z Modułu Podstawowego zapewnia wsparcie również pacjentom z DPS w zakresie:

- świadczenia terapeutyczne,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- leki niezbędne w stanach nagłych,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- działania edukacyjno – konsultacyjne dla rodzin,
- koordynacja usług medycznych i społecznych w ramach PTiZ,
- wizyta/porada domowa lub środowiskowa wizyta/porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotycząca także rodziny lub opiekunów i obejmująca: ocenę postępu leczenia oraz realizację i koordynację zadań zaplanowanych w PTiZ;
- wizyta udzielana przez osobę prowadzącą terapię środowiskową, dotycząca także rodzin lub opiekunów i obejmująca: ocenę postępu leczenia, realizację i koordynację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie zdrowienia, niezbędne skierowanie do lekarza lub psychologa, działania informacyjno-motywacyjne na wstępnym etapie kontaktu świadczeniobiorcy z placówką przed ustaleniem diagnozy i planu terapii i zdrowienia.

Pracownicy Modułu Podstawowego powinni być gotowi do realizacji wszystkich usług z trzech wskazanych zakresów realizowanych w PZK, PZP, ZLŚ, zgodnie ze swoimi kompetencjami. Oznacza to, że każdy z pracowników może pełnić dyżur w PZK, świadczyć usługi ambulatoryjne i realizować wizyty domowe. Istotne jest prowadzenie tak CZP, aby ten moduł mógł mieć jeden harmonogram pracy.

### *Świadczenia dzienne i stacjonarne*

Świadczenia realizowane w ramach Modułu Podstawowego mogą być uzupełnione przez świadczenia realizowane w Module Dziennym i Całodobowym. Na ten moduł składają się trzy elementy:

- oddział dzienny psychiatryczny,
- noclegowe miejsca interwencyjne,
- grupy treningu psychologicznego grupowego - w godzinach popołudniowych.

W Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce funkcję organizacyjno-koordynacyjną będzie mieć Koordynator Zespołu Modułu Dziennego i Całodobowego.

Wskazaniem do leczenia w trybie dziennym jest stan psychiczny Pacjenta wymagający

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

intensywnej opieki lekarskiej, wsparcia psychologicznego i psychoterapeutycznego oraz usług pielęgniarских, których nie można zapewnić w poradni lub w leczeniu środowiskowym. Jednocześnie nie ma bezwzględnych wskazań do hospitalizacji Pacjenta w trybie stacjonarnym. Pobyt w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym trwa do 12 tygodni i ma służyć poprawie stanu psychicznego Pacjenta, redukcji objawów chorobowych, a także aktywizacji i pomocy w podjęciu aktywności społecznej oraz zawodowej.

Usługi Oddziału Dziennego Psychiatrycznego są realizowane od poniedziałku do piątku, w godzinach od 08.00 do 15:00.

Oddział Dzienny Psychiatryczny obecnie zapewnia miejsce dla 25 pacjentów dla populacji 100 tys. mieszkańców.

Przed przyjęciem pacjenta do Oddziału Dziennego Psychiatrycznego odbywa się spotkanie konsultacyjne, w którym uczestniczą: lekarz specjalista psychiatra oraz psycholog / psychoterapeuta pracujący w ODP.

W trakcie kwalifikacji weryfikowane jest spełnianie przez pacjenta określonych wymogów, tj:

- przedstawienie ważnego skierowania na pobyt w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym od lekarza psychiatry lub od lekarza pierwszego kontaktu;
- wskazań lekarskich, które potwierdzą, że stan psychiczny pacjenta wymaga leczenia w systemie dziennym;
- wskazań psychologicznych, które pomogą zrealizować program terapeutyczno-rehabilitacyjny;
- wyrażenie zgody przez pacjenta na podjęcie leczenia w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym oraz dostarczenie niezbędnej dokumentacji medycznej z wcześniejszego leczenia.

Zakres usług w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym:

- 1) Świadczenia terapeutyczne,
- 2) Niezbędne badania diagnostyczne,
- 3) Farmakoterapia,
- 4) Wyżywienie (jeden posiłek w dniu udzielania świadczeń),



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 5) Działania edukacyjno – konsultacyjne dla rodzin,
- 6) Usługi asystentów zdrowienia,
- 7) Superwizja zespołu Oddziału Dziennego Psychiatrycznego.

Leczenie w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym jest realizowane na podstawie IPTiZ, opracowanym przez personel Oddziału wraz z pacjentem oraz w ścisłej współpracy z Koordynatorem Opieki. Oddziaływania terapeutyczne obejmują różne formy diagnozy i terapii, których celem jest poznanie przyczyn zaburzeń, zrozumienie ich mechanizmów, a przede wszystkim poprawa funkcjonowania psychospołecznego. Model terapeutyczny opiera się na zapewnieniu specjalistycznej opieki lekarskiej, psychologicznej, pielęgniarstwa oraz psychoterapeutycznej. Na oddziale prowadzona jest farmakoterapia, psychoterapia grupowa oraz indywidualna, oddziaływania psychospołeczne oraz socjoterapeutyczne.

Pacjentom w trakcie pobytu w Oddziale oferowane są:

- psychoterapia indywidualna i grupowa,
- specjalistyczna opieka lekarska, porady lekarza psychiatry,
- specjalistyczna opieka pielęgniarstwa,
- treningi poznawcze,
- treningi umiejętności społecznych,
- treningi asertywności i komunikacji,
- treningi inteligencji emocjonalnej,
- zajęcia psychoedukacyjne,
- terapia zajęciowa,
- zajęcia relaksacyjne, połączone z muzykoterapią,
- psychorysunek,
- treningi kulinarne,
- zajęcia sportowe dostosowane do wieku i sprawności ruchowej pacjenta,
- spacer, wycieczki i zajęcia w terenie.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Oddział Dzienny Psychiatryczny swoją opieką obejmuje również rodziny Pacjentów, proponując im spotkania edukacyjno-konsultacyjne, sesje psychoterapii rodzinnej oraz spotkania terapeutyczne prowadzone metodą np. Otwartego Dialogu.

Centrum Zdrowia Psychicznego może zorganizować w ramach swoich usług noclegowe miejsca interwencyjne. Są one usługą o charakterze interwencyjnym, dotychczas nie występującą w ofercie usług zdrowotnych, stanowi więc **usługę innowacyjną**. Przeznaczone są dla pacjenta, który samodzielnie w warunkach domowych, nie jest w stanie przetrwać kryzysu, ale jeszcze nie wymaga hospitalizacji. CZP (CZP), aby uruchomić taką usługę, powinno posiadać od dwóch do czterech pokoi jedno- lub dwuosobowych, z łazienką, przeznaczonych dla pacjentów w kryzysie psychicznym, nie wymagających hospitalizacji, czyli w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Decyzja o przyjęciu do interwencyjnego miejsca noclegowego jest wypracowywana przez zespół specjalistów związany z PTiZ, Pacjenta i jego sieć oparcia przy ewentualnym udziale innych niezbędnych specjalistów. Decyzję w tym zakresie zatwierdza lekarz specjalista psychiatra. Decyzję o zakończeniu pobytu podejmuje się w tym samym gronie. Personel noclegowych miejsc interwencyjnych zapewnia całodobową opiekę. W trakcie dyżuru nocnego lub świątecznego są to dwie osoby: pielęgniarka i psycholog. W dzień rolę opieki medycznej przejmuje zespół ambulatorium, oddziału dziennego lub pacjent realizuje swoje zadania poza Centrum (np. praca, szkoła, ŚDS, WTZ). Do koordynacji swojego procesu zdrowienia pacjent otrzymuje równoległe pomoc koordynatora opieki zapewniającego ciągłość terapeutyczną. Zespół pełniący dyżur w ramach noclegowych miejsc interwencyjnych pełni również dyżur na całodobowej infolinii przez siedem dni w tygodniu.

W ramach działania Modułu Dziennego i Całodobowego CZP dla pacjentów z obszaru działania Centrum przewidziane jest rozszerzenie oferty proponowanych form wsparcia psychologicznego o organizowanie w godzinach popołudniowych grup treningu psychologicznego (np. trening umiejętności DBT dla osób z zaburzeniami osobowości, trening metapoznawczy dla osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychotycznymi / depresyjnymi, grupa terapeutyczna dla rodzin osób przewlekle chorujących psychicznie, itd.). Istotne jest, aby programy miały uznaną wartość a ich skuteczność była zweryfikowana w badaniach.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### *Współpraca i koordynacja opieki z oddziałem stacjonarnym psychiatrycznym szpitala*

Relacja pomiędzy szpitalem a CZP może być relacją dwustronną, tzn. stroną inicjującą kontakt w celu kontynuacji leczenia Pacjenta może być każda ze stron. Ze względu na zróżnicowanie w dostępie do świadczeń psychiatrycznych całodobowych w formule oddziału stacjonarnego oraz sposób powiązania Szpitala z Centrum zaproponowane zostały różne warianty tej relacji.

### **Oddział stacjonarny psychiatryczny w strukturze Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego**

Szpital – monoprofilowy psychiatryczny lub wieloprofilowy - organizuje zintegrowane świadczenia medyczne, zintegrowane usługi oparcia społecznego oraz profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego na danym terenie. Regulacje dotyczące ścieżki leczenia w Szpitalu z uwzględnieniem Modułu Podstawowego oraz Modułu Dziennego i Całodobowego powinny być ujęte w organizacji Szpitala, który uruchomił CZP. W pilotażu CZP jest to określone jako CZP typu A. Wszystkie usługi środowiskowe są blisko miejsca zamieszkania i naturalnie skoordynowane z leczeniem szpitalnym. Oddział realizuje ofertę leczenia całodobowego szpitalnego zgodnie z regulacjami prawnymi. Wraz z rozwojem usług środowiskowych można przewidywać spadek hospitalizacji (por. Załuska, Panek, Ciuńczyk, Makiela, Piątkowska, Wilk; 2023). Wraz ze spadkiem zapotrzebowania na hospitalizację, część zespołu będzie mogła coraz więcej angażować się w pracę środowiskową. Środki finansowe przeznaczone na CZP (typ A) zostają takie same. Rozliczanie kapitacyjne pozwala na elastyczne dostosowanie oferty CZP w ramach szpitala i nie stanowi ryzyka związanego z utratą płynności finansowej przy rozwoju usług środowiskowych.

### **Oddział stacjonarny psychiatryczny poza strukturą Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego**

W powiecie wielickim implementowano ten wariant. SPZOZ Szpital Kliniczny im. dra J. Babińskiego w Krakowie wydzielił oddział całodobowy na potrzeby mieszkańców powiatu wielickiego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### *Zespół podstawowy*

Kierownik Zintegrowanego Świadczenia Medycznego pełni funkcję dyrektora medycznego jeżeli jest lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii lub lekarzem w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii po drugim roku specjalizacji. Może nim zostać także psycholog, psycholog kliniczny, psycholog w trakcie specjalizacji klinicznej, psychoterapeuta, osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, pielęgniarka / pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta środowiskowy, terapeuta zajęciowy, asystent zdrowienia, ale nie w funkcji dyrektora medycznego. Co do zasady dyrektorem medycznym jest zawsze lekarz specjalista psychiatrii lub lekarz po drugim roku specjalizacji z psychiatrii. Ponadto, członkami zespołu podstawowego mogą być: neurolog, superwizor, lekarz internista, inne specjalistyczne zawody, które odpowiadają potrzebom użytkowników w zakresie usług medycznych.

### **Zintegrowane Świadczenie Oparcia Społecznego**

O idei zintegrowanego świadczenia społecznego w ramach CZP pisze Reclaw (2023) i Łuszczynska (2023). Tutaj przedstawimy konkretne rozwiązanie CZP w powiecie wielickim. Założeniem Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego jest możliwość elastycznego oraz kompleksowego doboru usług w sposób, który odpowiada potrzebom użytkownika systemu. Zintegrowane świadczenie jest połączeniem zadań niżej opisanych usług w ramach oparcia społecznego:

- 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



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

terenie będą dostępne dla uczestników systemu przez współpracę z nimi za pośrednictwem PZK. Moduł Usług Społecznych jest tworzony w celu wspierania działań w ramach pozostałych modułów oraz koordynuje współpracę z lokalnymi instytucjami, organizacjami oraz podmiotami działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego na terenie powiatu (dzielnic). W zakresie pomocy udzielanej pacjentom z obszaru swojego działania CZP współpracuje z lokalnymi organami administracji samorządowej (w tym pomocy społecznej), instytucjami (w tym placówkami opieki zdrowotnej), organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, a także grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin.

Szeroka oferta różnego rodzaju uzupełniającego się wsparcia społecznego jest bardzo istotna zarówno w procesie zdrowienia oraz rehabilitacji społecznej, czyli umożliwienia pełnienia przez osoby chorujące psychicznie różnego rodzaju ról społecznych i zawodowych. Budowanie sieci współpracy oraz koordynacja działań zapewniających ciągłość i kompleksowość pomocy pozwalają wykorzystywać i integrować lokalne zasoby tak, aby w możliwie najpełniejszy sposób wspierać osoby chorujące psychicznie oraz ich rodziny, a także umożliwiać budowanie sieci wsparcia w najbliższym otoczeniu.

W ramach Modułu tworzony jest przewodnik informujący o dostępnych na obszarze działania Centrum formach wsparcia oferowanego przez CZP, opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób chorujących psychicznie i ich rodzin. Koordynacja i współpraca wewnątrz Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w ramach usług społecznych rozumiana jest wieloaspektowo. Poniżej zostaną opisane te usługi społeczne, które są realizowane na rzecz osób po kryzysie psychicznym.

#### *Doradztwo zawodowe i aktywizacja*

Doradztwo zawodowe - forma aktywizacji zawodowej, polegająca na wspieraniu Pacjenta w podejmowaniu decyzji na tle zawodowym i edukacyjnym oraz motywowania do działań w kierunku podjęcia aktywności zawodowych (staż, praca, przekwalifikowanie, działalność gospodarcza). Celem usług z doradztwa zawodowego jest poznanie przez Pacjenta swoich preferencji i predyspozycji zawodowych w oparciu o wywiad, testy diagnostyczne, rozmowy

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

diagnostyczne, ćwiczenia. Podkreślić należy częstą konieczność wcześniejszego wypracowania w osobach chorujących psychicznie nawyków związanych z zasadami panującymi na rynku pracy – punktualności, systematyczności, pracy w grupie, itp. W procesie włączania społecznego często konieczne jest podejmowanie wysiłków w celu wypracowania podstawowych umiejętności z zakresu życia codziennego – dbałości o higienę, porządek, samodzielności w wykonywaniu zakupów, zarządzania pieniędzmi, co wiąże się z koniecznością włączenia innych form wsparcia (w ramach PTIZ) przed podjęciem poradnictwa zawodowego. Działania koncentrują się na konkretnych barierach i potrzebach osób chorujących psychicznie. Istotna jest komplementarna, całościowa oferta wsparcia, która pozwoli dostosować działania do indywidualnej sytuacji każdej osoby, co wymaga współpracy zarówno interdyscyplinarnej, jak i międzyinstytucjonalnej. Proces aktywizacji zawodowej charakteryzuje ciągłość i planowość działań w zakresie kształtowania kompetencji zawodowych, przyjmowania ról zawodowych, a także wsparcie w utrzymaniu się na rynku pracy. Główne zadania doradcy zawodowego w CZP:

- diagnozowanie predyspozycji zawodowych Pacjentów (wywiad, testy, ćwiczenia),
- wspieranie w samopoznaniu przez Pacjenta swoich mocnych i słabych stron,
- wsparcie w planowaniu dalszego kształcenia i kariery zawodowej,
- opracowanie indywidualnego profilu zawodowego Pacjenta,
- doradztwo zawodowe,
- edukowanie na temat aktualnych tendencji na rynku pracy- lokalnym i ogólnopolskim,
- wspieranie w podejmowaniu osobistych decyzji zawodowych i edukacyjnych,
- motywowanie do podejmowania działań w kierunku aktywizacji zawodowej,
- informowanie o aktualnych projektach aktywizacyjnych i dotacjach do działalności gospodarczej oraz współpraca z organizacjami, realizującymi takie projekty,
- upowszechnianie informacji o bieżących targach edukacyjnych oraz giełdach pracy,
- wsparcie Pacjentów podczas rejestracji w urzędach pracy,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- pośredniczenie w kontaktach między Pacjentami, a pracodawcami lub agencjami pracy,
- przygotowanie Pacjentów do rozmów kwalifikacyjnych z pracodawcami,
- przekazywanie informacji na temat aktualnych ofert pracy,
- wsparcie Pacjentów podczas wizyty u lekarza medycyny pracy,
- pomoc Pacjentom w znalezieniu ścieżki przekwalifikowania zawodowego,
- współpraca ze specjalistami z CZP w obszarze wsparcia Pacjenta,
- współudział w tworzeniu planów terapii i zdrowienia, zawierających także plan aktywizacji zawodowej,
- współpraca z innymi specjalistami i instytucjami: psychologami, lekarzami, terapeutami środowiskowymi.

1) Współpraca z Modułem Promocji Zdrowia w zakresie profilaktyki, działań świadomościowych, przekazu i edukacji społecznej.

2) Współpraca z Modułem Podstawowym i Modułem Dziennym i Całodobowym.

3) Poradnictwo prawne w ramach dyżurów odbywających się np. dwa razy w miesiącu oferowana jest pomoc prawnika dla pacjentów. Z doświadczeń CZP wynika, iż beneficjenci często potrzebują wsparcia w zakresie rozwiązywania spraw urzędowych, pomocy przy pisaniu odwołań np. związanych z utratą prawa do renty, pism do sądu, korzystania również z indywidualnego wsparcia przy rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych czy w pracy.

Moduł społeczny jest również odpowiedzialny za koordynację działań CZP z działaniami innych jednostek podmiotu leczniczego oraz zewnętrznymi podmiotami medycznymi i innymi instytucjami zaangażowanymi we wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi.

### *Środowiskowe Domy Samopomocy*

W ramach swojej działalności ŚDS oferuje swoim uczestnikom, w tym pacjentom CZP, wsparcie w zakresie:

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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, w tym: kształtowanie pozytywnych relacji uczestnika z osobami bliskimi, sąsiadami, z innymi osobami w czasie zakupów, w środkach komunikacji publicznej, w urzędach, w instytucjach kultury;
- trening umiejętności spędzania czasu wolnego, w tym: rozwijanie zainteresowań literaturą, audycjami radiowymi, telewizyjnymi, Internetem, udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych;
- poradnictwo psychologiczne;
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;
- pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w tym uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt u lekarza, pomoc w zakupie leków, pomoc w dotarciu do jednostek ochrony zdrowia;
- niezbędną opiekę;
- terapię ruchową, w tym: zajęcia sportowe, turystykę i rekreację.

Ponadto każda osoba korzystająca z oferty Domu ma możliwość rozwoju swoich umiejętności i talentów podczas różnorodnych treningów umiejętności praktycznych w modułach terapeutycznych m.in. kulinarnym, rękodzielniczo-ceramicznym, witrażowym, komputerowym, majsterkowicza.

### *Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze*

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, instytucjami rynku pracy, organizacjami wyznaniowymi, pozarządowymi, instytucjami kultury, itp., przy pomocy osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Do podstawowych zadań 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, zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnienie finansowe i 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 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.
- 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 zmierzającego 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.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### *Klub Samopomocy*

Klub Samopomocy jest ośrodkiem wsparcia zapewniającym pomoc 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.

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.

Podstawowym celem KS są działania na rzecz integracji osób o podobnych doświadczeniach i problemach życiowych wynikających z przebytego kryzysu psychicznego.

### *Mieszkania chronione i wspierane*

W trudnej sytuacji mieszkaniowej pacjent może liczyć na pomoc mieszkaniową. 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 jako usługa mieszkania:

**treningowego** – przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

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 lub pilotażowych. Zasady funkcjonowania powinien określać regulamin. Głównym celem tych usług jest odzyskanie samosteroowności i decyzyjności w swoim życiu po przebytych kryzysie psychicznym (por. Ciecuch, Strus i Ponikiewska; 2023). Pozwalają osobom po przebytych kryzysach psychicznych zdobyć się na samodzielność. Dają możliwość wiary we własne siły i odzyskania wpływu na własne życie.

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

### *Zespół podstawowy*

W skład zespołu podstawowego wchodzi kierownik Zintegrowanego Świadczenia Oparcia Społecznego, którym może być psycholog, psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny, psycholog kliniczny, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun środowiskowy, pielęgniarz/ka, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia, doradca zawodowy i prawnik. Ponadto, w ramach oferty i możliwości CZP może zatrudnić specjalistę w zakresie rehabilitacji

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

medycznej, fizjoterapeutę, logopedę, pedagoga, dietetyka i inne specjalistyczne zawody, które odpowiadają potrzebom użytkowników; W skład personelu mogą wchodzić również pracownicy realizujący świadczenia zdrowotne w szczególności: rehabilitacyjne i pielęgniarskie zgodne z potrzebami uczestników.

### **Moduł Komunikacji Społecznej i Promocji Zdrowia**

Trzecim kluczowym modułem CZP, a w szczególności PZK, jest Moduł Komunikacji Społecznej i Promocji Zdrowia. Główne zadania tego Modułu dotyczą prowadzenia:

- 1) profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej;
- 2) edukacji o zdrowiu psychicznym;
- 3) budowania zasad i realizacji programu przekazu społecznego;
- 4) budowania pozytywnego wizerunku osób doświadczających kryzysu psychicznego;
- 5) działań świadomościowych - budowania świadomości dbania o zdrowie psychiczne.

Szerzej o działaniach wskazanych powyżej w punkcie 4 i 5) pisze Jabłońska, Krzyżanowska-Zbucka i Szczerobowska (2023). Poniżej opiszemy podstawowe działania CZP w obszarze promocji zdrowia psychicznego skierowane są do szeroko rozumianego środowiska społecznego. Powinny one odpowiadać na jego potrzeby, a nawet wyprzedzać je swoimi działaniami w zakresie informacji, edukacji i działań świadomościowych. Integralną częścią tego obszaru jest profilaktyka z uwzględnieniem:

- profilaktyki uniwersalnej - obejmującej w swym zakresie działania mające na celu wyeliminowanie lub ograniczenie zachowań i działań z grupy ryzyka. Jej celem jest promowanie zdrowego stylu życia, kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz kształtowanie umiejętności psychospołecznych, niezbędnych do prawidłowego wypełniania ról związanych z życiem prywatnym i zawodowym;
- profilaktyki selektywnej - której działania skoncentrowane są na zapobieganiu, ograniczaniu lub zaprzestaniu podejmowania zachowań i działań z grupy ryzyka. Profilaktyka ta skoncentrowana jest na ograniczaniu czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym czy rówieśniczym. Skupia się

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

jednocześnie na kształtowaniu umiejętności niezbędnych w rozwoju emocjonalnym i społecznym;

- profilaktyki wskazującej - skupiającej się na działaniach ukierunkowanych na osoby, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów psychicznych.

Działania profilaktyczno-informacyjne w CZP skierowane są do maksymalnie dużego grona odbiorców i mają na celu zwiększenie wiedzy i świadomości na temat zaburzeń psychicznych w celu zadbania o własne zdrowie, jak i tworzenia przyjaznego, wolnego od stereotypów środowiska, udzielającego wsparcia osobom chorującym i zdrowiejącym. W tym celu zostały opracowane między innymi programy profilaktyczne, przeznaczone do określonych grup odbiorców (m.in pedagogów, pracodawców, pracowników zawodów zaufania, opiekunów dzieci oraz sieci wsparcia pacjentów), ale też kierowane do pozostałych zainteresowanych działaniami w zakresie zdrowia psychicznego.

Jednym z kluczowych działań CZP jest budowanie świadomości i zwiększanie wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego wśród społeczności lokalnej oraz specjalistów. Dzięki zwiększonej samoświadomości oraz wiedzy społeczeństwo stanie się bardziej otwarte i wrażliwe na potrzeby swoje i najbliższego otoczenia w zakresie zdrowia psychicznego.

W ramach tych zadań realizowane będą:

- organizacja wydarzeń, spotkań dla obecnych pacjentów i społeczności lokalnej. ich celem jest budowa odpowiedniego wizerunku, zwiększenia stopnia znajomości CZP będą to między innymi: dni otwarte, systematyczne prelekcje tematyczne – związane ze specjalizacją CZP, organizacja krótkich warsztatów/szkoleń – mających na celu przeciwdziałanie kryzysom psychicznym i budowanie świadomości dbania o zdrowie;
- komunikacja wewnętrzna – budowanie kultury organizacji opartej na przyjaznych relacjach jej pracowników. w tym celu zostaną wykorzystane m.in.: internet, komunikatory, briefingi, rozmowy, szkolenia, rozmowy motywacyjne;
- komunikacja zewnętrzna - tworzenie pozytywnego przekazu i budowanie relacji ze środowiskiem lokalnym oraz szeroko rozumianym gronem interesariuszy

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

i beneficjentów poprzez artykuły, materiały informacyjne, infografiki oraz wydarzenia on-line zamieszczane na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych. przekaz społeczny w centrum zdrowia psychicznego stanowi długofalowe budowanie i tworzenie pozytywnego wizerunku oraz dobrych relacji z otoczeniem (wewnętrznym i zewnętrznym) czyli pacjentami, pracownikami, społecznością lokalną, samorządami, organizacjami pozarządowymi, partnerami oraz mediami.

- pozyskiwanie i budowanie pozytywnych relacji z „ambasadorami” CZP - działania mające na celu budowanie pozytywnego wizerunku CZP oraz rozpowszechnianie informacji o podejmowanych działaniach zwiększające zasięg rozpoznawalności poprzez: zarówno działania w mediach, mediach społecznościowych, jak i poprzez marketing „szeptany”;
- pozyskiwanie środków na rozwój CZP - działania mające na celu pozyskanie środków materialnych i finansowych, które przysłużą się zarówno rozbudowie CZP, jak i podejmowanym inicjatywom, m.in. poprzez organizowanie: kampanii społecznych, cyklicznych wydarzeń, występowanie o granty oraz poszukiwanie sponsorów;
- współpraca z asystentami zdrowienia oraz propagowanie nowej kompetencji;
- relacje z mediami – stała, dobra współpraca z mediami jest ważnym elementem strategii komunikacji i będzie obejmować m.in.: wywiady udzielane przez specjalistów, pozyskanie patrona medialnego przy organizacji kampanii społecznych, zaproszenie przedstawicieli mediów na organizowane przez CZP wydarzenia, a także artykuły prasowe i tv;
- relacje z partnerami - polegające na pozyskiwaniu i utrzymywaniu dobrych, opartych na wartościach relacji o charakterze powiatowym, wojewódzkim, ogólnopolskim, ale też międzynarodowym, mające na celu zarówno współpracę, jak i rozwój CZP oraz polskiej psychiatrii;
- identyfikacja wizualna CZP – polegać będzie na zachowaniu spójności wizualnej instytucji przede wszystkim w zakresie logotypu, kolorystyki, kroju pisma;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- zarządzanie kryzysowe – planowanie i opisanie sposobów działania na wypadek sytuacji, które godzą w dobrą reputację CZP;
- budowanie marki eksperta - działania skoncentrowane na tworzeniu wizerunku profesjonalnej instytucji, w której można otrzymać pomoc: bezpłatnie, bez kolejek, adekwatną do potrzeb pacjenta. realizowane poprzez: webinary, wywiady, spotkania z ekspertami oraz infografiki oraz artykuły na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych.

### ***Przebieg i proces udzielania świadczeń***

#### *Rodzaje pomocy*

W ramach CZP – zgodnie z modułami opisanymi powyżej - Pacjent może zostać objęty następującymi formami pomocy:

- 1) **pomoc konsultacyjna** – do czterech spotkań, udzielana pacjentom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porady, w szczególności na zlecenie lekarza POZ lub innego lekarza, nie kończy się kwalifikacją do pomocy czynnej, długoterminowej lub krótkoterminowej w CZP. W sytuacjach tego wymagających Pacjent może być skierowany do:
  - a. wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej realizowanej w ramach programów zdrowotnych (lub programów polityki zdrowotnej) prowadzonych przez ośrodki specjalistyczne i finansowane na zasadach odrębnych (II poziom referencyjny w psychiatrii dorosłych);
  - b. opieki wysokospecjalistycznej (III poziom referencyjny w psychiatrii dorosłych) realizowanej przez sieć klinik psychiatrycznych finansowanych na odrębnych zasadach.
- 2) **pomoc krótkoterminowa** – udzielana Pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi i zakończona w ramach CZP w okresie 3 miesięcy na podstawie PTiZ;
- 3) **pomoc długoterminowa** – udzielana w ramach CZP Pacjentom z innymi zaburzeniami psychicznymi, którzy nie wymagają pomocy czynnej i w zależności od potrzeb i charakterystyki kwalifikują się do formy pomocy długoterminowej:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- a. ambulatoryjnej, która obejmuje działania długoterminowe, w tym psychoterapeutyczne, wobec pacjentów, korzystających w okresie dłuższym niż 3 miesiące z pomocy udzielanej przez zespół ambulatoryjny. Uwzględnia ona aktywność własną Pacjenta w ramach PTiZ;
  - b. pomoc długoterminowa środowiskowa, która przewidziana jest dla Pacjentów, którzy nie potrzebują pomocy czynnej (obejmującej spotkania co najmniej raz w tygodniu), ale nie mają zasobów umożliwiających im korzystanie z pomocy ambulatoryjnej i potrzebują kontaktu inicjowanego w większej mierze przez specjalistę oraz koordynacji w ramach PTiZ.
- 4) **pomoc czynna** - obejmuje leczenie osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, które wymagają ciągłości opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywanie problemów. Pomoc czynna jest realizowana w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) łącznie. Pomoc czynna oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego, w tym koordynatora opieki, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku. Pomocą czynną obejmuje się Pacjentów, których stan zdrowia wymaga interdyscyplinarnej terapii i aktywnego wsparcia w procesie zdrowienia, a w szczególności z nasilonymi, utrzymującymi się objawami zaburzeń psychotycznych, z częstymi zaostrzeniami i nawrotami zaburzeń, o ograniczonej samodzielnej egzystencji, a pozbawionych dostatecznej opieki osób bliskich lub pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej. W stosunku do wszystkich Pacjentów objętych opieką czynną obowiązuje zasada zorganizowania co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w okresie tygodnia, m.in. bezpośredniego, telefonicznego lub za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych. Przy każdym kontakcie ustalany jest termin i miejsce następnego kontaktu. W przypadku Pacjentów wypisywanych z oddziału psychiatrycznego z zaleceniem pomocy czynnej termin pierwszego kontaktu ustala się w okresie nie przekraczającym jednego tygodnia od daty wypisu.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Wyszczególnione formy pomocy realizowane są przez jednostki modułu podstawowego. W razie takiej potrzeby przewiduje się również włączenie usług Modułu Dziennego i Całodobowego. W zależności od oceny stanu zdrowia, Pacjent kierowany jest do wyznaczonego Modułu CZP, gdzie rozpoczyna się zasadniczy proces diagnozy i leczenia. Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny powinien posiadać analityczne i funkcjonalne zasoby w celu rozeznania rodzaju i ilości usług oraz mapę podmiotów działających lub wspierających działania na rzecz zdrowia psychicznego w powiecie, gminie lub dzielnicy miasta. Współpracuje z innymi podmiotami i koordynuje korzystanie z tych usług przez użytkowników CZP. Jeżeli osoba po kryzysie zgodnie z Planem Terapii i Zdrowienia powinna skorzystać z usług Środowiskowego Domu Samopomocy, Oddziału Psychiatrycznego Dziennego czy dowolnej innej formy leczenia lub oparcia społecznego, to pracownicy PZK w porozumieniu z koordynatorem opieki powinni takie rozwiązanie przygotować i umówić Pacjenta w nowym miejscu na konkretny termin lub w razie potrzeby mu towarzyszyć.

Informacje o procesie zdrowienia są dostępne dla wszystkich komórek CZP. Nad procesem udostępniania danych o Pacjencie czuwa Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Zadaniem Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego jest gromadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej 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 CZP zostanie zgromadzona cała dokumentacja oddziaływań medycznych na rzecz osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Historyczna dokumentacja posłuży do obiektywizacji informacji i zostanie wykorzystana do budowania indywidualnego Planu Terapii i Zdrowienia. Dokumentacja jest prowadzona w sposób elektroniczny.

### *Koordinacja pomocy*

Osobom pozostającym w opiece czynnej oraz w opiece długoterminowej środowiskowej powinien być przydzielony Koordynator Opieki. Jest on osobą sprawującą pieczę nad procesem terapii i zdrowienia. Koordynatorem opieki może być każda osoba wchodząca w skład personelu medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 31d



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ustawy dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień.

Główne zadania koordynatora opieki są następujące:

- 1) identyfikuje potrzeby zdrowotne, potrzeby w zakresie funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz możliwe sposoby ich zaspokojenia w oparciu o zasoby istniejące w lokalnej społeczności;
- 2) przygotowuje ofertę "szytą na miarę", skierowaną do danego Pacjenta (usługi społeczne i/lub medyczne) na podstawie diagnozy medycznej, core setu ICF oraz analizy zasobów i potrzeb - ustala wraz z pacjentem jego cele oraz kieruje pacjenta do specjalistów wspierających go w ich realizacji;
- 3) udziela pacjentowi informacji o przysługujących mu świadczeniach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i innych formach zabezpieczenia społecznego;
- 4) ma współudział w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i zdrowienia oraz na bieżąco monitoruje ich realizację;
- 5) udziela pacjentowi wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i zdrowienia oraz koordynuje ten proces;
- 6) gwarantuje współpracę i wymianę informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności z właściwym lekarzem rodzinnym) oraz wsparcia społecznego;
- 7) zapewnia pomoc i wsparcie pacjentowi w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
- 8) współpracuje z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym świadczeniobiorcy.

Wszystkim osobom pełniącym w CZP funkcje koordynatora opieki zostaną powierzone obowiązki terapeuty środowiskowego.

### *Plan Terapii i Zdrowienia*

Dla pacjentów korzystających ze wsparcia Koordynatora Opieki (w przypadku opieki czynnej oraz długoterminowej środowiskowej) po wykonaniu wstępnej diagnozy, oferowane jest



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

działanie na bazie opracowanego wspólnie z nim Planu Terapii i Zdrowienia. W przypadku pozostałej grupy pacjentów przewiduje się zastosowanie uproszczonej formy planu.

PTiZ przygotowany jest we współpracy z pacjentem oraz dostosowany do jego potrzeb i możliwości. Zawarte są w nim zarówno oddziaływania farmakologiczne, jak i psychoedukacyjne, psychoterapeutyczne czy wsparcie psychospołeczne. W planie zawarta jest także koncepcja oddziaływań społecznych - ich zakres i rodzaj. Kolejne wizyty służą kontynuacji procesu, monitorowaniu i ewaluacji postępu terapii - poprzez określenie stopnia realizacji celów ustalonych wcześniej z pacjentem. W razie potrzeby elementy planu terapeutycznego mogą być uaktualniane przez Zespół oraz pacjenta. Częstotliwość spotkań/wizyt zależy wyłącznie od jego potrzeb i stanu zdrowia. Ponadto, w ramach PTiZ, ustalane jest korzystanie przez pacjenta z usług medycznych i społecznych dotychczas istniejących na danym terenie, celem rozpoznania możliwości ich dodatkowego włączenia w PTiZ. Podstawą wsparcia udzielanego pacjentom jest Plan Terapii i Zdrowienia, który jest wypracowywany i uzgadniany wspólnie z pacjentem i jego siecią oparcia. Na realizację celów określonych w PTiZ składa się praca wielu specjalistów z różnych dziedzin usług ochrony zdrowia psychicznego i modułów Centrum oraz pakiet usług społecznych dostępnych na terenie działania Centrum. Dla kompleksowości wsparcia wykorzystywane są wszystkie możliwości usług medycznych i społecznych, jakie zostały zidentyfikowane i zaproszone do współpracy na obszarze działania Centrum. Droga pacjenta w Centrum od momentu kryzysu do powrotu do pełnienia ról społecznych jest szczegółowo opisana w ramach tego dokumentu.

### **Współpraca Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego na obszarze odpowiedzialności terytorialnej**

Budowanie współpracy i partnerstwa lokalnego na terenie powiatu (dzielnicy) zostało dokładnie opisane przez Łuszyńską (2023) w tej pozycji książkowej. Poniżej opisano podstawowe zasady, które powinny być uwzględnione przy budowaniu współpracy z różnymi podmiotami/organizacjami.

*Współpraca z podstawową opieką zdrowotną*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W zakresie pomocy udzielanej pacjentom z obszaru swojego działania CZP nawiązuje współpracę m.in. z instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, w tym placówkami opieki zdrowotnej. W społeczności lokalnej dość kluczowe staje się wspólne działanie POZ i CZP. WHO (2023) proponuje konkretną strategię i narzędzia współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną i specjalistycznymi usługami psychiatrycznymi - mhGAP. Narzędzie to wymaga adaptacji do warunków legislacji w Polsce, w tym przetwarzania danych osobowych wrażliwych. Jest to strategia, która może być wdrażana po uprzednich regulacjach prawnych przygotowujących m.in. sprawozdawczość w POZ i CZP.

W prezentowanym tutaj modelu współpraca z POZ polega na: ramach współdziałania (w tym pomocy konsultacyjnej, także za pośrednictwem systemów Teleinformatycznych) z lekarzami POZ, tworzy się imienną grupę lekarzy rodzinnych współpracujących z określonym lekarzem CZP, w proporcji 15:1 do 10:1.

#### *Współpraca z podmiotami oparcia społecznego*

Miejskie/Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej jako jednostki realizujące zadania pomocy społecznej oraz stanowiące ważne ogniwo oparcia społecznego dla osób w kryzysie oraz dla osób w procesie zdrowienia, kierunkują swoje działania pomocowe na dostosowanie pomocy do indywidualnych potrzeb (por. Raćław 2023). Jeżeli CZP jako organizacja nie prowadzi podmiotu leczniczego i zadań związanych ze wsparciem społecznym – w ramach zintegrowanych świadczeń oparcia społecznego - powinno nawiązać współpracę z m.in. miejskimi lub gminnymi ośrodkami pomocy społecznej. Wspólne działania sektora medycznego i społecznego dają szansę nie tylko na deinstytucjonalizację procesu leczenia, pozwalają również na szerokie ujęcie pracy z osobą w kryzysie, jej rodziną (i innymi osobami zaangażowanymi) wspomagając budowanie lokalnej sieci wsparcia. Wsparcie w formie np. specjalistycznych usług opiekuńczych, pobytu w środowiskowym domu samopomocy oraz szeroko pojętej pracy socjalnej stwarzają możliwości podejmowania aktywności zawodowej, utrzymania relacji, więzi rodzinnych i społecznych, które stanowią kluczowe wymiary zdrowia psychicznego (Cieciuch, Strus i Ponikiewska; 2023).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W ramach współpracy przy realizacji PTiZ pracownicy ośrodków pomocy społecznej bezpośrednio współdziałają na rzecz zdrowienia konkretnych pacjentów. Realizacja PTiZ może odbywać się w następujących krokach:

- 1) Spotkanie decydentów określające ramy współpracy we wspólnym porozumieniu, (wzór porozumienia w załączniku nr 1).
- 2) Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za koordynację działań z ramienia CZP i OPS.
- 3) Podejmowanie wobec Pacjentów CZP/Klientów OPS działań polegających na udzieleniu pełnej informacji na temat działania CZP/OPS, motywowaniu osoby objętej wsparciem do samodzielnego zgłoszenia celem uzyskania adekwatnej pomocy, a w sytuacjach tego wymagających – wsparcie pracownika CZP/OPS podczas wizyty w siedzibie instytucji oraz pomoc w zgromadzeniu niezbędnych dokumentów.
- 4) Podejmowanie działań realizowane w ramach PTiZ, stanowiących indywidualną ścieżkę leczenia i wsparcia, realizowaną w holistycznym podejściu, ukierunkowaną na osiągnięcie przez osobę objętą wsparciem ustalonych rezultatów/celów ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmu powrotu do prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym następuje:

Za opracowanie oraz koordynację działań w zakresie realizacji oraz ewaluacji PTiZ, sporządzonego na potrzeby określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z nim oddziaływań na rzecz osoby objętej wsparciem, odpowiedzialny jest Koordynator Opieki z ramienia CZP. Ewaluacja PTiZ następuje w terminach uzgodnionych przez Pacjenta oraz zaangażowanych specjalistów. Powyższy zespół odpowiedzialny jest za koordynację oraz współpracę dotyczącą świadczenia usług objętych ustawą o pomocy społecznej oraz wspieraniem rodziny i systemie pieczy zastępczej, a także wymianę informacji oraz współdziałanie w prowadzeniu lokalnej kampanii społecznej informującej o utworzonym Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego i zasadach jego funkcjonowania. Za współpracę obejmującą całość podejmowanych działań odpowiedzialny jest zespół złożony z osób wytypowanych z ramienia CZP i OPS, za działania podejmowane na rzecz Pacjenta (w

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ramach PTiZ) – koordynator opieki. W ramach współpracy z Ośrodkami Pomocy Społecznej odpowiedzialnym za organizację spotkań pracowników modułu podstawowego CZP z pracownikami pomocy społecznej jest kierownik. Istotne jest aby omawiać i uzgadniać PTiZ wobec pojawiających się trudnych spraw i problemów. Przy standardowym trybie realizacji PTiZ powinno się odbyć minimum jedno spotkanie koordynujące w miesiącu. Spotkania te mogą być organizowane również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i powinny być odnotowane w dokumentacji Pacjenta. Tak pojmowana współpraca międzyinstytucjonalna skutkuje nie tylko lepszą koordynacją działań na rzecz Pacjenta, ale stwarza również większe możliwości wymiany doświadczeń i wzrost wiedzy specjalistów na temat specyfiki problemów osób w kryzysie i chorujących psychicznie z danego powiatu/dzielnicy.

Powyższy zespół odpowiedzialny jest za koordynację oraz współpracę dotyczącą świadczenia usług objętych ustawą o pomocy społecznej oraz wspieraniem rodziny i systemie pieczy zastępczej, a także wymianę informacji oraz współdziałanie w prowadzeniu lokalnej kampanii społecznej informującej o utworzonym środowiskowym centrum zdrowia psychicznego i zasadach jego funkcjonowania.

W ramach współpracy z Ośrodkami Pomocy Społecznej, odpowiedzialnym za organizację spotkań pracowników modułu podstawowego CZP z pracownikami pomocy społecznej jest jego kierownik. Istotne jest, aby omawiać i uzgadniać PTiZ wobec pojawiających się trudnych spraw i problemów. Przy standardowym trybie realizacji PTiZ powinno się odbyć minimum jedno spotkanie koordynujące w miesiącu. Spotkania te mogą być organizowane również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych i powinny być odnotowane w dokumentacji Pacjenta. Tak pojmowana współpraca międzyinstytucjonalna skutkuje nie tylko lepszą koordynacją działań na rzecz Pacjenta, ale stwarza również większe możliwości wymiany doświadczeń i wzrost wiedzy specjalistów na temat specyfiki problemów osób w kryzysie i chorujących psychicznie z danego powiatu/dzielnicy.

## **Warsztaty Terapii Zajęciowej**





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Uczestnikami warsztatów mogą być osoby posiadające prawnie potwierdzony status niepełnosprawności, niezdolne do podjęcia pracy. Celem warsztatu jest: aktywne wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz stwarzanie osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwości rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia innego zatrudnienia. Terapię prowadzoną w warsztacie realizuje się na podstawie indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika. Program ten może być częścią PTiZ w ramach opieki skoordynowanej pomiędzy CZP i Warsztatami Terapii Zajęciowej.

### **Domy Pomocy Społecznej**

Domy Pomocy Społecznej są dedykowane osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności. Usługi w nich realizowane realizują potrzeby bytowe i opiekuńcze beneficjentów pomocy społecznej. Ponadto, realizują usług wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb. System pomocy społecznej nie jest narzędziem mającym na celu uzupełnienie świadczeń z opieki zdrowotnej, w związku z czym domy pomocy społecznej rzadko zapewniają właściwą opiekę psychiatry czy psychologa. Dodatkowe zatrudnienie pracowników medycznych powoduje zwiększenie kosztów utrzymania przypadający na jednego mieszkańca takiego domu. Zwiększenie opłaty za pobyt mieszkańca ponosi głównie gmina, co w efekcie wpływa na niewystarczające zaspokojenie potrzeb w tym zakresie.

W odniesieniu do domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, w ramach działania CZP jest wyodrębniony zespół terapeutyczny udzielający świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej mieszkańcom DPS-ów. W przypadku pozostałych domów pomocy społecznej współpraca polega na zapewnieniu mieszkańcom domów kontaktu z psychologiem/psychiatrą, stymulowania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną oraz społecznością lokalną, a także upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

### **Zakłady Opiekuńczo Lecznicze**



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Celem pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, ukończyły proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, której rodzina nie jest w stanie zapewnić. Pobyt w ZOL jest zawsze trudnym przeżyciem, zarówno dla pacjenta, jak i członków jego rodziny, w związku z czym CZP nawiąże współpracę z w/w placówką, oferując wsparcie w zakresie swojej działalności, upowszechniając tym samym środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

### **Etapy wdrażania modelu**

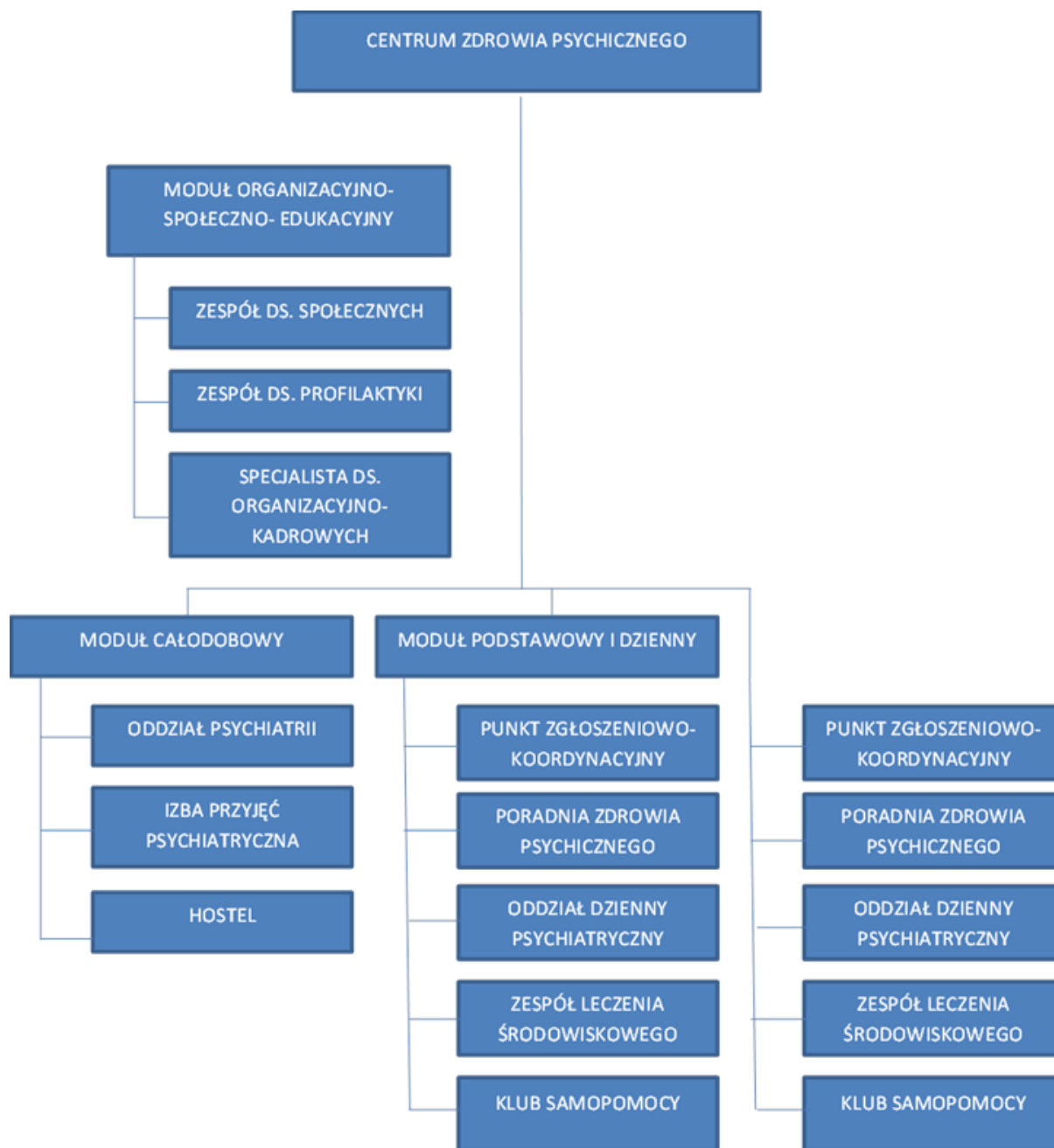
**Stworzenie mapy potrzeb i zasobów.** Przy pomocy władz samorządu terytorialnego (powiat, gminy) należy zorganizować warsztaty mające na celu oszacowanie potrzeb i zasobów istniejących na obszarze funkcjonowania przyszłego CZP. Warsztaty te powinny objąć podstawową opieką zdrowotną (POZ), psychiatryczną opiekę specjalistyczną (finansowana ze składek ubezpieczenia zdrowotnego przez NFZ), system pomocy społecznej (finansowany przez samorządy lokalne jako ich zadania własne lub z budżetu państwa jako zadania zlecone), stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe, grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin. Dzięki warsztatom możliwe jest określenie potencjału danego obszaru terytorialnego, zakresu i form współpracy w zakresie pomocy społecznej, profilaktyki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej.

**Stworzenie modelu organizacyjnego CZP.** Proponowany model przedstawiono na Rysunku 1.

Rysunek 1. Struktura organizacyjna centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)



Koordynatorzy zespołów funkcjonalnych:

- koordynator psychologów
- koordynator pielęgniarek
- koordynator PZP/PZK
- koordynator oddziału dziennego/ kierownik oddziału dziennego
- kierownik/ koordynator ZLS/zespołów mobilnych
- koordynator rejestracji/sekretariatu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- osobny pracownik do koordynacji i współpracy śczip z otoczeniem zewnętrznym (samorządy, organizacje pozarządowe, placówki edukacyjne, aktywizacji zawodowej i poz) oraz administracją szpitala.

Stworzenie struktury poziomej równoległe ze strukturą pionową ma na celu usprawnienie specyficznych procesów organizacyjnych dotyczących poszczególnych grup zawodowych a także podnoszenie merytorycznej jakości pracy.

**Oszacowanie ilości i składu brakującego personelu.** Rekrutacja potrzebnego personelu powinna być oparta o już istniejące struktury działające wcześniej w ochronie zdrowia psychicznego poprzez zatrudnianie kolejnych osób w celu uzupełnienia braków. Wśród potencjalnie zatrudnianego personelu można wymienić zawody takie jak: lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi, asystenci zdrowienia, doradca zawodowy, animator klubu samopomocy. Należy wziąć pod uwagę możliwe trudności takie jak niedostępność wystarczającej ilości wykwalifikowanego personelu, długotrwałe procesy rekrutacyjne. Ze względu na zmieniające się przepisy w zakresie wymaganych kwalifikacji w zawodach związanych z opieką psychiatryczną należy zachować szczególną uważność w rekrutacji personelu pod kątem spełniania wymogów określonych przepisami. Przed przystąpieniem do rekrutacji ustalić jasny system wynagradzania i premiowania zatrudnianego personelu. Przy możliwości funkcjonowania w CZP praktykantów należy wyznaczyć osobę odpowiedzialną za opieką nad osobami odbywającymi praktyki. W przyszłości można z tej grupy rekrutować personel, który już zna środowiskowy model pracy. Należy opracować schemat wdrażania nowych pracowników.

**Organizowanie szkoleń dla personelu.** Dla prawidłowego funkcjonowania modelu konieczne jest zorganizowanie szkoleń dotyczących:

- 1) Zarządzania zmianą dla wszystkich pracowników CZP połączone z wypracowaniem misji, wizji i wartości CZP.
- 2) Środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej z odniesieniem się do zasobów lokalnych.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 3) Międzynarodowej Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) dla pracowników, którzy będą koordynatorami opieki dla pacjentów objętych opieką czynną.
- 4) Otwartego dialogu jako uniwersalnego narzędzia w pracy z pacjentem i jego siecią wsparcia, który jednocześnie pomaga we wdrażaniu postawy opartej o dialog w kulturze organizacji CZP.
- 5) Funkcjonowania wewnątrzszpitalnego, regulowane obowiązującymi procedurami dla nowo rekrutowanych pracowników.

Personel podwykonawców powinien również uczestniczyć w wyżej wymienionych szkoleniach za wyjątkiem szkoleń wewnętrznych szpitalnych. Centrum zapewnia superwizję (kliniczną) indywidualną i zespołową osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami ustalonymi przez właściwe towarzystwa naukowe, co pozwala na ciągłe podnoszenie jakości wykonywanej pracy klinicznej.

**Stworzenie bazy środków trwałych.** W celu umożliwienia realizacji modelu konieczne jest zadbanie o pomieszczenia w których ma funkcjonować model oraz ich wyposażenie czyli między innymi meble, sprzęt medyczny i informatyczny oraz funkcjonujący w jego ramach wspólny system informatyczny. Ze względu na konkretną specyfikę psychiatrii środowiskowej należy zwrócić szczególną uwagę na pojazdy używane w trakcie wizyt domowych oraz ułatwienia dostępu dla osób z różnymi niepełnosprawnościami.

W przypadku funkcjonowania klubu pacjenta i terapii zajęciowej, konkretnych akcesoriów do ich prowadzenia, oraz kuchennych takich jak kuchenka, lodówka, naczynia, sztucce, akcesoria umożliwiające treningi gastronomiczne itd. Funkcjonowanie hostelu dla osób w kryzysie psychicznym wymaga wyposażenia pralni, tj. pralka, suszarka, magazyn pościeli i środków czystości, wyposażenia pokoju hostelowego w tym szafy na przedmioty osobiste itd.

Jednocześnie należy zabezpieczyć standardowe wyposażenie placówki ochrony zdrowia w tym między innymi wyposażenie gabinetów lekarskich i pielęgniarskich, wyposażenie biurowe, telefony, drukarki, pomieszczenia socjalne, łazienki, poczekalnia i szatnia z wyposażeniem, w tym krzesła, wieszaki.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Istotne jest także zadbanie o bezpieczeństwo budynku poprzez systemy przeciwpożarowe i przeciwwłamaniowe, szafy zabezpieczone na dane wrażliwe, testy psychologiczne, leki. Proces organizacji bazy środków stałych musi odbywać się wyprzedzająco, a następnie równoległe do rekrutacji i szkolenia personelu.

**Zawarcie porozumień.** Sformalizowanie współpracy daje podstawę prawną budowania transdyscyplinarnych zespołów wsparcia i opieki pacjentów z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz zmniejsza obawy pracowników różnych instytucji względem podjęcia współpracy z CZP. Zawarcie porozumień powinno być organizowane przy udziale pracowników ZLŚ pracujących na danym terenie. Sprzyja to budowaniu sieci kontaktów nieformalnych między pracownikami różnych instytucji współpracujących na obszarze środowiskowej opieki psychiatrycznej.

**Organizowanie sposobu pracy.** Każde CZP organizuje sposób pracy zgodnie z wypracowanym modelem organizacyjnym i dostosowuje go do swojej struktury w zależności od wielkości populacji objętej opieką, charakterystyki obszaru (wiejski, miejski, powierzchnia i dostępność komunikacyjna) oraz ilości i charakteru usług świadczonych przez podwykonawców. W celu utrzymania ciągłości organizacji CZP i opieki nad pacjentami należy organizować zebrania zespołu. W przypadku podwykonawców należy zwrócić szczególną uwagę na uwspólnienie i koordynację wykonywanych zadań. Pomocne może być korzystanie ze wspólnego systemu informatycznego.

Konieczne jest jasne ustalenie sposobu funkcjonowania opieki czynnej, kwalifikacji do opieki czynnej, ewaluacji planu terapii i zdrowienia pacjentów objętych opieką czynną. Pacjenci obejmowani tą formą opieki rekrutują się w znacznej mierze z pacjentów całodobowego oddziału psychiatrii i oddziałów dziennych. Od początku istnienia CZP należy więc dbać o ścisłą współpracę personelu oddziałów stacjonarnego i dziennego z pracownikami ZLŚ.

**Organizowanie promocji zdrowia psychicznego i działań psychoedukacyjnych.** Promocja zdrowia psychicznego i psychoedukacja powinna być dostosowana do potrzeb obszaru działania. Należy objąć działaniami psychoedukacyjnymi sieć oparcia społecznego osób w kryzysie. Szczególnie należy zwrócić uwagę na rodziny osób, które pierwszy raz zachorowały. Osoby odpowiedzialne za promocję zdrowia psychicznego w CZP powinny na bieżąco



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

monitorować programy krajowe, wojewódzkie i inne realizowane przez organizacje pozarządowe celem udziału, pozyskiwania środków i współpracy. Ma to umożliwić mieszkańcom objętego CZP z różnych działań psychoedukacyjnych i profilaktycznych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Załącznik nr 1

Katalog usług realizowanych w środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych

KOD	Usługa medyczna
M1	Usługa medyczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej
M2	Usługa medyczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej ⇒ indywidualna analiza potrzeb i zasobów przed sesją i/lub praca koncepcyjna do IPZ
M3	Usługa medyczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej ⇒ konsultacja wewnętrzna między członkami zespołu ŚCZP, zebranie kliniczne, zespołowa praca koncepcyjna do IPZ
M4	Usługa medyczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej ⇒ konsultacja zewnętrzna ze specjalistami/terapeutami spoza ŚCZP, praca koncepcyjna do IPZ
M5	Usługa medyczna ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych
M6	Usługa medyczna ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych ⇒ spotkanie grupy samopomocowej członków rodzin dorosłych
M7	Usługa medyczna ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych ⇒ spotkanie grupy samopomocowej dorosłych
M8	Usługa medyczna ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych ⇒ spotkanie grupy samopomocowej młodzieży
M9	Usługa medyczna ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych ⇒ spotkanie grupy samopomocowej rodziców i opiekunów młodzieży
M10	Usługa medyczna ⇒ koordynacja świadczeń na rzecz pacjenta
M11	Usługa medyczna ⇒ opieka ogólna / gotowość / dyżur
M12	Usługa medyczna ⇒ pomoc pielęgniarska
M13	Usługa medyczna ⇒ pomoc ratownika medycznego
M14	Usługa medyczna ⇒ porada dla członków rodziny i sieci osobistej bez pacjenta
M15	Usługa medyczna ⇒ porada lekarska
M16	Usługa medyczna ⇒ porada lekarska ⇒ diagnostyczna



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>M17</b>	Usługa medyczna ⇒ porada lekarska ⇒ kontrolna
<b>M18</b>	Usługa medyczna ⇒ porada lekarska ⇒ terapeutyczna
<b>M19</b>	Usługa medyczna ⇒ porada neurologopedyczna
<b>M20</b>	Usługa medyczna ⇒ porada neurologopedyczna ⇒ diagnostyczna
<b>M21</b>	Usługa medyczna ⇒ porada neurologopedyczna ⇒ terapeutyczna
<b>M22</b>	Usługa medyczna ⇒ porada osoby prowadzącej terapię środowiskową
<b>M23</b>	Usługa medyczna ⇒ porada pierwszego/wstępnego kontaktu
<b>M24</b>	Usługa medyczna ⇒ porada psychologiczna
<b>M25</b>	Usługa medyczna ⇒ porada psychologiczna ⇒ badanie testem psychologicznym
<b>M26</b>	Usługa medyczna ⇒ porada psychologiczna ⇒ obserwacja
<b>M27</b>	Usługa medyczna ⇒ porada psychologiczna ⇒ rozmowa psychologiczna
<b>M28</b>	Usługa medyczna ⇒ porada terapeuty uzależnień
<b>M29</b>	Usługa medyczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP
<b>M30</b>	Usługa medyczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP ⇒ rejestracja
<b>M31</b>	Usługa medyczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP ⇒ sekretariat
<b>M32</b>	Usługa medyczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP ⇒ superwizja pracy zespołowej
<b>M33</b>	Usługa medyczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP ⇒ zarządzanie ŚCZP Usługi Medyczne
<b>M34</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z dokumentacją medyczną
<b>M35</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z dokumentacją medyczną ⇒ notatka; zapisanie wywiadu, wyników badań i ich opisywanie procesu i konceptualizacji
<b>M36</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z dokumentacją medyczną ⇒ opracowanie wyników testu psychometrycznego i ich interpretacja
<b>M37</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z dokumentacją medyczną ⇒ sporządzanie opinii psychologicznej
<b>M38</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z dokumentacją medyczną ⇒ sporządzenie opinii lekarskiej

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>M39</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z siecią instytucji
<b>M40</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z siecią instytucji ⇒ koordynacja działań międzyinstytucjonalnych
<b>M41</b>	Usługa medyczna ⇒ praca z siecią instytucji ⇒ prowadzenie szkolenia indywidualnego lub grupowego przez pracownika ŚCZP
<b>M42</b>	Usługa medyczna ⇒ realizacja obowiązku szkolnego
<b>M43</b>	Usługa medyczna ⇒ realizacja obowiązku szkolnego ⇒ lekcje w klasie na oddziale dziennym
<b>M44</b>	Usługa medyczna ⇒ realizacja obowiązku szkolnego ⇒ lekcje w klasie terapeutycznej w szkole
<b>M45</b>	Usługa medyczna ⇒ realizacja obowiązku szkolnego ⇒ lekcje w ramach nauczania indywidualnego
<b>M46</b>	Usługa medyczna ⇒ rozwój pracowników ŚCZP
<b>M47</b>	Usługa medyczna ⇒ rozwój pracowników ŚCZP ⇒ szkolenie wewnętrzne
<b>M48</b>	Usługa medyczna ⇒ rozwój pracowników ŚCZP ⇒ szkolenie zewnętrzne
<b>M49</b>	Usługa medyczna ⇒ sesja psychoterapii grupowej
<b>M50</b>	Usługa medyczna ⇒ sesja psychoterapii indywidualnej
<b>M51</b>	Usługa medyczna ⇒ sesja psychoterapii małżeńskiej i pary
<b>M52</b>	Usługa medyczna ⇒ sesja psychoterapii rodzinnej
<b>M53</b>	Usługa medyczna ⇒ sesja psychoterapii wielorodzinnej
<b>M54</b>	Usługa medyczna ⇒ sesja wsparcia psychospołecznego
<b>M55</b>	Usługa medyczna ⇒ superwizja
<b>M56</b>	Usługa medyczna ⇒ superwizja ⇒ kliniczna - procesu diagnostycznego
<b>M57</b>	Usługa medyczna ⇒ superwizja ⇒ superwizja kontaktu terapeutycznego
<b>M58</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa dzienna ⇒ porada lekarska psychiatryczna
<b>M59</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa dzienna ⇒ porada psychologiczna
<b>M60</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa dzienna ⇒ przyjęcie na OD
<b>M61</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa dzienna ⇒ wypisanie z OD

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>M62</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa dzienna ⇒ zajęcia oddziału dziennego
<b>M63</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa nocna ⇒ porada lekarska psychiatryczna
<b>M64</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa nocna ⇒ porada psychologiczna
<b>M65</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa nocna ⇒ przyjęcie na noclegowe miejsce interwencyjne
<b>M66</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa nocna ⇒ wypisanie z noclegowych miejsc interwencyjnych
<b>M67</b>	Usługa medyczna ⇒ usługa nocna ⇒ zajęcia noclegowych miejsc interwencyjnych
<b>M68</b>	Usługa medyczna ⇒ wsparcie przez asystenta zdrowienia
<b>M69</b>	Usługa medyczna ⇒ wyjazdowy program terapeutyczny
<b>M70</b>	Usługa medyczna ⇒ wyjazdowy program terapeutyczny ⇒ obóz terapeutyczny co najmniej 5 -dniowy
<b>M71</b>	Usługa medyczna ⇒ wyjazdowy program terapeutyczny ⇒ weekend terapeutyczny
<b>M72</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia oddziału dziennego
<b>M73</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne
<b>M74</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ ergoterapia
<b>M75</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ terapia ruchowa
<b>M76</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ terapia zajęciowa (rysunek, malarstwo, ceramika, tkactwo, zajęcia muzyczne, filmoterapia, techniki komputerowe)
<b>M77</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening aktywności zawodowej
<b>M78</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening interpersonalny
<b>M79</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening kulinarny
<b>M80</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening umiejętności metapoznawczych
<b>M81</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening umiejętności społecznych
<b>M82</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening w zakresie samoobsługi i zaradności życiowej
<b>M83</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ trening zajęciowo-zadaniowy (porządkowy)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>M84</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ zajęcia integracji sensorycznej, kinezyterapia
<b>M85</b>	Usługa medyczna ⇒ zajęcia psychoedukacyjno-terapeutyczne ⇒ zebranie społeczności
<b>Usługa społeczna</b>	
<b>S1</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu
<b>S2</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening higieny oraz dbałości o wygląd zewnętrzny
<b>S3</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening umiejętności praktycznych
<b>S4</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening gospodarowania środkami finansowymi (planowanie budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach, zwiększenie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnienie finansowe)
<b>S5</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening kulinarny
<b>S6</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening umiejętności interpersonalnych
<b>S7</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening rozwiązywania problemów (w tym szukanie zdrowych sposobów radzenia sobie ze stresem)
<b>S8</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ trening spędzania czasu wolnego
<b>S9</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ interwencje i pomoc w życiu w rodzinie
<b>S10</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ współpraca z rodziną – kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>S11</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ społeczność - integracja w grupie
<b>S12</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ terapia zajęciowa
<b>S13</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ terapia ruchem
<b>S14</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych klientów
<b>S15</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ animacja/facylitacja grup samopomocowych rodzin i/lub sieci osobistej
<b>S16</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
<b>S17</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe
<b>S18</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ pomoc w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia
<b>S19</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ zbadanie predyspozycji zawodowych, przedsiębiorczych
<b>S20</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ zbadanie zainteresowań, określenie ścieżki edukacyjnej
<b>S21</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ analiza ofert szkoleniowych
<b>S22</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ określenie zasobów finansowych do rozpoczęcia samozatrudnienia i źródeł pozyskania środków
<b>S23</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ analiza rynku pracy i źródeł ofert pracy
<b>S24</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ przygotowanie dokumentów aplikacyjnych

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>S25</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ przygotowanie do rozmowy z pracodawcą
<b>S26</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą
<b>S27</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ rozwiązywanie problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku
<b>S28</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ umożliwienie konsultacji ze specjalistami z zakresu zatrudnienia
<b>S29</b>	Usługa społeczna ⇒ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia
<b>S30</b>	Usługa społeczna ⇒ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia ⇒ pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych
<b>S31</b>	Usługa społeczna ⇒ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia ⇒ uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich, badań diagnostycznych
<b>S32</b>	Usługa społeczna ⇒ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia ⇒ pomoc w wykupywaniu i zamawianiu leków w aptecę
<b>S33</b>	Usługa społeczna ⇒ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia ⇒ pilnowanie przyjmowania leków i obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania
<b>S34</b>	Usługa społeczna ⇒ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia ⇒ pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny
<b>S35</b>	Usługa społeczna ⇒ rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu
<b>S36</b>	Usługa społeczna ⇒ rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu ⇒ zgodnie z zaleceniami specjalistów rehabilitacji i fizjoterapii
<b>S37</b>	Usługa społeczna ⇒ rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu ⇒ terapia ruchowa
<b>S38</b>	Usługa społeczna ⇒ rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu ⇒ współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej z usług
<b>S39</b>	Usługa społeczna ⇒ pomoc mieszkaniowa

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>S40</b>	Usługa społeczna ⇒ pomoc mieszkaniowa ⇒ pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat
<b>S41</b>	Usługa społeczna ⇒ pomoc mieszkaniowa ⇒ organizacja drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacja barier architektonicznych
<b>S42</b>	Usługa społeczna ⇒ pomoc mieszkaniowa ⇒ kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu
<b>S43</b>	Usługa społeczna ⇒ pomoc mieszkaniowa ⇒ okresowe całodobowe wsparcie w ośrodku wsparcia
<b>S44</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki
<b>S45</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ poradnictwo specjalistyczne prawne
<b>S46</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ poradnictwo specjalistyczne psychologiczne
<b>S47</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ asystent rodziny
<b>S48</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ praca socjalna
<b>S49</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ pomoc finansowa
<b>S50</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ dożywanie
<b>S51</b>	Usługa społeczna ⇒ inne formy niezbędnej opieki ⇒ inne...
<b>S52</b>	Usługa społeczna ⇒ warsztaty wyjazdowe
<b>S53</b>	Usługa społeczna ⇒ superwizja
<b>S54</b>	Usługa społeczna ⇒ superwizja ⇒ superwizja rehabilitacji psycho-społecznej
<b>S55</b>	Usługa społeczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej/
<b>S56</b>	Usługa społeczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej/ ⇒ indywidualna analiza potrzeb i zasobów przed sesją i/lub praca koncepcyjna do IPZ
<b>S57</b>	Usługa społeczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej/ ⇒ konsultacja wewnętrzna między członkami zespołu ŚCZP, zespołowa praca koncepcyjna do IPZ
<b>S58</b>	Usługa społeczna ⇒ analiza potrzeb i zasobów /praca koncepcyjna bez pacjenta i sieci osobistej/ ⇒ konsultacja zewnętrzna ze specjalistami/terapeutami spoza ŚCZP, praca koncepcyjna do IPZ

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>S59</b>	Usługa społeczna ⇒ koordynacja świadczeń na rzecz klienta
<b>S60</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z dokumentacją społeczną
<b>S61</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z dokumentacją społeczną ⇒ notatka, opis, raportowanie
<b>S62</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z dokumentacją społeczną ⇒ sporządzanie opinii
<b>S63</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z dokumentacją społeczną ⇒ inne...
<b>S64</b>	Usługa społeczna ⇒ rozwój pracowników ŚCZP
<b>S65</b>	Usługa społeczna ⇒ rozwój pracowników ŚCZP ⇒ szkolenie zewnętrzne
<b>S66</b>	Usługa społeczna ⇒ rozwój pracowników ŚCZP ⇒ szkolenie wewnętrzne
<b>S67</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z siecią instytucji
<b>S68</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z siecią instytucji ⇒ koordynacja działań międzyinstytucjonalnych
<b>S69</b>	Usługa społeczna ⇒ praca z siecią instytucji ⇒ prowadzenie szkolenia przez pracownika ŚCZP
<b>S70</b>	Usługa społeczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP
<b>S71</b>	Usługa społeczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP ⇒ superwizja pracy zespołowej
<b>S72</b>	Usługa społeczna ⇒ praca na rzecz funkcjonowania ŚCZP ⇒ zarządzanie ŚCZP Usługi Społeczne
<b>S73</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ wywiad wstępny - poznanie dotychczasowej ścieżki zawodowej
<b>S74</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ stworzenie profilu zawodowego klienta
<b>S75</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ wsparcie klienta podczas praktyk zawodowych
<b>S76</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ monitoring zatrudnienia
<b>S77</b>	Usługa społeczna ⇒ wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - doradztwo zawodowe ⇒ konsultacja z rodziną klienta
<b>S78</b>	Usługa społeczna ⇒ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, treningi funkcjonowania w codziennym życiu ⇒ zajęcia edukacyjne z aktywizacji zawodowej



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### **Bibliografia:**

- Skiba, W., & Siwicki, D. (2021). *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce*. Uniwersytet Wrocławski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii DOI: 10.34616/142656
- Biechowska, D., Cechnicki, A., Godyń, J., Balicki, M., Wciórka, J., Ciuńczyk, I., & Galińska-Skok, B. (2022). Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego. *Psychiatr. Pol*, 56(2), 205-216.
- Żaroń, A. (2018). Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych. *Psychiatria*, 15(1), 45-49.
- Hat, M., & Cechnicki, A. (2021) Efficacy of home treatment of patients with mental disorders—a research review Skuteczność leczenia domowego wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi—przegląd badań. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 30(1), 21-36.
- Bartosiewicz-Niziołek, M., Kaczmarczyk-Partyka, S., Olszewski, B., & Ostrowska, M. (2021). Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. *Studia Psychologica*, 21(2), 5-18.
- Hall, J. (2023). The development of supported mental health accommodation and community psychiatric nursing in Oxfordshire. *History of Psychiatry*, 34(1), 34-47.
- Anderson, K., Goldsmith, L. P., Lomani, J., Ali, Z., Clarke, G., Crowe, C., ... & Gillard, S. (2022). Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 8(4), e144.
- Meesters, P. D., van der Ham, L., Dominicus, M., Stek, M. L., & Abma, T. A. (2019). Promoting personal and social recovery in older persons with schizophrenia: the case of the New Club, a novel Dutch facility offering social contact and activities. *Community Mental Health Journal*, 55, 994-1003.
- Zabrzygraj, A., Świtaj, P. (2021). Helpline provision during the first wave of the COVID-19 pandemic: experiences of the Mokotow Mental Health Center Linia wsparcia w czasie pierwszej fali. *Postępy Psychiatrii Neurologii*, 30(1):1-11
- Lindsay, S. (2020). Online counselling: Community report. Aids Community of Toronto.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Bartczak-Szermer, D., & Rowiński, T. (2020). Rola i znaczenie metody Otwartego Dialogu w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego. *Studia Psychologica*, 20(2), 5-19.
- Armijo, J., Méndez, E., Morales, R., Schilling, S., Castro, A., Alvarado, R., & Rojas, G. (2013). Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Frontiers in psychiatry*, 4, 116.
- Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2019). Effect of assertive community treatment for patients with substance use disorder: a systematic review. *European addiction research*, 25(2), 56-67.
- Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., & Marriott, S. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6), 497-502.
- Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatric Services*, 55(11), 1237-1249.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2010). Community mental healthcare for people with severe personality disorder: narrative review. *The Psychiatrist*, 34(1), 24-30.
- Anczewska, M., Biechowska, D., Gałeczki, P., Janas-Kozik, M., Koń, B., Skrzypkowska-Brancewicz, B., Śremska, A., Urbański, F., Więckowska, B., Zięba, M., Kucharska, K. (2020). Jednostki organizacyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych – analiza na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2010–2016. *Psychiatria Polska*, 54(5).
- Martens, N., Destoop, M., & Dom, G. (2021). Organization of Community Mental Health Services for persons with a severe mental illness and comorbid somatic conditions: a systematic review on somatic outcomes and health related quality of life. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 462.
- Rosenheck, R. A., & Neale, M. S. (1998). Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 459-466.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Ougrin, D., Corrigan, R., Poole, J., Zundel, T., Sarhane, M., Slater, V., Stahl, D., Reavy, P., Byford, S., Heslin, M., Ivens, J., Crommelin, M., Abdulla, Z., Hayes, D., Middleton, K., Nnadi, B., Taylor, E. (2018). Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 477-485.
- Winkler, P., Koeser, L., Kondrátová, L., Broulíková, H. M., Páv, M., Kališová, L., Barrett, B., McCrone, P. (2018). Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1023-1031.
- Dauwalder, J. P., & Ciompi, L. (1995). Cost-effectiveness over 10 years: A study of community-based social psychiatric care in the 1980s. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 171-184.
- Perera, I. M. (2020). The relationship between hospital and community psychiatry: complements, not substitutes?. *Psychiatric Services*, 71(9), 964-966.
- Krzystanek, M., Matuszczyk, M., Krupka-Matuszczyk, I., Koźmin-Burzyńska, A., Segiet, S., & Przybyło, J. (2020). Telewizyta (e-wizyta) na czas kryzysu epidemicznego— rekomendacje w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej. *Psychiatria*, 17(2), 61-65.
- Furtak-Niczyporuk, M., & Filipek, M. (2016). Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego a zadania zdrowia publicznego. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(11).
- Hat, M. (2020). *Funkcjonowanie kliniczne i społeczne osób chorujących na schizofrenię a satysfakcja z opieki w zespołach leczenia środowiskowego* (Doctoral dissertation, Department of Environmental Psychiatry).
- Nielsen CM, Hjorthøj C, Nordentoft M, et al. (2021). A Qualitative Study on the Implementation of Flexible Assertive Community Treatment – an Integrated Community-based Treatment Model for Patients with Severe Mental Illness. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 1–13. DOI:10.5334/ijic.5540.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Thorning, H., Dixon, L. (2020). Forty-five years later: the challenge of optimizing assertive community treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 397-406.
- Lundqvist, LO., Ivarsson, AB., Rask, M., Brunt, D., Schroder, A. (2018). The attendees' view of quality in community-based day centre services for people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(3), 162-171.
- Kiejna, A., Zięba, M., Cichoń, E., Paciorek, S., Janus, J., Gondek, TM. (2022). Ocena realizacji psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych z okresu przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu pilotażowych centrów zdrowia psychicznego w Polsce z wykorzystaniem wskaźników monitorujących. *Psychiatr. Pol*, 289, 1-17 DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/151140>
- Bartosiewicz-Niziołek, M., Błasiak, Ł., Olszewski, B., Ostrowska, M., & Wojciechowska, A. (2021). Zespoły mobilne a zapobieganie hospitalizacji w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. *Studia Psychologica*, 21(2), 19-36.
- Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome—a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881-892.
- Lisiecka-Biełanowicz, M., Biechowska, D., & Cianciara, D. (2018). Funkcjonowanie jednostek w różnych formach opieki psychiatrycznej w Polsce w latach 2010–2013. Analiza organizacyjna i ekonomiczno-finansowa. *Psychiatr Pol*, 52, 143-56.
- Kasperek-Golimowska, E. (2016). Stan zdrowia psychicznego i samopoczucie Polaków. *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii*, 165.
- Katakis, P., Schlieff, M., Barnett, P., Rains, L. S., Rowe, S., Pilling, S., & Johnson, S. (2023). Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of 'personality disorder': systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 57.
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-20.
- Lee, D. C. A., Tirlea, L., & Haines, T. P. (2020). Non-pharmacological interventions to prevent hospital or nursing home admissions among community-dwelling older people with



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dementia: A systematic review and meta-analysis. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1408-1429.

Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021).

Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10213.

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. - w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852)

Biblioteka Biura ds. pilotażu NPOZP. (2020). *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia Psychicznego założenia projektu*. <https://czp.org.pl/wp-content/uploads/2022/01/StandardorganizacyjnyopiekizdrowotnejwCentrumZdrowiaPsychicznegozaloeniaprojektu1.pdf>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Procedura współpracy Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych: rekomendacje**

Kamila Lenkiewicz

Szkoła Główna Handlowa, kamila.lenkiewicz@gmail.com

Anna Depukat

Szkoła Główna Handlowa - ThinkTank#SGH dla ochrony zdrowia, Biuro ds. Pilotażu NPOZP, Instytut Psychiatrii i Neurologii, depukata@gmail.com

### **Streszczenie**

Jednym z wyzwań organizacji usług publicznych w zakresie zdrowia psychicznego jest współwystępowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i ich rodziców. Szacuje się, że współwystępowanie problemów natury psychicznej u niepełnoletnich pacjentów i ich rodziców znajduje się w przedziale od 16% do 79%. Od 15–23% populacji dzieci ma przynajmniej jednego rodzica wymagającego leczenia psychiatrycznego, a w grupie pacjentów dorosłych leczących się psychiatrycznie od 18% do 45% miało dziecko w kryzysie psychicznym poniżej 18 r.ż.

Dorastanie z rodzicem z zaburzeniami psychicznymi lub posiadanie dziecka doświadczającego kryzysu psychicznego lub z zaburzeniami neurorozwojowymi zwiększa u najbliższych członków rodziny ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Między innymi w tym kontekście badacze coraz częściej zwracają uwagę na zbyt małą uwagę poświęcaną przez decydentów całościowemu podejściu w organizacji ochrony zdrowia w leczeniu rodzin. Ponadto specjaliści pracujący z dziećmi i młodzieżą pomijają w planowaniu leczenia ich rodziców, a specjaliści dorosłych pomijają kontekst rodziny w pracy z osobami dorosłymi. Z perspektywy sensowności leczenia i efektywności podejmowanych interwencji wydaje się, że nie tylko na poziomie teorii, ale i organizacji zdrowia powinno się uwzględniać zależny charakter zdrowia psychicznego dziecka i rodzica. Ścisła współpraca powinna obejmować całą rodzinę, w której obecne jest zarówno doświadczenie chorowania, jak i zdrowienia. Współpraca ta dotyczy specjalistów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz dorosłych, niemniej wymaga od decydentów stworzenia w systemie zdrowia psychicznego podstaw



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

prawnych, finansowych i sprawozdawczych do skoordynowania działań na rzecz rodziny w obszarze zdrowia psychicznego. Ponadto potencjalne mechanizmy koordynacji świadczeń pomiędzy aktualnie oddzielnymi systemami dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych może zapewnić ciągłość opieki nad pacjentem w momencie jego przejścia z jednego systemu opieki do drugiego. Jest to szczególnie istotne w przypadku leczenia zaburzeń psychicznych mających swój początek w dzieciństwie.

Rozdział jest propozycją koordynacji świadczeń i współpracy pomiędzy systemem psychiatrii dziecięcej a Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych. Uwzględnia ona rozwiązania stosowane na świecie i dobre praktyki wypracowane w ramach projektu: „Deinstytucjonalizacji szansą na dobrą zmianę – projekt horyzontalny”.

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz dorosłych, opieka skoordynowana

## **Wprowadzenie**

Na podstawie dostępnych badań przyjmuje się, iż współistnienie zaburzeń psychicznych zarówno u dziecka, jak i rodzica w grupie dzieci identyfikowanych jako pacjenci kształtuje się pomiędzy 16% a 79%, w zależności od przyjętej metodologii (Campell i in., 2020; Naughton i in., 2018; Wesseldijk i in., 2018). Badacze wskazują, że zbyt mało uwagi poświęcanej jest zdrowiu psychicznemu rodziców przez klinicystów pracujących z dziećmi, choć dostępna jest wiedza pozwalająca twierdzić, że stan psychiczny opiekuna wpływa na stan zdrowia i proces leczenia dziecka (Davidsen i in., 2022; Paananen i in., 2021; Wickersham i in., 2020).

Posiadanie dziecka będącego w kryzysie psychicznym lub wymagającego opieki psychiatrycznej jest czynnikiem ryzyka wystąpienia u jego rodziców zaburzeń psychicznych, szczególnie z grupy zaburzeń nastroju (Campell i in., 2020). Może być to związane z występowaniem u opiekuna m.in. poczucia winy, bezradności, niskiego poczucia kompetencji rodzicielskich (McKeague i in., 2022; North, 2023; Shenaar-Golan i in., 2021). Natomiast zaburzenia psychiczne u rodziców, szczególnie wysoki poziom dezorganizacji funkcjonowania matki, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia u ich dzieci zaburzeń psychicznych (Campell i in., 2020) .. Doświadczenie choroby psychicznej rodzica ma wpływ na przebieg



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zaburzenia u dziecka i na jego proces zdrowienia (Bellina i in., 2020; Klein i in., 2005 Naughton i in., 2018 Paananen i in., 2021; Reupert i in., 2013), szczególnie dotyczy to opiekunów w początkowych latach życia swojego dziecka (Abel i in., 2019; Christesen i in., 2022). Bycie dzieckiem rodzica z chorobą psychiczną wiąże się z lękiem przed stygmatyzacją, troską o chorego rodzica i częstym przyjmowaniem roli opiekuńczej wobec rodzica oraz brakiem informacji pozwalających zrozumieć jego stan i zachowanie (Backer i in., 2017; Beardslee i in., 2011; Dam i Hall, 2016; Reupert i in., 2021). Osoby cierpiące na choroby psychiczne, jak i ich rodziny narażone są na izolację społeczną, a w przypadku osób dorosłych na trudności finansowe oraz konflikty małżeńskie (Maybery i in., 2005).

Dorastanie z rodzicem z zaburzeniami psychicznymi zwiększa ryzyko – nawet do 50% – wystąpienia u dzieci problemów ze zdrowiem psychicznym (Leijdesdorff i in., 2017; Rasic i in., 2014; Weissman i in., 2016). Wiąże się to z pięciokrotnie wyższym korzystaniem przez nich z opieki psychiatrycznej w porównaniu do dzieci rodziców bez problemów psychicznych (Plass-Christl i in., 2017). Wczesne włączenie interwencji profilaktycznych wobec dzieci rodziców chorujących psychicznie zmniejsza ryzyko wystąpienia u nich kryzysu psychicznego od 40% do 50% (Lannes i in., 2021; Leijdesdorff i in., 2017).

Aktualnie dysponujemy ograniczonymi danymi dotyczącymi liczby posiadanych dzieci przez dorosłych chorujących psychicznie i dzieci mających chorujących rodziców, co związane jest z poświęcaniem zbyt małej uwagi dzieciom rodziców leczących się psychiatrycznie przez specjalistów pracujących w służbie zdrowia (Leijdesdorff i in., 2017). Szacuje się, że na całym świecie od 15% do 23% dzieci ma przynajmniej jednego rodzica będącego w kryzysie psychicznym wymagającego leczenia psychiatrycznego (Abel i in., 2019; Leijdesdorff i in., 2017). W badaniach populacyjnych obejmujących osoby dorosłe leczące się psychiatrycznie (przewaga kobiet będących pod opieką ambulatoryjną) wskaźnik posiadania dzieci poniżej 18 r.ż. kształtował się pomiędzy 18% a 45% (Johnson i in., 2018; Luciano i in., 2014; Maybery i Reupert, 2018; Maybery i in., 2009; Plass-Christl i in., 2017; Ruud i in., 2019; Stambaugh i in., 2017). Warto pamiętać, że zgodnie z najnowszymi danymi Światowej Organizacji Zdrowia (GHDx, 2022) jedna na osiem osób na świecie doświadcza kryzysu psychicznego. Dane te dotyczą populacji osób dorosłych, jak i dzieci (Barican i in., 2022 GHDx, 2022). Nie



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

uwzględniają one jeszcze wzrostu występowania zaburzeń psychicznych w wyniku pandemii COVID-19 (World Health Organization, 2022; Kakhramonovich, 2022).

Obecność problemów ze zdrowiem psychicznym u członka rodziny jest doświadczeniem wielu osób i rodzin. Dotyczy ono dzieci, których jedno z rodziców/opiekunów prawnych lub oboje doświadczają kryzysu psychicznego, jak i rodziców/opiekunów prawnych, których dzieci charakteryzują się klinicznie znaczącym zaburzeniem funkcji poznawczych, regulacji emocji lub zachowania. Dlatego coraz częściej pojawiają się postulaty o konieczności wprowadzenia zmian systemowych w polityce zdrowia w celu zorganizowania opieki nad zdrowiem psychicznym w sposób uwzględniający zależny charakter zdrowia psychicznego rodzica i dziecka. Zmiany systemowe powinny uwzględniać kontekst rodzinny, w którym występuje choroba psychiczna i możliwość odzyskania zdrowia (Campbell i in., 2021; Nordh, 2023; Reupert i in., 2013). Istnieje konieczność uwrażliwienia specjalistów pracujących w systemie ochrony zdrowia psychicznego z osobami dorosłymi na potrzeby dzieci ich pacjentów oraz specjalistów pracujących z dziećmi na uwzględnianie zdrowia psychicznego rodziców ich pacjentów. Specjaliści ci powinni rutynowo oceniać potrzeby bliskich pacjenta i planować oddziaływania mające na celu zapewnienie zaspokojenia potrzeb rodzin i ich poszczególnych członków w sytuacji choroby psychicznej jednego z nich. Takie podejście wymaga ścisłej współpracy między specjalistami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży i specjalistami zdrowia psychicznego dorosłych (Abel i in., 2019; Barican i in., 2022 Campbell i in., 2021 Leijdesdorff i in., 2017; Leverton, 2003; Nordh, 2023; Pfeiffenberger, i in., 2016 Reupert i in., 2013) oraz stworzenia w systemie zdrowia psychicznego obecności skoordynowanych działań mających na celu udzielenie rodzinie, jak i jej poszczególnym członkom wieloustługowych świadczeń i spójnych interwencji w obszarze zdrowia psychicznego (Aass i in., 2022; Abel i in., 2019; Barican i in., 2022; Goodman, 2020; Lannes, i in., 2021; Naughton i in., 2018; Nordh, 2023; Reupert i in., 2013; Ruud i in., 2019; Solmi i in., 2022).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Wyzwania w organizacji systemu ochrony zdrowia i koordynacji świadczeń**

Organizacja opieki nad rodzinami ze złożonymi problemami to nadal wyzwanie, które nie doczekało się jednego rekomendowanego rozwiązania. Dostępne modele integracji opieki nad pacjentem w różnym wieku można rozpatrywać jako pewnego rodzaju kontinuum i stopniową transformację od systemów całkowicie odrębnych do systemów całkowicie zintegrowanych. Najczęściej wdraża się zasady dobrej koordynacji usług poprzez kolokację lub koordynację usług w ramach opracowanych ścieżek współpracy. Każde podejście – do całkowicie rozdzielnych systemów z możliwością koordynacji po w pełni zintegrowany – ma mocne i słabe strony. Jednak wszystkie mają na celu zwiększenie dostępu do opieki, poprawę jej efektywności oraz promowanie integracji usług w szerokim rozumieniu, nie tylko w zakresie zdrowia psychicznego, ale również medycyny somatycznej ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej (Kaye i in., 2021).

Skoordynowane programy, często nazywane np. w Stanach Zjednoczonych programami dostępu do psychiatrii dziecięcej, zostały szeroko i dobrze przyjęte. Są one wykonalne, ale wymagają dedykowanego źródła finansowania. Programy zlokalizowane w jednym miejscu mogą być łatwiej wdrażane i samowystarczalne, ale w większym stopniu zależą od zaangażowanych osób i są administracyjnie oddzielone od podstawowej opieki zdrowotnej. Opieka oparta na współpracy i koordynacji usług w ramach systemów kierujących swoje usługi do dzieci, młodzieży i dorosłych jest najbardziej złożonym, ale i zintegrowanym programem. Jego zasadność znajduje potwierdzenie w dostępnych badaniach (Settipani i in., 2019), choć wskazuje się w nich konieczność kontynuowania działań pozwalających ustalić jego skuteczność dla pacjentów, zdrowia populacji i specjalistów w obszarze zdrowia psychicznego. Większość programów opieki zintegrowanej jest realizowana w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, jednak koncepcje opieki zintegrowanej dla rodzin zaczynają być wdrażane na całym świecie. Wydaje się, że zaczyna przeważać tendencja większej integracji. Niemniej przyszłe systemy finansowania usług w tym obszarze będą miały kluczowe znaczenie dla określenia szybkości, z jaką to nastąpi w danym kraju.

Czasowa i skuteczna współpraca pomiędzy systemami może przynieść wiele korzyści zarówno pacjentom, jak i pracownikom w obu wariantach, tj. w przypadkach, gdy występują



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

problemy ze zdrowiem psychicznym dorosłych i wymagana jest ustawowa interwencja w zakresie ochrony dziecka, jak i kiedy mamy do czynienia z problemami u dzieci i wymagane są interwencje systemowe w zakresie całej rodziny pacjenta niepełnoletniego. Opisywane pozytywne rezultaty współpracy mogą obejmować szybsze i bardziej proaktywne reakcje, zmniejszenie niepokoju u pracowników (Hetherington i in., 2002), ograniczenie separacji rodzin (Seneviratne i in., 2003), większą ciągłość opieki, bardziej holistyczne usługi (Williamson, 2001), szybszy dostęp do usług (Cottrell i in., 2000) oraz lepszą efektywność kosztową (Johnson i in., 2003).

Integracja systemów ochrony zdrowia dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych nie może pomijać jednego z istotniejszych wyzwań, tj. przejścia z opieki dla dzieci i młodzieży do systemu opieki dla dorosłych. W literaturze światowej wskazuje się na istotną lukę obecną w organizacji usług w tym zakresie, a dzieci, które doświadczyły trudności z płynnym przekazaniem i ciągłością opieki są narażone na uzyskanie gorszych wyników leczenia oraz mogą rozwinąć się u nich poważniejsze zaburzenia psychiczne w porównaniu do dzieci, które doświadczyły płynnego i celowanego przejścia pomiędzy systemami (Singh i in., 2010). Nazywane „przejściem do usług w zakresie zdrowia psychicznego” przejście młodych pacjentów z ośrodków w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży do usług w zakresie zdrowia psychicznego dla dorosłych jest obecnie opisywane jako zidentyfikowany istotny proces wymagający uruchomienia dodatkowych zasobów. Jest to proces wymagający intencji terapeutycznej, który przygotowuje nastolatka do przejścia i obejmuje okres przekazania lub wspólnej opieki, spotkania poświęcone planowaniu przejścia oraz przekazywanie notatek przypadków lub streszczeń informacji (Brodie i in., 2011; Paul i in., 2015). Odpowiednie rozwiązanie systemowe ma kluczowe znaczenie dla młodych pacjentów, a związana z przejściem przerwa w świadczeniu usług jest obecnie uważana za główne wyzwanie społeczno-gospodarcze dla Unii Europejskiej. Jako bariery płynnego przejścia do usług w zakresie zdrowia psychicznego wskazuje się m.in. słabą komunikację pomiędzy systemami, różnice w modelach organizacji opieki i brak odpowiedniego szkolenia dla specjalistów<sup>7</sup> (Signorini i in., 2018; Singh, 2009; Singh i in., 2017). Trudności te wynikają m.in.

---

<sup>7</sup> Przykładowe szkolenia są podane na stronie: <https://www.milestone-transitionstudy.eu/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

z braku powiązań pomiędzy systemami ochrony zdrowia adresowanymi do dzieci, młodzieży i dorosłych oraz z braku współpracy międzydyscyplinarnej i pomiędzy zespołami (Signorini i in., 2018).

### **Przegląd rozwiązań stosowanych na świecie**

Istnieją różne rozwiązania, które mają służyć poprawie koordynacji działań i promować współpracę w systemach ochrony zdrowia (Bazley, 2000; Blanch i in., 1994; Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia, 1999; Departament Rodzin w Queensland, 2002; Hetherington i in., 2002;). Cechuje je zróżnicowany poziom współpracy i alokowanych zasobów do realizacji wyznaczonych celów. Od wspólnego podejmowania decyzji związanych ze ścieżką leczenia rodziny w trakcie spotkań konsultacyjnych (np. luźne koalicje skupiające się na jednej kwestii) do wieloaspektowych usług zintegrowanych (Gardiner, 2000; Walter i Petr, 2000). Funkcjonuje również rozwiązanie całkowicie integrujące usługi, w tym organizacja tzw. „punktu kompleksowej obsługi”, który uznawany był za idealne rozwiązanie w celu zaspokojenia potrzeb rodzin ze złożonymi problemami (Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia, 1999). Jednak nadal częściej spotyka się mniej zintegrowane sposoby wspólnej pracy (Johnson i in., 2003), takie jak konsultacje (tj. rozmowa z pracownikiem innego podmiotu na temat usług, które mogą być dostępne lub szukanie ogólnych informacji o dostępności i zasadach realizacji świadczeń) czy współpraca (sformalizowane sesje koordynacji i konsylia związane z wspólną pracą na rzecz konkretnego pacjenta/rodziny).

Analizując etap przejścia młodego pacjenta pomiędzy systemami, mamy do czynienia z różnymi rozwiązaniami. Niemniej badania Signorini i in. (2018) w przeprowadzone w 28 krajach wskazują, że nadal mamy do czynienia z dużą luką w tym obszarze. Badacze podkreślają potrzebę zaangażowania wielu zasobów, tj. multidyscyplinarnych kompetencji, odpowiednio zdefiniowanych usług i interesariuszy, w tym użytkowników, ich perspektyw i potrzeb, w celu zapewnienia jakości i ciągłości opieki psychiatrycznej w okresie przejściowym (). Signorini i in. (2018) podkreślają, że konieczne jest kontynuowanie badań w tym obszarze, ale już teraz proponują konkretne rekomendacje:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- ustanowienie wspólnego programu szkoleniowego w zakresie optymalnego przekazywania pacjentów pomiędzy systemami oraz obejmującego szczególnie aspekty psychopatologii obserwowane w tym okresie, dedykowanego profesjonalistom pracującym w obu systemach;
- utworzenie organizacji/struktury zajmującej się wspólnym zarządzaniem oraz monitorowaniem współpracy pomiędzy obydwojema systemami, stworzenie struktury nadzorującej oba systemy i monitorującej usługi realizowane we współpracy;
- opracowanie własnych lub przegląd i adaptacja istniejących wytycznych/procedur przekazywania pacjentów i zasad współpracy dostępnych w innych krajach, aby zapewnić im przystosowanie do wyzwań specyficznych dla danego kraju;
- standaryzowana ocena potrzeb młodych ludzi zbliżających się do granicy wieku związanej z koniecznością przekazania do systemu dla osób dorosłych;
- włączenie młodych ludzi i ich rodzin w proces planowania przejścia/przekazania leczenia pomiędzy systemami.

Dla potrzeb tego rozdziału przedstawione zostaną rozwiązania, które są oceniane jako dobre wzorce m.in. dzięki opracowanym odpowiednim politykom, uzgodnieniu stosowanych praktyk czy nawet utworzeniu wyspecjalizowanych ośrodków zajmujących się przejściem z opieki dziecięcej do dorosłej (McGorry i in., 2013).

Pierwszym dobrym przykładem jest reforma systemu organizacji opieki psychiatrycznej w Australii. W ramach tamtejszej reformy zostały utworzone Centra Zdrowia Psychicznego jako podstawowy poziom, tzw. *headspace*<sup>8</sup>. Narodowa Fundacja Zdrowia Psychicznego Młodzieży to ulepszony model podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz zdrowia psychicznego młodzieży w Australii. Została założona przez australijski rząd federalny w 2006 r. z misją m.in. promowania i wspierania wczesnej interwencji dla młodych ludzi z problemami w obszarze zdrowia psychicznego w wieku 12–25 lat.

Główną cechą tych ośrodków jest stworzenie przyjaznej młodzieży przestrzeni oraz łatwo dostępnych, skoordynowanych z pozostałymi dostępnymi w systemie usługami, ukierunkowanymi na podstawowe potrzeby zdrowotne młodych ludzi. Odbywa się to

---

<sup>8</sup> <https://www.headspace.org.au/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

poprzez zapewnienie multidyscyplinarności, odpowiednio dostosowanej do obserwowanych potrzeb struktury i funkcji ośrodka oraz „punkt kompleksowej obsługi”. To właśnie w ramach tego punktu odbywa się koordynacja i współpraca w zakresie lokalnie dostępnych świadczeń oraz usług (również specjalistycznych), współpraca ze szkołą oraz organizacjami społecznymi. *Headspace* nie mają zastąpić istniejących usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, lecz raczej są ich uzupełnieniem oraz dzięki licznym działaniom destygmatyzacyjnym oraz poprawie warunków i dostępności mają zachęcać młodych ludzi do skorzystania z pomocy tak szybko jak jest to możliwe oraz konieczne. Stworzenie środowiska przyjaznego młodzieży jest niezwykle istotne, ponieważ jest ono rzadko dostępne w standardowej podstawowej opiece zdrowotnej lub specjalistycznych systemach oferujących usługi w obszarze zdrowia psychicznego. Zapewnia on tzw. „miękki” punkt wejścia, który jest bardziej atrakcyjny i skuteczny dla młodych ludzi znajdujących się w trudnej sytuacji lub borykających się z problemami. Odbywa się to bez stygmatyzowania ich i przedwczesnej medykalizacji problemu.

Ośrodki te koordynują i realizują usługi w czterech głównych obszarach:

- 1) zdrowie psychiczne,
- 2) uzależnienia od narkotyków i alkoholu,
- 3) podstawową opiekę zdrowotną (ogólny stan zdrowia) oraz
- 4) pomoc zawodową/edukacyjną.

Aby osiągnąć tego typu zintegrowaną opiekę, każde centrum *headspace* jest kierowane przez regionalną agencję, którą zazwyczaj jest wydział/struktura koordynująca podstawową opiekę zdrowotną w danym regionie. Może ona działać w imieniu lokalnego konsorcjum stworzonego przez organizacje, które podejmują się odpowiedzialności za koordynację i realizację usług w ramach tzw. „punktu kompleksowej obsługi”. To podejście ma na celu ułatwić łączenie istniejących usług lokalnych, które są dostępne i dobrze funkcjonują w regionie oraz stworzyć nową strukturę, która cechuje się wysoką dostępnością, łatwością w znalezieniu i przyjazną dla młodego człowieka. Ponadto oferuje usługi dotychczas nierealizowane, np. elektroniczną platformę opieki nad młodzieżą.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Headspace* organizuje lokalne kampanie podnoszące świadomość na temat zdrowia psychicznego oraz wzmacniające zachowania młodych ludzi związane z poszukiwaniem pomocy, zdolność rodzin i lokalnych usługodawców do identyfikacji oraz wczesnego wykrywania pojawiających się problemów psychicznych. Rozwijane są aplikacje internetowe zapewniające wsparcie online i interwencję online. Prowadzone są także programy profilaktyczne w szkołach. Dzięki przemyślanemu systemowi koordynacji w społeczności lokalnej przez jedno miejsce nie pojawiają się tak wielkie trudności w sytuacji korzystania z innych świadczeń lub usług, których celem jest objęcie opieką rodziny, w tym dorosłych członków rodziny.

Kolejnym dobrym przykładem jest rozwiązanie z sukcesem implementowane w systemie ochrony zdrowia w Irlandii, tzw. program *Jigsaw*<sup>9</sup> (puzzle). Do testowania oraz wdrożenia programu *Jigsaw* wybrano pięć irlandzkich hrabstw (w przybliżeniu powiatów w Polsce): Galway, Kerry i Meath oraz miasta (miasta na prawach powiatu w Polsce) Roscommon i Ballymun – dokładnie dzielnica północnego Dublina znajdująca się w niekorzystnej sytuacji ekonomicznej. Te obszary, w których zadbano o prawidłową implementację opracowanej strategii transformacji, służyły jako „społeczności uczące się” w celu rozwoju i walidacji modelu. Następnie stały się centrami doskonałości dla pozostałych hrabstw w Irlandii. Jednym z głównych zadań było uporządkowanie ścieżek referowania pacjentów do leczenia oraz przekazywania pomiędzy podmiotami leczącymi, a także koordynacja dostępnych usług w danym hrabstwie, mieście czy dzielnicy.

Większość danych medycznych wskazywała na dużą różnorodność ścieżek dostępu, zwykle było to samodzielne zgłoszenie lub zgłoszenie przez rodziców. Pojawiło się wiele zgłoszeń ze szkół średnich, od jednostek pomocy społecznej, ale też z realizowanych programów dla młodzieży oraz dorosłych w obszarze zdrowia psychicznego, od lekarzy pierwszego kontaktu i rówieśników. W toku realizowanego programu większość interwencji dotyczących m.in. relacji rówieśniczych, umiejętności radzenia sobie z problemami życia codziennego, zdrowia fizycznego i radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi była

---

<sup>9</sup> <https://jigsaw.ie/>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

efektywnie prowadzona we wdrażanym modelu. Około 5–10% zgłaszających się młodych ludzi wymagało przekierowania do oferty specjalistycznych usług zdrowotnych.

Bardzo dobrym przykładem udanej transformacji systemu opieki zdrowotnej w ramach kontynuacji leczenia jest model poprawy dostępności i koordynacji w systemie angielskim. Dostęp do usług dla osób w wieku 16–25 lat jest prowadzony w ramach dwóch ścieżek opisanych w załączniku nr 1 do niniejszego rozdziału. Uogólniając, polegają one na odpowiednio opracowanych procedurach przekazywania pacjentów. Po pierwsze, w systemie świadczącym usługi dla osób dorosłych, środowiskowe zespoły ds. zdrowia psychicznego opracowują ścieżkę dostępu do usług dla młodzieży (czasem wydzielając funkcjonalne zespoły dla młodzieży). Zespół prowadzi ocenę stanu psychicznego oraz potrzeb zdrowotnych. Następnie przekazuje pacjenta do lekarza rodzinnego w ciągu jednego tygodnia od skierowania go przez tego lekarza. Dodatkowo jest oferowana krótkoterminowa interwencja poznawczo-behawioralna o udowodnionej naukowo skuteczności. Wszelkie potrzeby związane z farmakoterapią zapewnia lekarz pierwszego kontaktu, postępując zgodnie z konsultacją psychiatry-konsultanta zespołu. Oprócz leczenia objawowego pacjenci są badani pod kątem ryzyka pojawiającej się psychozy, choroby afektywnej dwubiegunowej oraz zaburzeń odżywiania i osobowości (Lin i in., 2013). Za poprawne przejście z systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży odpowiadają zespoły psychiatrów i psychologów dziecięcych działających w ramach uzgodnionej procedury przekazywania pacjentów. Te zespoły są także odpowiedzialne za zarządzanie przyjęciami młodych ludzi w wieku 16 lub 17 lat w przypadku przyjęcia do jednostek czy podmiotów zajmujących się osobami niepełnoletnimi.

Mając na względzie rozwiązania stosowane w świecie oraz obecny model organizacji systemów opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych w Polsce, warto wdrożyć zasady koordynacji i współpracy w ramach opieki nad rodziną. W ramach programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych funkcjonuje już obecnie Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK), który wydaje się być odpowiednim miejscem do skoordynowania lokalnie dostępnych usług dla pacjentów ze wszystkich grup wiekowych. Z uwagi na model finansowania (ryczałtowy) realizowane w ramach PZK usługi mogą być łatwo



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

uzupełnione oraz dostosowane do potrzeb pacjenta/rodziny. Za przykładem rozwiązań australijskich można by rozważyć umiejscowienie w ramach takiego punktu działań promocyjno-profilaktycznych. Ważnym aspektem jest też zapewnienie odpowiedniej przestrzeni i lokalizacji takiego miejsca oraz odpowiedniej sprawozdawczości w Centrach Zdrowia Psychicznego.

### **Propozycja standardu koordynacji procesu zdrowienia identyfikowanego pacjenta i jego rodziny**

Biorąc pod uwagę wyzwania, przed którymi stają specjaliści w obliczu potrzeb rodzin ze złożonymi problemami, a także korzystając z dobrych praktyk i doświadczeń państw wysokorozwiniętych, pragniemy przedstawić propozycję standardu koordynacji działań pomiędzy systemem ochrony zdrowia adresowanym do dzieci i młodzieży oraz systemem ochrony zdrowia dla dorosłych. „Wejście” rodziny do systemu może odbywać się poprzez Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych (w przypadku pierwszego kontaktu dorosłego z zaburzeniami psychicznymi) lub poprzez jeden z ośrodków w ramach trzech poziomów referencyjnych dla dzieci<sup>10</sup>. Zespół specjalistów w wyżej wymienionych placówkach w zależności, do jakiej grupy pacjentów adresuje swoje usługi, odpowiada za skoordynowanie opieki w zakresie zdrowia psychicznego nad pacjentem i jego rodziną. Praca z rodziną trwa do czasu osiągnięcia celów procesu zdrowienia określonych w Planie Terapii i Zdrowienia (PTiZ) uwzględniającym potrzeby pacjenta i jego najbliższych.

Koordinator oddziaływań dla pacjenta i jego rodziny zwany dalej koordynatorem rodziny lub osoba przez niego upoważniona tworzy/organizuje w ramach przepisów obowiązującego prawa zespół funkcjonalny. Zespół może być powołany w ramach jednego lub większej liczby podmiotów leczniczych. Celem zespołu jest zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i psychologicznej dostosowanych do potrzeb i diagnozy pacjenta – pełnoletniego lub niepełnoletniego oraz jego rodziny. Zespół

---

<sup>10</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra zdrowia może być to: 1) Ośrodek Środowiskowej Pomocy Psychologicznej i Psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny) lub Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci (II poziom referencyjny) lub Ośrodek Wielospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (III poziom referencyjny).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

funkcjonalny jest tworzony na rzecz wsparcia rodziny, obejmuje specjalistów leczenia psychiatrycznego dorosłych oraz specjalistów leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży. Jeżeli zespół tworzą specjaliści z różnych podmiotów leczniczych, to wspólnie ponoszą odpowiedzialność za skoordynowany proces leczenia rodziny, przy zachowaniu odrębnej odpowiedzialności za leczenie jej poszczególnych członków. Na każdym etapie procesu leczenia psychiatrycznego dziecka lub dorosłego jest możliwość włączenia w proces jego najbliższych członków rodziny. Jednak przyjmuje się za obowiązkowe ujęcie w konceptualizacji zgłaszanego problemu:

- 1) w przypadku dzieci – kondycji psychicznej rodziców/opiekunów prawnych;
- 2) w przypadku dorosłych – faktu posiadania dzieci i zdefiniowania ich potrzeb wynikających z posiadania rodzica/opiekuna prawnego doświadczającego zaburzenia psychicznego.

Wdrożenie standardu w pomiotach leczniczych może przebiegać w następujący sposób, w zależności od struktury właścicielskiej.

### ***1. Wdrożenie standardu w podmiotach leczniczych w sytuacji jednej struktury właścicielskiej***

Skoordynowanie opieki nad rodziną w podmiotach w ramach jednej struktury właścicielskiej może ułatwić powołanie Centrum Koordynacji, które będzie łączyło w sobie zadania zespołu pierwszego kontaktu<sup>11</sup> (Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych) i zespołu diagnostycznego (I i II poziom referencyjny w psychiatrii dziecięcej). Centrum Koordynacji może być ulokowane w ramach Punktu Zgłoszeniowo-Konsultacyjnego w Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych. Centrum Koordynacji tworzy zespół profesjonalistów w obszarze zdrowia psychicznego specjalizujących się w pracy z dorosłymi i dziećmi. Jego głównym zadaniem jest:

- przyjęcie zgłoszenia od pacjenta,

---

<sup>11</sup> zespół pierwszego kontaktu – zespół specjalistów przyjmujących zgłoszenie od Pacjenta lub jego najbliższych, którego zadaniem jest zapoznanie się ze zgłaszanym problemem i podjęcie decyzji o wyborze ścieżki oddziaływań. Funkcję zespołu pierwszego kontaktu może pełnić też Zespół z Punktu Zgłoszeniowo-Konsultacyjnego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- wstępna ocena rodzaju trudności i stopnia nasilenia kryzysu psychicznego,
- ewentualne przekazanie dziecka, rodziny lub dorosłego do innych instytucji świadczących usługi odpowiadające na zgłaszane potrzeby.

Istotną kwestią w sytuacji zgłoszenia się dorosłego będącego w kryzysie psychicznym jest ustalenie, czy pod jego opieką pozostają dzieci w wieku poniżej 18 r.ż. W skład Centrum Koordynacji mogą wchodzić osoby pracujące na infolinii.

Zespół infolinii odpowiedzialny jest za przyjmowanie zgłoszeń oraz przeprowadzenie krótkiego wywiadu diagnostycznego w celu oceny nasilenia kryzysu psychicznego u zidentyfikowanego pacjenta oraz pilności podjęcia interwencji. Ocena ta może zostać przeprowadzona zgodnie z triagem psychiatrycznym<sup>12</sup>.

Przyjęcie zgłoszenia oznacza rozpoczęcie procedury związanej z koordynacją wsparcia. Pracownicy infolinii przekazują zgłoszenie do zespołu pierwszego kontaktu. W zależności od wieku zgłaszanego pacjenta zgłoszenie jest przekazane do specjalisty pracującego z dziećmi lub do specjalisty pracującego z dorosłymi.

Zespół pierwszego kontaktu przyjmuje zlecenie od zespołu infolinii podczas sesji koordynacji i podejmuje pierwszy kontakt z osobą zgłaszającą problem. Pierwsze spotkanie, co do zasady i po uzyskaniu zgody zainteresowanych, odbywa się w domu pacjenta. Na wizytę może pojechać zespół składający się ze specjalistów pracujących z dziećmi i dorosłymi, jeśli już na etapie zgłoszenia ustalono, że oprócz zidentyfikowanego pacjenta wsparcia będą potrzebować jego najbliżsi. Głównymi zadaniami zespołu jest nawiązanie relacji z pacjentem i jego rodziną, poznanie historii problemu i sieci wsparcia społecznego oraz przygotowanie konceptualizacji i PTiZ w podejściu biopsychospołecznym z uwzględnieniem potrzeb najbliższych: rodziców w przypadku dzieci lub dzieci w przypadku rodzica/ów. Po procesie konceptualizacji i opracowaniu PTiZ w zależności od potrzeb i celów opieką może zostać objęty jeden członek rodziny lub cała rodzina.

---

<sup>12</sup> Triage psychiatryczny – algorytm oceny stanu psychicznego i zaleceń działania według MHT (*Mental Health Triage*).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Do zespołu powinna być przypisana funkcja *case managera* (CM), czyli osoby odpowiedzialnej za:

- opracowanie planu terapii indywidualnego i/lub dla rodziny;
- organizację zespołu leczącego (monitorowanie procesów wsparcia), w tym ustalenie z pacjentem i/lub jego rodziną, pierwszej wizyty u wybranego specjalisty, w zależności od potrzeb zespół może składać się ze specjalistów pracujących z dziećmi i specjalistów pracujących z dorosłymi;
- koordynację pracy zespołu m.in. poprzez zwoływanie sesji koordynacji i konsyliów;
- towarzyszenie rodzinie w procesie zdrowienia;
- ocenę okresową i końcową wsparcia w ramach PTiZ pacjenta i/lub jego rodziny.

Zamknięcie procesu leczenia zawsze poprzedzone jest sesją koordynacji zespołu i spotkaniem z rodziną. Istotne jest, żeby w trakcie trwania procesu odbywały się spotkania zespołu leczącego przynajmniej jeden raz w miesiącu, a sesje koordynacji w zależności od potrzeb, ale nie mniej niż dwa razy w czasie trwania całego procesu. W sytuacji „wejścia do sytemu” poprzez Izbę Przyjęć i hospitalizację pacjenta rola CM rodziny na czas leczenia szpitalnego pozostaje przypisana do lekarza prowadzącego lub do innego specjalisty przez niego wskazanego pracującego z pacjentem. W sytuacji wypisu pacjenta i potrzeby kontynuowania leczenia, rola ta jest na stałe przekazywana specjalście z zespołu pierwszego kontaktu. Rola CM rodziny w sytuacji jednej struktury właścicielskiej pozostaje taka sama, jak w przypadku podmiotów z odmiennymi strukturami właścicielskimi.

## **2. Wdrożenie standardu w podmiotach leczniczych w sytuacji ich odrębności własnościowej**

Skoordynowanie opieki nad rodziną w przypadku odrębności prawnej podmiotów leczniczych wymaga nawiązania formalnej współpracy przez całkowicie niezależne prawnie przedmioty lecznicze świadczące usługi z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych. Ważne jest, żeby podmioty te obejmowały swoją opieką to samo terytorium kontraktacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

„Wejście do systemu” opieki ambulatoryjnej konkretnej rodziny może odbywać się poprzez PZK, w skład którego wchodzi przedstawiciele zespołu pierwszego kontaktu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych i zespołu diagnostycznego I lub II poziomu referencyjnego dla dzieci. Pierwsza osoba kontaktująca się z pacjentem identyfikowanym w przypadku dorosłych lub z opiekunem prawnym w przypadku dzieci, staje się odpowiedzialna za przeprowadzenie oceny przyjmowanego zgłoszenia pod kątem rodzaju i stopnia nasilenia kryzysu psychicznego. W przypadku potrzeby wsparcia członków rodziny zgłaszanego pacjenta osoba ta przyjmuje rolę CM rodziny (może łączyć tą funkcję z byciem koordynatorem opieki dla pacjenta dorosłego w Centrum Zdrowia Psychicznego) odpowiedzialnego za:

- opracowanie PTiZ dla rodziny;
- organizację zespołu leczącego (monitorowanie procesów wsparcia) ze specjalistów pracujących z dziećmi i dorosłymi w różnych podmiotach leczniczych;
- koordynację pracy zespołu m.in. poprzez zwoływanie sesji koordynacji i konsyliów;
- towarzyszenie rodzinie w procesie zdrowienia;
- ocenę okresową i końcową wsparcia w ramach PTiZ.

Sesja koordynacji powinna poprzedzać przekazywanie rodziny do poszczególnych zespołów wraz z ustaleniem celów oddziaływań oraz przed zamknięciem procesu wsparcia. Istotne jest, żeby odbywały się spotkania zespołu leczącego przynajmniej jeden raz w miesiącu, a sesje koordynacji w zależności od potrzeb, ale nie mniej niż dwa razy w czasie trwania całego procesu. W przypadku „wejścia do sytemu” poprzez Izbę Przyjęć i hospitalizację pacjenta rola CM rodziny na czas leczenia szpitalnego jest przypisana do lekarza prowadzącego lub innego specjalisty przez niego wskazanego pracującego z pacjentem. W sytuacji wypisu pacjenta i potrzeby kontynuowania leczenia, rola ta jest na stałe przekazywana specjalście z zespołu leczenia ambulatoryjnego.

Rolą CM rodziny w okresie hospitalizacji dorosłego jest zadbanie o potrzeby jego dziecka wynikające z zaistniałej sytuacji. Konieczne będzie zatem poszerzenie zespołu leczącego o specjalistów pracujących z dziećmi w systemie ambulatoryjnym. Uczestniczenie tych specjalistów w procesie leczenia powinno odbywać się poprzez sesje koordynacji, podczas których będą omawiane potrzeby dziecka w kontekście zdrowienia jego rodzica/opiekuna prawnego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

CM rodziny w sytuacji hospitalizacji dziecka odpowiada za ocenę wpływu stanu psychicznego rodzica na proces zdrowienia jego dziecka. Jeśli zachodzi potrzeba wsparcia rodzica w jego zdrowiu to rolą CM jest poszerzenie zespołu leczącego o specjalistę pracującego z dorosłymi. Uczestniczenie tych specjalistów w procesie leczenia powinno odbywać się poprzez uczestnictwo w sesjach koordynacji, podczas których będą omawiane potrzeby dziecka i rodzica w kontekście zdrowienia tego pierwszego. W kontekście poważnych zaburzeń psychicznych u dziecka i związanych z nimi powtórnych hospitalizacji istotne jest, żeby w trakcie i/lub po zakończonej hospitalizacji utrzymywać szerszą formułę zespołu leczącego, w skład którego wchodzi specjalista pracujący ambulatoryjnie z dzieckiem i jego rodziną, specjalista pracujący z rodzicem/rodzicami oraz przedstawiciele szpitalnego zespołu leczącego.

### **Rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia w Polsce**

Podsumowując opisane kwestie, celem skutecznego wdrożenia wybranego dla polskiego systemu rozwiązania, warto zwrócić uwagę na konieczność opracowania nowych usług, które będą odpowiadały na zidentyfikowane braki w tym obszarze. Poniżej przedstawiono rekomendacje, które mogą wskazać kierunki dalszych prac:

- opracowanie dedykowanych usług / produktów statystycznych;
- dostosowanie produktów rozliczeniowych do leczenia rodziny (koordynatora), tj. w ramach sesji grupowych dla rodziny (jakichkolwiek) powinna być możliwość sprawozdawczości numerów PESEL pełnoletnich i niepełnoletnich oraz możliwość prowadzenia ich przez dwóch specjalistów;
- współpraca międzysektorowa powinna być uregulowana ustawowo – w szczególności regulować kto i jakie informacje przetwarza ustawowo oraz powinna powstać baza specjalistów zajmujących się daną rodziną (podmioty uprawnione oraz zakres informacji);
- pacjentów, u których wymagana jest koordynacja pomiędzy systemami dla niepełnoletnich i pełnoletnich powinno się automatycznie kwalifikować do opieki czynnej. Podobnie jest z pacjentami, którzy zostali zakwalifikowani do ścieżki



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

przekazywania pomiędzy systemami. Opieka czynna wymaga, aby był wyznaczony koordynator opieki i został opracowany PTiZ (odpowiednie dostosowanie rozporządzenia);

- koordynator opieki wyznaczany w powyższym przypadku powinien mieć doświadczenie w pracy z dziećmi;
- wprowadzenie produktów statystycznych związanych z „opieką nad rodziną” – produkt dla opieki nad rodziną, w którym sprawozdaje się PESEL dziecka w powiązaniu z opiekunem prawnym;
- przetestowanie rozwiązania ryczałtowego: świadczenie wokół rodziny bądź opracowanie dedykowanego rozwiązania powinno być finansowane i promujące współpracę obu systemów;
- obligatoryjny standard współpracy z Centrum Zdrowia Psychicznego po stronie psychiatrii dziecięcej.

### **Kryteria ewaluacji standardu dla zarządzającego podmiotem leczniczym lub dyrektora medycznego**

W celu ewaluacji standardu ważne jest, żeby w trakcie oceny procesu monitorowane były następujące wskaźniki ilościowe:

- liczba rodzin objętych wsparciem przez zespoły specjalistów pracujących z dorosłymi i z dziećmi;
- liczba odnotowanych informacji w dokumentacji medycznej dot. posiadania dzieci przez zgłaszających się dorosłych będących w kryzysie psychicznym;
- liczba sesji koordynacji – minimum dwie sesje na początek i na koniec procesu leczenia;
- liczba sesji konsylium<sup>13</sup> – minimum jeden raz – na etapie diagnostycznym, w którym ustalany jest plan zdrowienia dla rodziny;

---

<sup>13</sup> zespół podmiotu leczniczego lub podmiotów leczniczych tworzących zespół funkcjonalny spotyka się w celu omówienia procesu diagnostyczno-terapeutycznego i odnotowuje to w dokumentacji medycznej pacjenta oraz członków jego rodziny

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora. Zaleca się, żeby było to m.in. 10 rodzin w aktywnej intensywnej pomocy, 15 w standardowym procesie – max. do 35 rodzin w ramach jednego etatu specjalisty;

Ponadto w ramach ewaluacji należy zwrócić uwagę na:

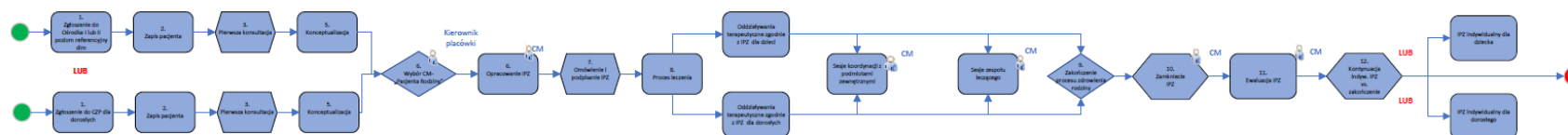
- pełnienie funkcji i wywiązywanie się ze swoich obowiązków przez CM rodziny, szczególnie w zakresie:
  - budowania relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zespołu funkcjonalnego w sytuacji odrębności prawnej lub pomiędzy specjalistami w przypadku jednej struktury właścicielskiej;
  - nawiązywanie i utrzymywanie procesjonalnej relacji z rodziną;
  - wywiązywanie się z działań formalnych, tj. kontaktu z instytucjami zewnętrznymi, np. Ośrodkiem Pomocy Społecznej, kuratorem, szkołą lub przedszkolem, ustalenia pierwszych terminów wizyt u specjalistów z zespołów funkcyjnych;
- ocenę procesów leczenia pod kątem ich zgodności ze standardem diagnozy i leczenia rekomendowanym przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży;
- monitorowanie wsparcia rodziny pod kątem realizacji planu leczenia ustalonego przez zespół i zaakceptowanego przez pacjenta i jego rodzinę.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży  
(I i II poziom referencyjny)



Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych

LEGENDA



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Aass, L. K., Moen, Ø. L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundqvist, L. O., Schröder, A. (2022). Family support and quality of community mental health care: Perspectives from families living with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 31(7–8), 935–948. <https://doi.org/10.1111/jocn.15948>
- Abel, K. M., Hope, H., Swift, E., Parisi, R., Ashcroft, D. M., Kosidou, K., Osam, C., S., Dalman, C., Pierce, M. (2019). Prevalence of maternal mental illness among children and adolescents in the UK between 2005 and 2017: A national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health*, 4(6), 291–300. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30059-3)
- Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R. E., Ulph, F., Calam, R. (2017). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(2), 212–228. <https://doi.org/10.1111/papt.12099>
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
- Bazley, M. (XX czerwca 2000). *A collaborative approach to improving outcomes for children and enhancing the quality of government services to families: The strengthening families strategy* [referat]. Reducing Criminality: Partnerships and Best Practice Conference, Perth, Australia.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1098–1109. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.020>
- Bellina, M., Grazioli, S., Garzitto, M., Mauri, M., Rosi, E., Molteni, M., Brambilla, P., Nobile, M. (2020). Relationship between parenting measures and parents and child



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

psychopathological symptoms: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1), artykuł 377. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02778-8>

Blanch, A. K., Nicholson, J., Purcell, J. (1994). Parents with severe mental illness and their children: The need for human services integration. *Journal of Mental Health Administration*, 21(4), 388–398. <https://doi.org/10.1007/BF02521357>

Brodie, I., Goldman, R., Clapton, J. (2011). *Mental health service transitions for young people*. Social Care Institute for Excellence. [www.scie.org.uk/publications/briefings](http://www.scie.org.uk/publications/briefings)

Department of UK Health (1999). *The NHS Plan*. London: The Stationery Office.

Campbell, T. C., Reupert, A., Sutton, K., Basu, S., Davidson, G., Middeldorp, C. M., Naughton, M., Maybery, D. (2020). Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 997–1012. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01502-x>

Christesen, A. M., Knudsen, C. K., Fonager, K., Johansen, M. N., Heuckendorff, S. (2022). Prevalence of parental mental health conditions among children aged 0–16 years in Denmark: A nationwide register-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(8), 1124–1132. <https://doi.org/10.1177/14034948211045462>

Cottrell, D., Lucey, D., Porter, I., Walker, D. (2000). Joint working between child and adolescent mental health services and the department of social services: The Leeds model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 481–489. <https://doi.org/10.1177/1359104500005004003>

Dam, K., Hall, E. O. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: A metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 442–457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>

Davidson, K. A., Munk-Laursen, T., Foli-Andersen, P., Ranning, A., Harder, S., Nordentoft, M., Thorup, A. A. E. (2022). Mental and pediatric disorders among children 0–6 years of parents with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(3), 244–254. <https://doi.org/10.1111/acps.13358>

Department of UK Health. (1999). *The NHS plan*. The Stationery Office.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Gardiner, J. (2000). Literature review on models of coordination and integration of service delivery. Perth: Women's Policy Office, Domestic Violence Prevention Unit.
- Goodman, S. H. (2020). Intergenerational transmission of depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 213–238. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071519-113915>
- Hetherington, R., Baistow, K., Katz, I., Mesie, J., Trowell, J. (2002). *The welfare of children with mentally ill parents: Learning from inter-country comparisons*. John Wiley & Sons.
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2023). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Johnson, S. E., Lawrence, D., Perales, F., Baxter, J., Zubrick, S. R. (2018). Prevalence of mental disorders among children and adolescents of parents with self-reported mental health problems. *Community Mental Health Journal*, 54, 884–897. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0217-5>
- Johnson, P., Wistow, G., Schulz, R., Hardy, B. (2003). Interagency and interprofessional collaboration in community care: The interdependence of structures and values. *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 69–83. <https://doi.org/10.1080/1356182021000044166>
- Kakhramonovich, T. P. (2022). Epidemiology of psychiatric disorders. *Texas Journal of Medical Science*, 12, 102–105.
- Kaye, D., Sengupta, S., Artis, J. (2021). Implementation strategies in co-located, coordinated, and collaborative care models for child and youth mental health concerns. *Pediatric Medicine*, 5, artykuł 15. <https://doi.org/10.21037/pm-20-75>
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Olino, T. M. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, 35(3), 353–365. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003587>
- Lannes, A., Bui, E., Arnaud, C., Raynaud, J. P., Revet, A. (2021). Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 51(14), 2321–2336.

<https://doi.org/10.1017/S0033291721003366>

Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., van Amelsvoort, T. (2017).

Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312–

317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>

Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness: The implications for children. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 395–402.

<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000079218.36371.78>

Lin, A., Reniers, R. L., Wood, S. J. (2013). Clinical staging in severe mental disorder: Evidence from neurocognition and neuroimaging. *The British Journal of Psychiatry*, 202(S54),

11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119156>

Luciano, A., Nicholson, J., Meara, E. (2014). The economic status of parents with serious mental illness in the United States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 242–250.

<https://doi.org/10.1037/pri0000087>

Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., Reupert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: Perspectives on need. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 78–88.

<https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.78>

Maybery, D., Reupert, A. E. (2018) The number of parents who are patients attending adult psychiatric services. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(4), 358–362.

<https://doi:10.1097/YCO.0000000000000427>

Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian Families. *Psychiatric Bulletin*, 33(1), 22–26.

<https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018861>

McGorry, P., Bates, T., Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(S54), 30–35.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214>

McKeague, L., Hennessy, E., O’Driscoll-Lawrie, C., Heary, C. (2022). Parenting an adolescent who is using a mental health service: A qualitative study on perceptions and

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

management of stigma. *Journal of Family Issues*, 43(9), 2317–2338.

<https://doi.org/10.1177/0192513X211030924>

Naughton, M. F., Maybery, D. J., Goodyear, M. (2018). Prevalence of mental illness within families in a regional child-focused mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 901–910. <https://doi.org/10.1111/inm.12386>

Nordh, E.-L. W. (2023). *The family and the patient: An investigation of mental health problems, risk factors, and support for members of the families of psychiatric patients* [rozprawa doktorska, Faculty of Social Sciences, University of Gothenburg]. Gothenburg University Publications Electronic Archive.

<https://hdl.handle.net/2077/75948>

Paananen, R., Tuulio-Henriksson, A., Merikukka, M., Gissler, M. (2021). Intergenerational transmission of psychiatric disorders: The 1987 Finnish Birth Cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 381–389. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01524-5>

Parker, G., Beresford, B., Clarke, S., Gridley, K., Pitman, R., Spiers, G., Light, K. (2008). *Research reviews on prevalence, detection and interventions in parental mental health and child welfare: Summary report*.

<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/SCIESummary.pdf>

Paul, M., Street, C., Wheeler, N., Singh, S. P. (2015). Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 436–457. <https://doi.org/10.1177/1359104514526603>

Pfeiffenberger, A. S., D'Souza, A. J., Huthwaite, M. A., Romans, S. E. (2016). The well-being of children of parents with a mental illness: The responsiveness of crisis mental health services in Wellington, New Zealand. *Child & Family Social Work*, 21(4), 600–607. <https://doi.org/10.1111/cfs.12186>

Plass-Christl, A., Klasen, F., Otto, C., Barkmann, C., Hölling, H., Klein, T., Wiegand-Grefe, S., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U. (2017). Mental health care use in children of parents with mental health problems: Results of the BELLA study. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(6), 983–992. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0721-4>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Queensland Department of Families (2002). *Handbook for integrated governance*.

Queensland Government.

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>

Reupert, A., Gladstone, B., Hine, R. H., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L., Foster, K. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 6–26.

<https://doi.org/10.1111/inm.12820>

Reupert, A. E., Maybery, D. J., Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), 7–9. <https://doi.org/10.5694/mja11.11200>

Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy, B. E., Ose, S. O. (2019). Adult mental health outpatients who have minor children: Prevalence of parents, referrals of their children, and patient characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 10, artykuł 163. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00163>

Seneviratne, G., Conroy, S., Marks, M. (2003). Parenting assessment in a psychiatric mother and baby unit. *British Journal of Social Work*, 33(4), 535–555.

<https://doi.org/10.1093/bjsw/33.4.535>

Settipani, C. A., Hawke, L. D., Cleverley, K., Chaim, G., Cheung, A., Mehra, K., Rice, M., Szatmari, P., Henderson, J. (2019). Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, artykuł 52. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0306-7>

Shenaar-Golan, Wald, N., Yatzkar, U. (2021). Parenting a child with mental health problems: The role of self-compassion. *Mindfulness*, 12, 2810–2819.

<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01744-z>

Signorini, G., Singh, S. P., Marsanic, V. B., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Gerritsen, S. E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F., O'Hara, L., Purper-Ouakil, D., Paul,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- M., Russet, F., Santosh, P., Schulze, U., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., [...] de Girolamo, G. (2018). The interface between child/adolescent and adult mental health services: Results from a European 28-country survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 501–511. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1112-5>
- Singh, S. P. (2009). Transition of care from child to adult mental health services: The great divide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 386–390. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9221>
- Singh, S. P., Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Weaver, T., McLaren, S., Hovish, K., Islam, Z., Belling, R., White, S. (2010). Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 305–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075135>
- Singh, S. P., Tuomainen, H., de Girolamo, G., Maras, A., Santosh, P., McNicholas, F., Schulze, U., Purper-Ouakil, D., Tremmery, S., Franić, T., Madan, J., Paul, M., Verhulst, F. C., Dieleman, G. C., Warwick, J., Wolke, D., Street, C., Daffern, C., Tah, P., [...] Walker, L. (2017). Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ open*, 7(10), artykuł e016055. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016055>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Stambaugh, L. F., Forman-Hoffman, V., Williams, J., Pemberton, M. R., Ringeisen, H., Hedden, S. L., Bose, J. (2017). Prevalence of serious mental illness among parents in the United States: Results from the National Survey of drug use and health, 2008–2014. *Annals of Epidemiology*, 27(3), 222–224. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.12.005>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Walter, U. M., Petr, C. (2000). A template for family-centered interagency collaboration. *Families in society. The Journal of Contemporary Human Services*, 8(5), 494–503.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdeli, H., Skipper, M. A., Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024–1032.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Wesseldijk, L. W., Dieleman, G. C., van Steensel, F. J. A., Bleijenberg, E. J., Bartels, M., Bögels, S. M., Middeldorp, C. M. (2018). Do parental psychiatric symptoms predict outcome in children with psychiatric disorders? A naturalistic clinical study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(9), 669–677.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.017>
- Wickersham, A., Leightley, D., Archer, M., Fear, N. T. (2020). The association between paternal psychopathology and adolescent depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 79, 232–246.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.007>
- Williamson, V. (2001). The potential of project status to support partnerships. W: S. Balloch i M. Taylor (red.), *Partnership working: Policy and practice* (s. 117–141). Polity Press.  
<https://doi.org/10.46692/9781847425294.007>
- World Health Organization (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief*. [https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Wnioski i rekomendacje wynikające z ewaluacji modelu centrów zdrowia psychicznego**

Monika Bartosiewicz-Niziołek

Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, monika.bartosiewicz-niziolek@pte.org.pl

Jacek Szut

Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, jacek\_szut@outlook.com

Małgorzata Łyciuk-Bzdyra

(Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, m.lyciuk-bzdyra@uksw.edu.pl

### **Streszczenie**

W rozdziale zaprezentowano kluczowe ustalenia przeprowadzonych w latach 2019-2-23 badań ewaluacyjnych modelu środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w wersji dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Wyniki badań prowadzą do wniosku, że testowany model odpowiadał na potrzeby społeczne związane z kryzysem zdrowia psychicznego Pacjentów objętych wsparciem CZP. Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały brak istotnych statystycznie różnic w efektach leczniczych pomiędzy grupami Pacjentów z różnymi kodami ICD, co sugeruje, że model CZP działa uniwersalnie i inkluzywnie, przynosząc korzyści niezależnie od danych diagnoz. Do głównych korzyści wynikających z modelu należały: indywidualizacja opieki zdrowotnej, wczesna interwencja, działania profilaktyczne, zaangażowanie Asystentów Zdrowienia, Zespołów Mobilnych oraz opiekuna Pacjenta, a także integracja usług medycznych i społecznych. Z kolei wśród zasadniczych obszarów problemowych należy wskazać trudności z integracją usług medycznych i społecznych wynikające z braku wspólnych ram prawnych, problemy w zarządzaniu i koordynacji, trudności kadrowe, brakujące zasoby, a także bariery mentalne i organizacyjne. Szeroki zakres badań przełożył się na szereg rekomendacji o charakterze horyzontalnym oraz operacyjnym.

**Słowa kluczowe:** efektywność, ewaluacja, centra zdrowia psychicznego

### **Wprowadzenie**

W trakcie realizacji projektu zintegrowanego testującego, prowadzono wewnętrzną ewaluację procesu testowania oraz efektów modelu środowiskowych Centrów Zdrowia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Psychicznego (CZP). W Załączniku załączono pełne wyniki z ewaluacji modelu. Zasadniczym celem badań ewaluacyjnych była:

- bieżąca ocena jakości i wartości prowadzonych działań związanych z uruchomieniem oraz funkcjonowaniem CZP, a także osiągniętych rezultatów i efektów,
- weryfikacja i dostosowanie początkowych założeń modelu do aktualnych warunków procesu jego implementacji,
- diagnozowanie i rozwiązywanie doraźnych problemów towarzyszących wdrażaniu modelu,
- usprawnianie realizacji działań prowadzonych przez CZP,
- sformułowanie rekomendacji dotyczących kontynuacji poszczególnych części składowych modelu i przyjętych metod pracy, a także zaleceń, które po okresie testowania posłużą wsparciu wdrażania modelu CZP w różnych warunkach organizacyjnych, jak również jego wykorzystaniu w głównym nurcie polityki ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Ewaluacją zostały objęte wszystkie działania prowadzone w ramach CZP w obszarze edukacyjnym, medycznym i społecznym, jak również koordynacja tych działań.

Badanie ewaluacyjne opierało się na podejściu triangulacyjnym polegającym na wykorzystaniu zróżnicowanych metod i technik badawczych prowadzących do uzyskiwania wzajemnie się uzupełniających i weryfikujących danych. W badaniu zostały zastosowane zarówno metody jakościowe, jak i ilościowe. Spośród technik o charakterze jakościowym wykorzystano analizę dokumentacji, pogłębione wywiady indywidualne, zogniskowane wywiady grupowe oraz panel ekspertów/ek, natomiast w ramach technik ilościowych posłużono się analizą danych monitoringowych, które pochodziły z systemu Auxilio. Ponadto została przeprowadzona analiza zmian prawnych i systemowych, jakie zachodziły w okresie realizacji projektu oraz zaproponowano kierunki zmian legislacyjnych.

Ważnym elementem projektu było wykorzystanie narzędzia MHC (ang. *Mental Health Continuum*), które jest stosowane w psychiatrii i psychologii do oceny ogólnego stanu zdrowia psychicznego. Kwestionariusz MHC skupia się na trzech głównych aspektach dobrego samopoczucia: emocjonalnym, społecznym i psychologicznym. Opisywane



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

narzędzie pozwala na zidentyfikowanie poziomu funkcjonowania psychicznego osób będących w kryzysie zdrowia psychicznego. Należy podkreślić, że MHC jest narzędziem samooceny i może służyć identyfikacji osób potrzebujących wsparcia oraz monitorować postępy w ich leczeniu. Podczas testowania modelu CZP Pacjenci byli podawani dwukrotnemu pomiarowi – przed rozpoczęciem oddziaływań oraz po ich zakończeniu. Dzięki temu możliwe było określenie wpływu zastosowanego innowacyjnego (na gruncie polskim) podejścia do osób znajdujących się w kryzysie zdrowia psychicznego. Istotnym ograniczeniem narzędzia bazującego na samoocenie, która ma charakter subiektywny, (odpowiedzi badanych mogą być zniekształcane poprzez ich chęć przedstawienia się w lepszym świetle), jest niedoszacowanie lub przeszacowanie problemów. Trzeba jednak pamiętać, że w badaniach realizowanych na dużych próbach subiektywny charakter odpowiedzi ma mniejszy wpływ na ogólne wyniki, co zmniejsza ryzyko wystąpienia masowego zniekształcenia danych.

### **Kluczowe wnioski wynikające z badania ewaluacyjnego**

Analiza trafności wykazała, że model CZP odpowiadał na zidentyfikowane potrzeby społeczne związane z kryzysem zdrowia psychicznego pacjentów i ich rodzin. Istotne jest, że oferta CZP była inkluzywna i nie ograniczała się wyłącznie do populacji osób dorosłych. Komponent przeznaczony dla dzieci i młodzieży miał duże znaczenie, biorąc pod uwagę chroniczne niedostatki w zakresie polityki zdrowotnej w obszarze psychiatrii adresowanej do młodych osób. Wskazuje na to również raport Najwyższej Izby Kontroli z 2018 r., mówiący o deficytach w systemie zdrowia w Polsce, szczególnie w kontekście wsparcia psychiatrycznego i psychologicznego dla tej grupy wiekowej.

Ocena działań podjętych w ramach modelu również wskazuje na ich wysoką trafność. Orientacja na indywidualnych potrzebach pacjenta, wczesna interwencja w przypadku zwiastunów kryzysu zdrowia psychicznego, działania profilaktyczne, zaangażowanie asystentów zdrowienia (AZ), wprowadzenie Zespołów Mobilnych (ZM), przydzielenie opiekuna Pacjenta, a także możliwość świadczenia kompleksowych usług medycznych i

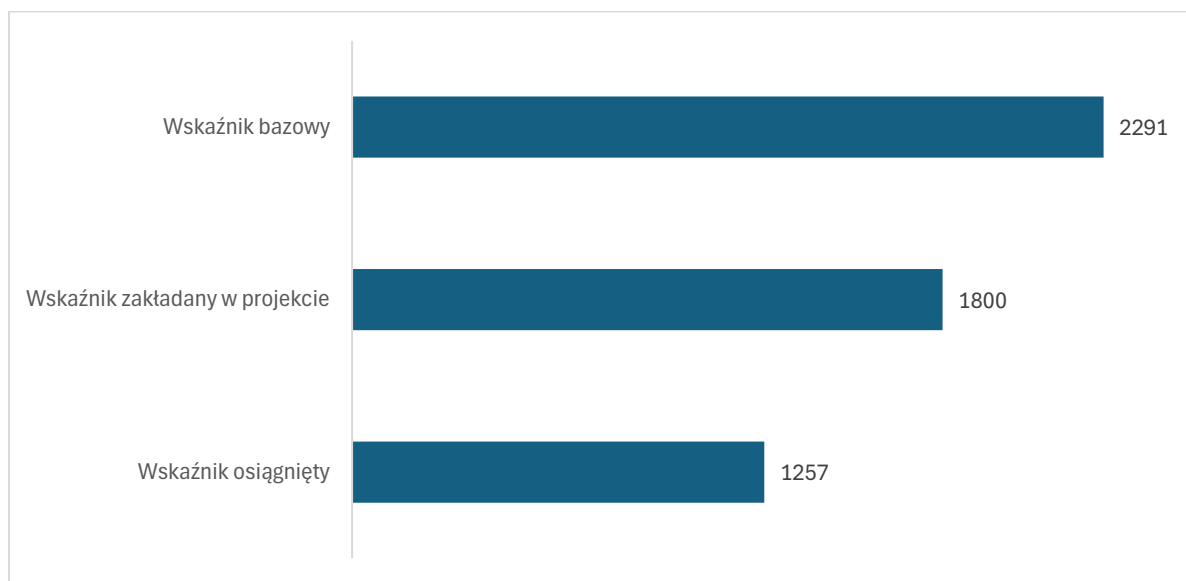


Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

społecznych, stanowiły efektywną alternatywę dla konwencjonalnych metod stosowanych w polskim systemie zdrowia psychicznego.

Do zidentyfikowanych w trakcie badania korzyści wynikających z poszczególnych elementów modelu CZP należą:

- Indywidualizacja opieki zdrowotnej tj. koncentracja na potrzebach Pacjenta, która przyczyniała się do lepszego zrozumienia jego specyficznych wymagań, co umożliwiała bardziej adekwatne dostosowanie interwencji terapeutycznej. Rezultatem takiego podejścia była poprawa jakości życia Pacjentów oraz skuteczna prewencja, mająca na celu redukcję ryzyka eskalacji kryzysu zdrowia psychicznego oraz uniknięcie hospitalizacji<sup>14</sup>;



Wykres 1. Liczba hospitalizacji wśród pacjentów CZP na obszarze testowania Modelu (osoby dorosłe - ogółem)

- Wczesna interwencja czyli reagowanie na wczesne symptomy zaburzeń psychicznych umożliwiło szybszą diagnozę oraz zapobiegało progresji choroby. Na podstawie wyników badań anglosaskich można oczekiwać, że efekt ten przekłada się na redukcję kosztów dla

<sup>14</sup> W początkowym okresie realizacji projektu poziom hospitalizacji rósł, co było konsekwencją docierania do Pacjentów „zaniedbanych”. Później liczba hospitalizacji zmniejszała się.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

systemu, jakie pojawiłyby się bez interwencji. Wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego jest z reguły mniej „zasobożerne” niż terapia stanów zaawansowanych i daje często lepsze wyniki kliniczne. Jest to efekt niższego stopnia skomplikowania przypadków, mniejszej liczby wymaganych środków terapeutycznych i krótszego czasu rehabilitacji psychiatrycznej. Ponadto pacjenci, u których zaburzenie zostaje wcześniej zidentyfikowane i mają możliwość niezwłocznego poddania się leczeniu, zwykle szybciej wracają do pełni zdrowia psychicznego<sup>15</sup>. Skracą to okres, w którym mogą być niezdolni do pracy i ogranicza konieczność korzystania ze zwolnień lekarskich, co bezpośrednio przekłada się na wyższą produktywność gospodarczą. Ich aktywność zawodowa i społeczna pozostaje w mniejszym stopniu zaburzona, co zmniejsza potencjalne straty w PKB wynikające z długotrwałej niezdolności do pracy. Ponadto, jak wskazują również doniesienia polskie, obciążenie opieką opiekunów jest znacząco niższe. W konsekwencji, inwestycja w działania analogiczne do prowadzonych w ramach CZP, czyli m.in. wczesna diagnostyka i terapia zaburzeń psychicznych, mogą przynosić znaczące oszczędności dla systemu ochrony zdrowia oraz korzyści ekonomiczne dla gospodarki. Długoterminowy efekt takiej strategii może przyczyniać się do wzmacniania ekonomicznej stabilności społeczeństwa;

- Działania profilaktyczne - programy edukacyjne i środki prewencyjne zwiększyły świadomość kryzysów zdrowia psychicznego, przyczyniając się do zmniejszenia stygmatyzacji. Oczekuje się, że działania te poprawią współpracę pomiędzy różnymi grupami zawodowymi a osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych<sup>16</sup>;
- Zaangażowanie Asystentów Zdrowienia (AZ), czyli ekspertów przez doświadczenie (Ex-In, ang. *Experienced Involvement*) przyniosło korzyści na kilku płaszczyznach, w tym pozytywne zmiany dla samych AZ tj. osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, które obecnie wspierają inne osoby w procesie zdrowienia<sup>17</sup>. Zaobserwowano poprawę ich

---

<sup>15</sup> Należy podkreślić, że praktycznie nie zaobserwowano, by Pacjenci charakteryzujący się łagodnym kryzysem odnotowali pogorszenie dobrostanu psychicznego. Jednocześnie działa się tak przy relatywnie niskich nakładach finansowych (osoby te potrzebowały średnio około 2,8 usług).

<sup>16</sup> Przykładowo inaczej podczas interwencji będzie zachowywał się policjant, który dysponuje wiedzą na temat kryzysu zdrowia psychicznego, a inaczej ten, który takiej wiedzy nie posiada

<sup>17</sup> AZ stanowią pomost pomiędzy pacjentem a personelem ŚCZP (np. psychiatrami, psychologami, pracownikami socjalnymi). Dzięki znajomości kryzysu psychicznego z autopsji pomagają personelowi lepiej

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- samooceny, wzrost motywacji do pracy, zwiększone zadowolenie z kontaktów społecznych, poprawę funkcjonowania psychicznego i społecznego, a także rozwijanie kompetencji intra- i interpersonalnych. Jednocześnie AZ mieli pozytywny wpływ na Pacjentów CZP oraz na ich otoczenie społeczne. Współpraca z AZ prowadziła do lepszego rozumienia kryzysów i zaburzeń psychicznych przez Pacjenta i jego rodzinę oraz ich potrzeb przez specjalistów, pogłębiania wiedzy na temat czynników wpływających na proces zdrowienia i zwiększania jego skuteczności, jak również utrwalania pozytywnych zmian. Ponadto AZ zwiększali skłonność do tworzenia sieci wsparcia oraz pomagali specjalistom w tworzeniu Indywidualnych Planów Zdrowienia;
- Zespoły Mobilne (ZM) stanowiły bardzo ważny element CZP, który spotkał się z pozytywnym przyjęciem Pacjentów i ich rodzin<sup>18</sup>. Dzięki ZM możliwe było świadczenie przez specjalistów różnorodnych usług w miejscu zamieszkania Pacjenta nie tylko medycznych, ale również społecznych<sup>19</sup>. Utrzymanie formuły ZM może w przyszłości przynieść duże korzyści, choć ze względu na ograniczone zasoby systemu ochrony zdrowia ich wdrożenie na szerszą skalę może być trudne. Niemniej bazując na wynikach przeprowadzonego badania możemy się spodziewać, że upowszechnienie tej idei będzie prowadziło do: (1) zapewnienia szybkiego reagowania na sytuacje kryzysowe w miejscu zamieszkania Pacjenta, co może ograniczać potrzebę hospitalizacji, (2) umożliwienie ciągłości opieki po opuszczeniu szpitala, co może zapobiegać rehospitalizacjom, (3) włączenia rodzin i społeczności do sieci wsparcia Pacjenta zwiększające skuteczność terapii, (4) zwiększanie zaangażowania we własne leczenie, (5) wyższej skuteczności leczenia dzięki podejściu holistycznemu (zespół koordynuje różne aspekty wsparcia - medyczne i społeczne);
  - Case manager (opiekun Pacjenta) zapewniał Pacjentom wsparcie i bezpieczeństwo w nawigowaniu po systemie ochrony zdrowia dzięki gruntownej wiedzy na temat potrzeb tej osoby i skutecznemu zarządzaniu procesem jej zdrowienia. W badaniu

---

zrozumieć potrzeby i możliwości pacjenta w procesie leczenia oraz dają mu nadzieję na przezwyciężenie kryzysu.

<sup>18</sup> Np. Pacjenci byli zaskoczeni, że podczas wizyty można od razu otrzymać wsparcie ze strony psychologa, pielęgniarki, czy lekarza.

<sup>19</sup> W zależności od potrzeb pacjenta skład zespołu mógł ulegać zmianom.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zaobserwowano, że Pacjenci, którzy przez cały okres leczenia w CZP mieli jednego opiekuna uzyskiwali lepsze wyniki w procesie zdrowienia;

Tabela 1. Zmiana w dobrostanie w grupach wyróżnionych ze względu na zmianę opiekuna

	Nie zmieniano (n=581) - R	Zmieniono 1 raz (n=1621) - P	Zmieniono więcej niż 1 raz (n=1174) - Q
Znaczne pogorszenie	<1%	<1%	1%
Pogorszenie	6%	6%	6%
Brak zmiany	48%	55% R	60% PR
Poprawa	37% Q	34% Q	31%
Znaczna poprawa	9% PQ	4%	3%

*Adnotacje. Opracowanie własne na podstawie danych z systemu Auxilio. Symbolem literowym wyróżniono różnice istotne statystyczne*

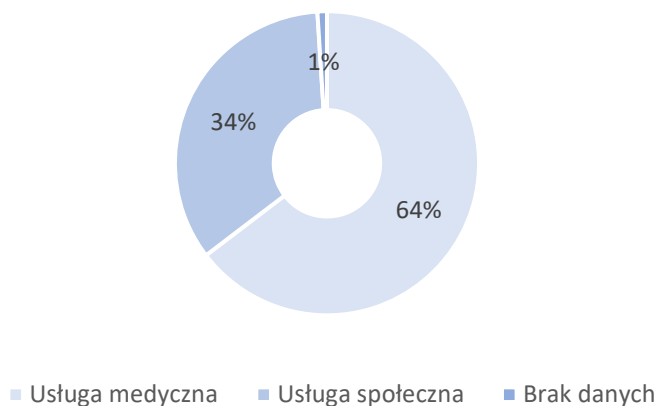
- Integracja usług medycznych i społecznych stanowiąca konsekwencję przyjętego w modelu paradygmatu koncentrowania się na potrzebach Pacjenta. Integracja usług znacząco poprawiała trafność dostosowania wsparcia do potrzeb Pacjentów, którzy często doświadczają trudności w życiu społecznym. CZP stosowało podejście holistyczne do procesu zdrowienia, z jednej strony lecząc zaburzenia, a z drugiej wspierając Pacjentów w ich życiu rodzinnym i zawodowym<sup>20</sup>. Co ważne integracja usług nie oznaczała dublowania kompetencji instytucji społecznych (np. MOPS, GOPS). Zgodnie z Modelem prowadzono współpracę międzyinstytucjonalną, której punktem odniesienia były potrzeby pacjentów doświadczających kryzysu na obszarze realizacji Modelu.

<sup>20</sup> Model opieki zintegrowanej w ŚCZP niewątpliwie zdał egzamin, choć warto poświęcić czas na przygotowanie bardziej złożonych analiz jego efektywności ekonomicznej oraz zastosowania w szerszej skali.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)



Wykres 2. Klasyfikacja zrealizowanych usług w grupie pacjentów dorosłych. Opracowanie własne na podstawie danych z systemu Auxilio, liczba usług n=289.315.



Wykres 2. Rozkład procentowy poszczególnych usług w CZP dla dzieci i młodzieży. Opracowanie własne na podstawie danych z systemu Auxilio. Pominięto kategorie mające udział <1%. Były to: sesja wsparcia psychospołecznego, porada psychologiczna / diagnostyczna.

### Optimalizacja pracy w centrach zdrowia psychicznego

Elementy ułatwiające pracę środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w dużej mierze koncentrowały się na aspektach interpersonalnych i ideowych. Poczucie wspólnoty, wspólne

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wartości, dobra atmosfera w pracy, a także zespołowe zarządzanie i jasno określona misja Centrum stanowią klucz do budowania skutecznej i zaangażowanej organizacji. Kluczową rolę odegrały w tym przypadku włączone od początku okresu realizacji projektu procesy wspierające zmiany (zarządzanie zmianą) w poszczególnych organizacjach testujących Model z udziałem partnerów lokalnych (instytucje społeczne, NGO, podmioty edukacji itd.). Istotne są również doświadczenie zawodowe personelu oraz umiejętność nawiązywania relacji z lokalnymi podmiotami. Wszystkie te elementy skupiają się na zasobach ludzkich i kulturze organizacyjnej, co jest niewątpliwie ważne, jednak nie można zapominać o rozwiązanych systemowych takich jak procedury, struktury zarządzania czy wytyczne operacyjne. W trakcie testowania Modelu wprowadzono w tym obszarze dużą elastyczność zakładając, że rozwiązania systemowe powinny być kompatybilne z istniejącą kulturą organizacyjną oraz specyfiką lokalną w której funkcjonują podmioty otoczenia pacjenta. Niemniej jednak, patrząc z perspektywy trwałości rozwiązań oraz ich upowszechnienia, ważna jest standaryzacja realizowanych procesów wsparcia pacjentów i ich rodzin.

Ocena efektów procesu testowania modelu CZP nie jest łatwa ze względu na fakt, że w badaniu nie zastosowano analizy wykorzystującej grupę kontrolną (w schemacie quasi-eksperymentalnym). Ponadto należy pamiętać, że posłużono się pomiarem dokonany w dwóch punktach na osi czasu – na początku oddziaływania i na jego końcu, umożliwia dokonanie oceny zmiany po stronie Pacjentów, ale jednocześnie nie pozwala na dalszy monitoring ich losów w kontekście analizy trwałości osiągniętych efektów. Dodatkowo brak pomiarów pośrednich udaremnił uchwycenie jednoznacznie przebiegu i korelatów zachodzących zmian.

Niemniej, bazując na zmianach wyników pomiaru MHC efekty wdrożenia modelu CZP należy ocenić pozytywnie i zgodne z procesami typowymi dla zdrowienia, czyli rehabilitacji psychospołecznej po fazie ostrej kryzysu zdrowia psychicznego. Należy podkreślić, że nie tylko obiektywna i subiektywna poprawa funkcjonowania psychospołecznego, ale również jego nie pogorszenie (zarówno w części adresowanej do dorosłych, jak i do dzieci i młodzieży) świadczą o stabilizacji stanu Pacjentów, a co za tym idzie zatrzymaniu pogłębiania się kryzysu zdrowia psychicznego. Można również zauważyć, że łatwiej było uzyskać poprawę u

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Pacjentów, którzy na początku wdrażania IPZ charakteryzowali się niskimi wartościami pomiaru MHC, niż u osób, które cechował relatywnie wysoki wynik MHC „na wejściu”. W pierwszej grupie Pacjentów korzyści terapeutyczne mogą być łatwiej obserwowalne, a sama przestrzeń do poprawy wyniku MHC jest większa. Z kolei w drugiej grupie z jednej strony trudniej jest zaobserwować widoczne rezultaty, z drugiej zaś sam proces leczenia może skupiać się na stabilizacji stanu psychicznego Pacjentów<sup>21</sup>. Ponadto korzystne wyniki terapii były częściej obserwowane wśród Pacjentów, którym nie zmieniano case managera, co można wyjaśnić następującymi czynnikami:

- Zaufanie - stały opiekun umożliwia budowanie głębokiej, opartej na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa w relacji, które są fundamentem efektywnej terapii. Pacjenci mogą czuć się bardziej komfortowo dzieląc się swoimi doświadczeniami i problemami z tą samą osobą, co prowadzi do bardziej otwartej i skutecznej komunikacji;
- Wiedza o Pacjencie - niezmienny opiekun posiada dogłębną znajomość historii Pacjenta, w tym informacje o jego życiu, problemach, czy postępach w leczeniu. Pozwala to na bardziej spersonalizowane podejście i szybką adaptację strategii terapeutycznych, np. poprzez odpowiadanie na ujawniające czy zmieniające się potrzeby Pacjenta;
- Kontynuacja - stałość opieki jest szczególnie ważna w zarządzaniu przewlekłymi zaburzeniami;
- Wczesna diagnoza - dobra znajomość Pacjenta może dawać efekty w postaci szybszego dostrzegania subtelnych zmian w jego zachowaniu czy nastroju. Pozwala to na odpowiednie modelowanie terapii (np. zmianę rodzajów usług medycznych lub społecznych), co ostatecznie może skutkować niwelowaniem ryzyka nawrotów kryzysów stanu zdrowia psychicznego;
- Stabilizacja - stałość opieki jest pomocna w utrzymywaniu regularności wsparcia i przestrzeganiu otrzymywanych zaleceń, buduje stabilne i bezpieczne przymierze

---

<sup>21</sup> Niski wynik MHC mógł oznaczać np. problem ze spójnością, czyli poczuciem Pacjenta, że życie jest zrozumiałe, można nim zarządzać i ma ono sens. W tym przypadku przywrócenie poczucia spójności mogło być łatwiej obserwowalne. Natomiast wśród Pacjentów, którzy na wejściu notowali wysoki poziom MHC poczucie spójności nie było silnie zaburzone, zaś terapia mogła mieć na celu jedynie jego utrzymanie na stabilnym poziomie.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

terapeutyczne, wzmacnia motywację do zmiany, poprawia tolerancję dyskomfortu i pozwala na lepszą ocenę postępów;

- Redukcja lęku - stałość opieki może być szczególnie ważna w przypadku Pacjentów w kryzysie zdrowia psychicznego. Współpraca z jednym opiekunem ogranicza lęk i niepewność związane z niechcianą zmianą, która może być główną przyczyną kryzysu;
- Autonomia - dłuższa relacja z opiekunem może wzmacniać u Pacjenta poczucie autonomii i samodzielności. Mechanizm, który odpowiada za ten efekt dotyczy z jednej strony środowiskowego wsparcia opiekunów umożliwiających Pacjentom autonomię, a z drugiej strony pełniejszego doświadczania korzyści płynących z relacji terapeutycznej oraz systematycznej ewaluacji efektów, które sprawiają, że Pacjent czuje się wspierany i rozumiany.

### **Dostępność wsparcia**

Pacjenci CZP charakteryzowali się heterogenicznością w zakresie diagnoz klasyfikowanych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD), co wskazuje na brak selektywnych barier w dostępie do oferowanego wsparcia, czyli niepreferowanie Pacjentów z określonymi diagnozami. Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały brak istotnych statystycznie różnic w efektach leczniczych pomiędzy grupami Pacjentów z różnymi kodami ICD, co sugeruje, że model CZP działa uniwersalnie i inkluzywnie, przynosząc korzyści niezależnie od danych diagnoz. Wynik ten może być traktowany jako potwierdzenie słuszności założeń modelu mówiących o wszechstronnym wsparciu dla osób z problemami zdrowia psychicznego. Ponadto zarówno dorośli Pacjenci CZP, jak i dziecięco-młodzieżowi charakteryzowali się zróżnicowanym poziomem rozwoju zaburzeń<sup>22</sup>. Jest to kolejna przesłanka pozwalająca na sformułowanie wniosku o braku selektywnych barier w dostępie do wsparcia, a także dobrze prowadzonej kampanii informacyjnej.

Dorośli Pacjenci CZP rekrutowali się z różnych grup społecznych, różnili się wykształceniem oraz wiekiem. Z jednej strony stanowi to potwierdzenie powszechności

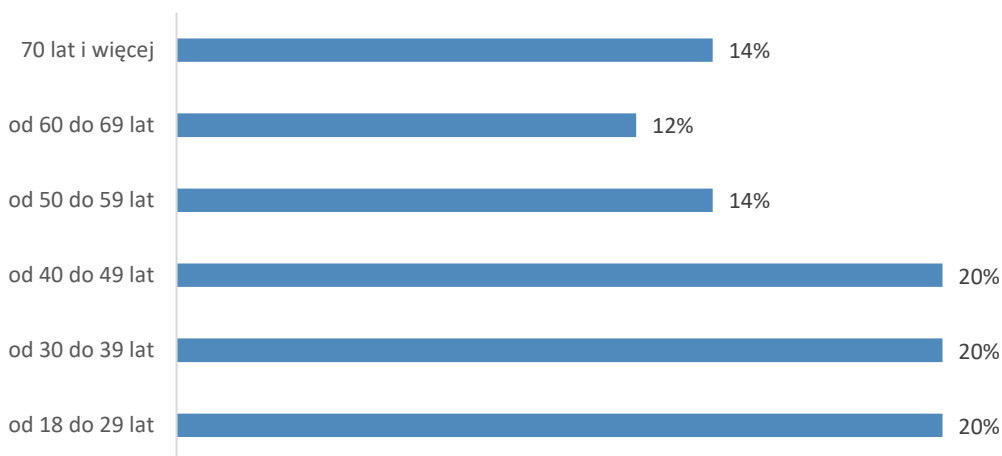
---

<sup>22</sup> Grupy Pacjentów wymagających długiego, umiarkowanego i krótkiego IPZ były zbliżone do siebie pod względem liczebności.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

kryzysu zdrowia psychicznego (który może dotknąć każdego), z drugiej zaś świadczy korzystnie o skuteczności prowadzonej kampanii informacyjnej, która zapewniła dostępność i lokalność usług osobom potrzebującym. Warto zwrócić uwagę na fakt, że wśród osób dorosłych przeważały kobiety, które stanowiły dwie trzecie Pacjentów CZP. Dane te są zgodne z wynikami badań dotyczących kondycji zdrowotnej populacji Polski, które mówią o tym, że kobiety częściej doświadczają kryzysu zdrowia psychicznego. Zaobserwowaliśmy jednak, że wśród mężczyzn zgłaszających się do CZP istotnie częściej występowały epizody choroby psychicznej wymagające hospitalizacji, co może wskazywać na istnienie psychologicznych barier, które odwodzą mężczyzn od wczesnego szukania specjalistycznego wsparcia i poszukiwania go dopiero w momencie wyraźnego zaostrzenia symptomów. Te obserwacje powinny być wykorzystane w kształtowaniu strategii prewencyjnych, które będą adresować i przełamywać bariery w dostępie do opieki zdrowotnej wśród mężczyzn, promując wczesne poszukiwanie wsparcia i destygmatyzując pomoc psychologiczno-psychiatryczną.



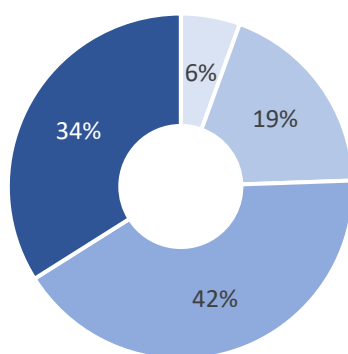
Wykres 4. Struktura wiekowa Pacjentów CZP dla dorosłych. Opracowanie własne na podstawie danych z systemu Auxilio, liczba Pacjentów, n=8.004

Wśród dzieci i młodzieży struktura płci Pacjentów była zrównoważona ogółem, ale różniła się w ujęciu grup wiekowych. W grupie w wieku 16+ wyraźnie przeważały dziewczęta



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

(62%), co można tłumaczyć takimi zjawiskami jak: rozwój biologiczny i hormonalny oraz presja społeczna i oczekiwania wobec płci, które mogą skutkować zwiększeniem ryzyka wystąpienia kryzysu zdrowia psychicznego wśród młodych kobiet. Z kolei wśród najmłodszych Pacjentów częściej wspierano chłopców (około dwie trzecie osób), co może być konsekwencją tego, że występujące u nich objawy mogą być częściej eksternalizujące, zaś wśród dziewcząt internalizujące, dlatego rodzicom łatwiej zaobserwować sygnały płynące ze strony chłopców (np. zmiany zachowania czy sposobu ekspresji).



- 0-5 lat. wczesne i średnie dzieciństwo
- 6-10 lat. młodszy wiek szkolny
- 11-15 lat. wczesna adolescencja
- 16+ lat. późna adolescencja

Wykres 4. Struktura wiekowa Pacjentów CZP dla dorosłych: Opracowanie własne na podstawie danych z systemu Auxilio, liczba Pacjentów n=2.618

Pomiędzy 63% a 80%<sup>23</sup> Pacjentów wymagało dodatkowego wsparcia poza bezpośrednim kontaktem terapeutycznym (np. koordynacji opieki, dokumentacji, konsultacji), co świadczy o czasochłonnym charakterze kompleksowej opieki psychiatrycznej. W tym sensie środowiskowe leczenie psychiatryczne nie jest porównywalne pod względem czaso- i kosztocłonności do innych dziedzin tzw. „medycyny naprawczej”. Obecne badanie nie umożliwiło szczegółowej analizy czasu poświęconego na te zadania, jednak wyniki wskazują na potrzebę dokładniejszej analizy tego aspektu w kontekście efektywności i

<sup>23</sup> Dokładne oszacowanie tego wyniku nie jest możliwe ze względu na konstrukcję niektórych zmiennych systemu Auxilio.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wyceny usług zdrowia psychicznego. Pełne zrozumienie i ewentualna korekta modelu finansowania w tym sektorze wymagałoby jednak kompleksowego przeglądu i zrozumienia jego unikalnych wymagań.

### **Wyzwania w organizacji modelu środowiskowego**

W trakcie testowania modelu CZP zidentyfikowano różne obszary problemowe. Te najważniejsze wynikają przede wszystkim z ograniczeń finansowych i biurokratycznych oraz problemów związanych z integracją i zarządzaniem, co wskazuje na potrzebę przemyślanych reform systemowych, a także lepszej koordynacji i wsparcia na poziomie zarządzania.

- 1) Biurokracja i nadmierna kontrola – zdaniem osób badanych problemy związane z tym czynnikiem skutkują marnowaniem czasu na prowadzenie obszernej dokumentacji kosztem bezpośredniej pracy z Pacjentami, a także wypaleniem zawodowym personelu. W tym kontekście problemem jest również nadmierne skupianie się na ilościowych wskaźnikach efektywności, takich jak np. liczba obsługiwanych Pacjentów z pominięciem analizy jakości i intensywności procesów terapeutycznych. Ten obszar trudności wynikał przede wszystkim, z formalnych wymagań dla projektów z dofinansowaniem UE;
- 2) Sposób rozliczeń z NFZ (fee for service), który nie odpowiada założeniom modelu CZP. Ten system finansowania jest mniej efektywny i może prowadzić do gorszych efektów zdrowotnych, gdyż zwiększa koszty administracyjne i marże podmiotów medycznych często kosztem jakości opieki dla Pacjenta. W kontraście przedstawiono finansowanie ryczałtowe, które umożliwia elastyczność w świadczeniu usług zgodnie z rzeczywistymi potrzebami Pacjenta;
- 3) Trudności z integracją usług medycznych i społecznych wynikające m.in. z różnic w systemach finansowania i braku wspólnych ram prawnych dla współpracy międzyresortowej. Rozłączność systemów dla dorosłych i dzieci utrudnia efektywną koordynację i holistyczne podejście do leczenia Pacjentów oraz udzielania zintegrowanego wsparcia rodzinom;
- 4) Niskie wynagrodzenia, zwłaszcza w kontekście lepszej oferty ze strony systemu komercyjnego, powodują trudności z utrzymaniem i rekrutacją kadry, a także

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- konkurencją między Centrami o specjalistów. Ponadto występowały duże różnice pomiędzy wynagrodzeniami pracowników CZP, a realizującymi te same zadania pracownikami jednostek pomocy społecznej. Kwestie te powodują utrudnienia w zapewnieniu skutecznej i ciągłej opieki dla Pacjentów oraz utrudnienia we współpracy międzyinstytucjonalnej;
- 5) Wyzwania komunikacji międzysektorowej, takie jak brak efektywnej komunikacji między partnerami, powtarzalność pracy (w zakresie prowadzenia dokumentacji, usług) w pierwszym etapie testowania Modelu wpływały negatywnie na sprawność i efektywność procesu testowania. Wprowadzenie rozwiązań systemowych dotyczących ścieżki pacjenta, kooperacja w obszarze realizowanych usług usprawniły procesy zarządzania grupami pacjentów oraz poszczególnymi przypadkami;
- 6) W większości przypadków (również wśród młodych Pacjentów) nie udało się zachować ciągłości wsparcia przez jednego opiekuna (case managera). Biorąc pod uwagę, że zmiany te miały wpływ na skuteczność procesu zdrowienia, można przypuszczać, że efekty leczenia mogłyby być lepsze, gdyby zapewniono ciągłość tej opieki. Zmiany w tym zakresie były konsekwencją rotacji kadr, braku stabilności zatrudnienia, niskich zarobków oraz zmiany zasad funkcjonowania systemu (najczęściej wprowadzanych przez NFZ);
- 7) Z sieci wsparcia korzystało zaledwie 8% dorosłych Pacjentów<sup>24</sup>, co może odzwierciedlać niską świadomość społeczną dotyczącą postępowania w sytuacjach kryzysu zdrowia psychicznego, typowe procesy stygmatyzacji i autostygmatyzacji oraz towarzyszący Pacjentom lęk przed ujawnianiem bliskim osobom swoich problemów psychicznych. Niskie korzystanie z sieci wsparcia może również wynikać z ograniczeń kadrowych w ochronie zdrowia lub niepełnej wiedzy na ten temat po stronie personelu, które hamują integrację sieci wsparcia z siecią terapeutyczną. Ponadto sieci wsparcia mobilizowane są mocniej dopiero w momencie wyraźnego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego Pacjenta. Późne uruchamianie sieci wsparcia jest ostatecznie bardziej kosztowne dla

---

<sup>24</sup> W przypadku DiM było to ponad 90%, co jest naturalne biorąc pod uwagę, że większość z nich była niepełnoletnia.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Pacjenta i jej członków, ponieważ Pacjent wymaga dłuższego planu zdrowienia, co z kolei wymusza na członkach sieci częstszy udział w działaniach wspierających. Dlatego też warto prowadzić kampanie edukacyjne na temat korzyści płynących z sieci wsparcia oraz adresować je zarówno do Pacjentów i ich rodzin, jak i specjalistów ochrony zdrowia. Szkolenia personelu z metod interwencji środowiskowych i rodzinnych oraz Otwartego Dialogu i włączanie do sieci Asystentów Zdrowienia, mogą stanowić istotne czynniki zwiększające zaangażowanie sieci wsparcia w proces leczenia środowiskowego;

8) Trudności w zakresie tworzenia i funkcjonowania Zespołów Mobilnych wynikające z różnych czynników, takich jak:

- Koordynacja – problemy z przepływem informacji z OPS do CZP, a w efekcie brak bieżącej, szczegółowej informacji nt. Pacjentów,
- Biurokracja – obszerność prowadzonej dokumentacji oraz niepełne dopasowanie wymogów formalnych do sytuacji Pacjentów (np. wymóg podania przez numeru telefonu, a tym samym brak możliwości wprowadzenia do systemu osób, które telefonu nie posiadały).
- Niedopasowanie legislacyjne – Zespoły Mobilne są nowością, więc w momencie uruchamiania testowania modelu nie było przepisów, które by w jednoznaczny i kompleksowy sposób odnosiły się do całokształtu funkcjonowania ZM. W konsekwencji np. pracownicy socjalni ZM nie mieli dostępu do dokumentacji Pacjentów,
- Trudności kadrowe – w pierwszym okresie testowania modelu występowała duża rotacja pracowników wynikająca z braku gwarancji ciągłości zatrudnienia. Ponadto pojawiały się problemy będące konsekwencją braku specjalistów w systemie ochrony zdrowia, które utrudniały kompletowanie zespołów mobilnych,
- Brakujące zasoby – w początkowym okresie pojawiały się problemy wynikające z niewystarczającej liczby tabletów lub ich ograniczoną funkcjonalność. Wystąpiły również trudności związane ze zbyt małą liczbą komputerów, telefonów służbowych oraz samochodów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

9) Wprowadzenie Asystentów Zdrowienia do modelu stanowiło duże wyzwanie z uwagi na innowacyjny charakter tego rozwiązania w Polsce. Zidentyfikowano problemy w następujących obszarach w tym zakresie:

- Legislacja – w momencie uruchamiania testowania modelu nie istniały regulacje prawne dotyczące ram kwalifikacji oraz systemu certyfikacji i współpracy AZ ze specjalistami,
- Predyspozycje – nie każdy kandydat na AZ odnajduje się ostatecznie w tej roli. Zdarzało się, że po ukończeniu szkolenia część osób nie przystępowała do pracy w roli AZ, co wskazuje na potrzebę dalszych dyskusji dotyczących systemu ich szkolenia. Dotyczy to zarówno szkoleń przed przystąpieniem AZ do pracy, jak dalszego doskonalenia zawodowego,
- Bariery mentalne – część specjalistów ma problemy z akceptacją przejścia AZ z roli pacjentów do członków zespołu terapeutycznego. Różne placówki (np. OPS) także nie są przygotowane na przyjęcie AZ. Może to rodzić problemy współpracy, ale też być źródłem stresu dla AZ, co o tyle jest niebezpieczne, że może prowadzić do nawrotów ich problemów psychicznych,
- Bariery organizacyjne - AZ radziły sobie gorzej w organizacjach o niskim poziomie relacji społecznych (pomiędzy zwierzchnikami a pracownikami oraz samymi pracownikami). Takie kwestie jak mobbing, konflikty (w zespole i z przełożonymi), czy chwiejność emocjonalna współpracowników są dla AZ o wiele trudniejsze do zaakceptowania niż np. nieadekwatność zarobków w stosunku do oczekiwań. Istotnym czynnikiem pogarszającym funkcjonowanie AZ jest stres, dlatego trudności interpersonalne stanowią czynnik ryzyka dla stanu ich zdrowia,

10) Przeprowadzona analiza wykazała zróżnicowanie potencjałów poszczególnych CZP w zakresie wdrażania zintegrowanego modelu opieki. Niektóre centra znacząco częściej niż inne integrowały usługi społeczne z procesem zdrowienia, niezależnie od profilu Pacjenta. To podejście mogło odzwierciedlać wyższą zdolność do świadczenia takich usług determinowaną przez czynniki takie jak dostępna kadra, doświadczenie oraz kompetencje zarządcze, w tym zdolność do efektywnej współpracy międzyinstytucjonalnej. W

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

przypadku rozważania skalowania modelu zintegrowanego niezbędna będzie szczegółowa analiza każdej placówki pod kątem jej możliwości w zakresie kompetentnego świadczenia zintegrowanych usług zdrowotno-społecznych w warunkach lokalnej specyfiki oraz dostępność usług po stronie społecznej.

### **Główne rekomendacje**

Przeprowadzone badanie ewaluacyjne umożliwiło sformułowanie szeregu zaleceń, które należy wdrożyć w celu poprawy funkcjonowania i wdrożenia na szeroką skalę modelu CZP.

- 1) **Kwestie finansowe** - wprowadzenie ryczałtowych rozliczeń usług CZP w miejsce fee for service, które nie odpowiada założeniom modelu ani potrzebom pacjentów, nie zapewnia trwałych efektów leczenia, utrudnia lub wręcz uniemożliwia pracę zespołową oraz działania profilaktyczne. Konieczne jest ustanowienie w CZP świadczeń gwarantowanych - NFZ powinien ustalić minimalne wymogi dotyczące oferowanej kafeтерии/rodzajów/form usług i świadczącego je personelu w odniesieniu do populacji zamieszkującej dany teren. Należy także określić normy i standardy funkcjonowania CZP, które będą dzięki temu oferować porównywalną jakość usług. Środki finansowe przeznaczone na działalność CZP muszą być zabezpieczone przed możliwością wydatkowania na inne cele przez szpitale publiczne, przy których działają Centra. Ponadto budżet CZP musi uwzględniać koszty działań informacyjno-promocyjnych oraz profilaktyki.  
Systemy, które mają ze sobą współpracować powinny mieć analogiczne sposoby finansowania.
- 2) **Kwestie organizacyjne i kadrowe** – wytworzenie w CZP kultury organizacyjnej nastawionej na uczenie się oraz doceniającej sukcesy i promującej innowacyjne rozwiązania czy pomysły. Konieczne jest poszerzanie zespołów interdyscyplinarnych CZP o doradców zawodowych i trenerów pracy, neuropsychologów, psychogeriatrów,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

specjalistów uzależnień, dietetyków oraz prawników<sup>25</sup>. Zawód AZ powinien być wpisany do taryfikatora medycznego<sup>26</sup>.

Należy unikać zmian koordynatora opieki Pacjenta (case managera) oraz opracować procedury minimalizujące skutki uboczne zmian kadrowych. Sukces CZP w dużej mierze zależy od udanej współpracy z lokalnymi instytucjami oraz utworzenia sprawnie funkcjonującej sieci oparcia społecznego. Może temu posłużyć wypracowanie zasad dobrych praktyk w zakresie współpracy z partnerami społecznymi (np. NGO) oraz instytucjami pomocy społecznej.

- 3) Kwestie edukacyjno-promocyjne – prowadzenie cyklicznych, wewnętrznych szkoleń przez specjalistów CZP tj. psychiatrów (dot. psychoedukacji, diagnozy chorób i zaburzeń psychicznych), a także pracowników socjalnych (nt. oparcia społecznego), psychologów oraz pracowników kadrowo-księgowych (dot. systemów rozliczeń, sprawozdawczości i prowadzenia dokumentacji). Osoby z większym doświadczeniem, czy liderzy poszczególnych grup mogą szkolić pozostałych pracowników w celu tworzenia kompetentnego zespołu. Ważne jest rozwijanie kultury organizacyjnej CZP, badanie potrzeb szkoleniowych pracowników Centrów oraz wsparcie w tworzeniu zespołów terapeutycznych. Warto też zachęcać CZP do wdrażania ICF poprzez prowadzenie szkoleń nt. jego zastosowania i korzyści wynikających z tego narzędzia. Szczególnie istotne jest prowadzenie szkoleń nt. wspierania procesów zmiany dla pracowników starych struktur, którzy nie rozumieją modelu CZP oraz idei psychiatrii środowiskowej. Ponadto konieczne jest podejmowanie działań na rzecz włączenia społecznego osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, m.in. poprzez prowadzenie kampanii zwalczających stereotypy i przełamujących tabu zaburzeń psychicznych. W programach szkoleń i kształcenia formalnego należy uwzględnić perspektywę międzysektorową oraz środowiskową, która aktualnie jest nieobecna w psychoterapii, kształceniu lekarzy, psychologów i pracowników socjalnych. Warto też promować specjalizacje psychiatryczne dedykowane konkretnym grupom pacjentów np. osobom uzależnionym,

---

<sup>25</sup> Zapewnienie Pacjentom ŚCZP pomocy prawnej świadczonej pro publico bono np. przez Biuro Porad Obywatelskich lub inne organizacje pozarządowe.

<sup>26</sup> Obecnie AZ są zatrudniani jako sanitariusze.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

starszym, dzieci i młodzieży. Niezbędne jest zapewnienie środków na bezpłatne szkolenia dla AZ. Poza tym niezbędne jest akcentowanie roli profilaktyki zdrowia psychicznego w działaniach promocyjnych CZP oraz zapewnienie wizyt studyjnych.

- 4) Współpraca z innymi pomiotami – konieczna jest ścisła współpraca Centrum dla osób dorosłych z CZP dla dzieci i młodzieży w kontekście terapii rodzinnej i systemowej bądź równolegle prowadzonej terapii indywidualnej dziecka i rodziców. Podejście to powinno zostać uznane za standard leczenia w przypadku samookaleczeń i zaburzeń odżywiania u dziecka.

Konieczne jest także uspołnienie wsparcia osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży w Standardach CZP. Systemy te muszą być zintegrowane w celu zapewnienia synergii oddziaływań terapeutycznych. Uspołnienie wsparcia członków rodzin wymaga równoległego prowadzenia oddziaływań terapeutycznych. Na potrzebę wspierania rodzin, szczególnie dzieci i młodzieży trzeba także zwrócić uwagę w przypadku zaburzeń występujących u osób dorosłych, nawet gdy ich dzieci jeszcze nie wykazują problematycznych zachowań. Posiadanie dzieci zagrożonych problemami psychicznymi powinno być identyfikowane na etapie triażu.

W procesie tworzenia sieci oparcia społecznego bardzo istotne jest inicjowanie i rozwój współpracy ze środowiskiem lokalnym jeszcze przed rozpoczęciem świadczenia usług przez CZP. Tworzenie lokalnych sieci wymaga nauczania się komunikowania z innymi podmiotami oraz sygnalizowania swoich potrzeb, a także przekonania instytucji partnerskich, że mogą się wzajemnie wspierać w różnych oddziaływaniach. Kolejnym etapem jest uspołnienie tych działań oraz ściślejsza kooperacja polegająca na tworzeniu wspólnych strategii i programów oddziaływania społecznego (katalogu usług). W tworzeniu lokalnych sieci pomaga język korzyści, które poszczególne podmioty mogą odnieść ze współpracy z CZP. Warto uświadamiać podmiotom świadczącym wsparcie społeczne, szczególnie tym, w których nie są zatrudnieni psychologowie, że współpraca z CZP jest dla nich szansą na rozwiązanie problemów tzw. trudnych Pacjentów. Istotne jest również włączenie pracowników CZP do zespołów interdyscyplinarnych (np. ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie) oraz współpraca z POZ.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Centrum Koordynacji (CK) dla dzieci i młodzieży na poziomie powiatu powinno być powiązane z systemem oświaty, ponieważ wszystkie dzieci i młodzież są objęte systemem edukacji, a tylko niektóre są w procesie leczenia czy pomocy społecznej. CK powinno być połączone z Centrum Usług Społecznych (CUS) bądź ściśle z nim współpracować. Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST) powinny decydować gdzie umieścić CK oraz finansować usługi koordynacji.

Ważne jest objęcie wsparciem młodszych klas szkół podstawowych (tj. V i VI) niż tylko założone w modelu VII i VIII, a także prowadzenie profilaktyki zdrowia psychicznego oraz treningów umiejętności społecznych począwszy od wieku przedszkolnego.

Niezbędne jest także utworzenie platformy wymiany poglądów i dobrych praktyk oraz usprawnienie komunikacji pomiędzy CZP, żeby mogły się wzajemnie wspierać. Dorobek projektu horyzontalnego oraz projektów wdrożeniowych (w ramach których testowano model CZP) powinien być zasobem reformy systemowej w zakresie zdrowia psychicznego. Potrzebna jest długofalowa wizja i zdefiniowana polityka w tym obszarze podobnie jak to ma miejsce w krajach rozwijających tego typu działania od kilkudziesięciu lat.

- 5) Sprawozdawczość i monitoring - w ramach testowania modelu CZP został przygotowany system informatyczny Auxilio służący do sprawozdawczości i monitorowania świadczonych usług. Co do zasady ideę stworzenia tego systemu należy uznać za trafną, jednak wymaga on dalszych dostosowań, szczególnie gdyby miał się on stać standardem w CZP. Niezależnie od problemów natury technicznej, istotnej zmiany (po wcześniejszym przeglądzie) wymagają niektóre zmienne wykorzystywane przez tę bazę. Dotyczy to zarówno zasadności stosowania tych zmiennych, jak i kategorii przez nie wykorzystywanych. Działania te muszą zostać przeprowadzone zgodnie z metodyką procesu projektowania, a więc uwzględniać perspektywę wszystkich użytkowników, w tym m.in. osób odpowiedzialnych za budowę systemu, nadzór nad poprawnością jego pracy, analityków, specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego (kategoryzacja niektórych zmiennych) oraz użytkownika końcowego (osób wprowadzających dane). Z całą pewnością system znacząco zyskałby na użyteczności, gdyby jego funkcjonalność



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

uwzględniała rozwiązania np. Power BI. Dzięki temu z poziomu każdego użytkownika istniałaby możliwość analizowania danych.

Podsumowując, Model CZP jest uniwersalnym rozwiązaniem, które możliwe jest do wdrożenia na szerszą skalę i może istotnie wspierać istniejące rozwiązania, w szczególności w sytuacji niedoboru kadr na obszarach odpowiedzialności terytorialnej. Filary Modelu (usługi społeczne, usługi medyczne, profilaktyka) odpowiadają na potrzeby ochrony zdrowia psychicznego. Dodatkowo promowany w Modelu mechanizm współpracy w obrębie podmiotów społecznych, ochrony zdrowia czy organizacji pozarządowych daje szansę na optymalizację wydatkowania środków publicznych w obrębie wsparcia pacjentów oraz ich rodzin jak najbliżej miejsca zamieszkania.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Bartosiewicz-Niziołek, M. (2023). *Proces wdrażania modelu CZP – perspektywa kadry kierowniczej*. Raport tematyczny opracowany w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny”. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Bartosiewicz-Niziołek, M., Olszewski, B. H., Ostrowska, M. (2022). *Działania promocyjno-informacyjne z udziałem asystentów zdrowienia w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. Forum Pedagogiczne, 13 (2), 381-394  
<http://doi.org/10.21697/fp.2022.2.28>
- Bartosiewicz-Niziołek, M., Błasiak, Ł., Olszewski, B. H., Ostrowska, M., Wojciechowska, A. (2021). *Rola zespołów mobilnych w zapobieganiu hospitalizacji w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. Studia Psychologica: Theoria et Praxis, 21 (2), 19-36  
<https://doi.org/10.21697/sp.2021.21.2.02>
- Bartosiewicz-Niziołek, M., Kaczmarczyk-Partyka, S., Olszewski, B. H., Ostrowska, M. (2021). *Rola i funkcjonowanie asystentów zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*. Studia Psychologica: Theoria et Praxis, 21 (2), 5-18  
<https://doi.org/10.21697/sp.2021.21.2.01>
- Bartosiewicz-Niziołek, M. (2020). *Zintegrowane świadczenia oparcia społecznego w modelu CZP*. Raport tematyczny opracowany w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny”. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Boardman J, Dave S. *Person-centred care and psychiatry: some key perspectives*. BJPsych Int. 2020;17(3):65-68. doi:10.1192/bji.2020.21
- Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. *Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny*. Psychiatria Pol 2010;44(4):519-527
- Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. *Obciążenie opiekunów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2012, 21(3):175-181
- Ciałkowska-Kuźmińska M, Kasprzak M: *Obciążenie opiekunów jako czynnik delegowania opieki do instytucji psychogeriatrycznych*. Psychogeriatria Polska 2012; 9: 69–76



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Glas G. *Person-centred care in psychiatry: a clinical and philosophically informed approach*. *BJPsych Advances*. 2022;28(5):333-341. doi:10.1192/bja.2021.75
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Karaś, D., Ciecuch, J., Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104-109.
- Moskalewicz J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (2012). Kondycja psychiczna mieszkańców polski. Raport z badań *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli (2018). *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. KZD.034.001.2018. Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD
- Santana, M. J., Manalili, K., Zelinsky, S., Brien, S., Gibbons, E., King, J., Frank, L., Wallström, S., Fairie, P., Leeb, K., Quan, H., & Sawatzky, R. (2020). *Improving the quality of person-centred healthcare from the patient perspective: development of person-centred quality indicators*. *BMJ open*, 10(10), e037323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037323>
- Szut, J., Bartosiewicz-Niziołek, M., Olszewski, B. H., Baran, D., Gawrych, M. (2023). *Ewaluacja modelu Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego*. Raport końcowy opracowany w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny”. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2008). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Dobrostan Pacjentów jako miara oceny skuteczności terapii w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych**

Dominika Karaś

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, dominika.karas@gmail.com

Ewa Topolewska-Siedzik

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, topolewska@gmail.com

### **Streszczenie**

Celem tego rozdziału jest prezentacja wyników ocen dobrostanu jako pośredniej miary skuteczności terapii podejmowanych w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dla dorosłych. Przyjęty model zdrowia psychicznego zawiera w sobie pojęcie dobrostanu, które w tych badaniach jest opisane przez trzy wymiary: dobrostan emocjonalny, społeczny oraz psychologiczny.

Sposób organizacji leczenia Pacjentów pełnoletnich i niepełnoletnich był ustalany w ramach Indywidualnego Planu Zdrowienia/Indywidualnego Planu Terapii i Zdrowienia. W poniższej analizie skuteczności interwencji w ramach Indywidualnych Planów Terapii i Zdrowienia nie oceniano zmiennych klinicznych oraz biologicznych – nie to było celem ewaluacji. Z punktu widzenia społeczności lokalnej dobrostan jest najbardziej ogólną miarą, która jest wskaźnikiem zdrowia psychicznego. W tym rozdziale zostały zaprezentowane wyniki dotyczące zmiany poziomu dobrostanu dla grupy 5305 osób dorosłych oraz 236 młodych osób – beneficjentów projektów zintegrowanych „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę”. Różnicę w zakresie dobrostanu przed rozpoczęciem i po zakończeniu realizacji indywidualnych planów terapii i zdrowienia szacowano z wykorzystaniem kwestionariusza *Mental Health Continuum – Short Form*.

Uzyskane rezultaty potwierdzają jednoznacznie skuteczność oddziaływań opartych o realizację IPTiZ tak w zakresie dobrostanu ogólnego, jak i jego trzech komponentów..

**Słowa kluczowe:** dobrostan, oddziaływania terapeutyczne, skuteczność terapii, zdrowie psychiczne



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Wprowadzenie

Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) powstały w ramach projektów zintegrowanych o wspólnym tytule „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę”. Jednym z elementów testowania tego modelu organizacji usług było monitorowanie dobrostanu Pacjentów. W tym projekcie zostało ono przyjęte jako miara oceny oddziaływań terapeutycznych. Inne miary określają zaś efektywność organizacji CZP (por. Kiejna i in., 2023). W latach 2018–2023 udzielono 8724 beneficjentom pełnoletnim w ośrodkach dla dorosłych oraz 401 niepełnoletnim powyżej 16 r.ż. w ośrodkach dla dzieci. W przypadku osób niepełnoletnich do analizy włączono te osoby, które miały opracowany indywidualny Plan Terapii i Zdrowienia (PTiZ)<sup>27</sup> i samodzielnie wypełniły kwestionariusz *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF; Karaś i in., 2014). Nie analizowano kwestionariuszy MHC-SF w wersji dla dzieci młodszych – wypełnianych przez opiekunów prawnych – ze względu na jednorodność analiz. Ustalenie i zrealizowanie planu leczenia (por. Panek i Walter, w tym tomie; Rowiński i Lenkiewicz, w tym tomie; Załuska i in., w tym tomie) było warunkiem badania dobrostanu Pacjentów.

Celem prezentowanej analizy jest określenie, na ile podejmowane oddziaływania przyniosły efekt w dobrostanie Pacjenta. Wykorzystanie wskaźników dobrostanu do badania skuteczności oddziaływań jest od lat z powodzeniem stosowane w terapii psychologicznej i psychoterapeutycznej (Kraiss i in., 2022).

## Dobrostan jako zdrowie psychiczne

Wykorzystany w projekcie pomiar dobrostanu oparty jest o trzyczynnikowy model dobrostanu Keyesa (Keyes, 2002; Keyes i Lopez, 2002; Keyes i Waterman, 2003). Trafność i dopasowanie modelu, jak i metody pomiarowej zostały potwierdzone w szeregu badań przeprowadzonych w wielu krajach świata, w tym w Polsce (Karaś i in., 2014). Podstawowe założenie modelu mówi o tym, że zdrowie i choroba psychiczna nie są odrębnymi końcami tego samego kontinuum i nie powinno się diagnozować zdrowia psychicznego wyłącznie na

---

<sup>27</sup> W rozdziale Autorki będą konsekwentnie dla całej monografii używać nazwy indywidualny Plan Terapii i Zdrowienia, która oznacza to samo, co Indywidualny Plan Zdrowienia.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

podstawie braku symptomów zaburzeń psychicznych. Znacznie bardziej właściwa jest ocena symptomów dobrostanu, których pojawienie się niekoniecznie jest implikowane tylko i wyłącznie brakiem zaburzeń. Zdaniem Keyesa (rok) stan kompletnego zdrowia psychicznego oznacza jednocześnie: brak zaburzeń psychicznych oraz występowanie tzw. symptomów pozytywnych, czyli objawów dobrostanu.

Model ten łączy dwie tradycje badawcze: hedonistyczną, według której dobrostan związany jest głównie z doświadczaniem pozytywnych emocji i ich przewagą nad emocjami negatywnymi oraz eudajmonistyczną, definiującą dobrostan w kategoriach pozytywnego funkcjonowania, rozwoju ludzkiego potencjału i posiadania pewnych wartościowych przymiotów w różnych sferach życia (Ryan i Deci, 2001). Model Keyesa (rok) obejmuje zatem trzy elementy, zawierające komponent hedonistyczny, jak również eudajmonistyczny. Tradycję hedonistyczną reprezentuje w modelu Keyesa (rok) dobrostan emocjonalny, natomiast tradycję eudajmonistyczną – dobrostan społeczny i psychologiczny. Główne aspekty dobrostanu wyróżnione są w tabeli 1.

**Tabela 1**

*Trzy komponenty dobrostanu subiektywnego w modelu Keyesa (rok)*

<b>Dobrostan emocjonalny</b>	<b>Dobrostan psychologiczny</b>	<b>Dobrostan społeczny</b>
Doświadczanie pozytywnych emocji, szczęścia, zainteresowania, zadowolenia z życia; przewaga emocji pozytywnych nad negatywnymi (dodatni bilans emocjonalny).	Samoakceptacja, pozytywne relacje z bliskimi, poczucie autonomii, panowanie nad otoczeniem, poczucie posiadania celu w życiu, osobisty rozwój.	Integracja, aktualizacja, akceptacja, koherencja społeczeństwa oraz wkład społeczny.

Dobrostan emocjonalny odnosi się do doświadczania wszelkiego rodzaju stanów przyjemnych, związanych z pozytywnymi emocjami, poczuciem szczęścia i zadowolenia oraz

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

poznawczą subiektywną oceną tychże stanów (). Szerszego omówienia wymagają dwa wymiary eudajmonistyczne zaproponowane przez Keyesa (rok), a mianowicie dobrostan psychologiczny oraz społeczny. Dobrostan psychologiczny zaczerpnięty został z ujęcia Ryff (1989, 2013) i wiąże się z kilkoma bardzo ważnymi aspektami funkcjonowania psychicznego człowieka:

- 1) pozytywnym i realistycznym stosunkiem do samego siebie przy akceptacji własnych wad i zalet (samoakceptacja);
- 2) doświadczaniem ciepłych i pełnych zaufania relacji interpersonalnych i kontaktów społecznych (pozytywne relacje z innymi);
- 3) niezależnością, nieuleganiem naciskom i oceną siebie według wewnętrznych standardów (autonomia);
- 4) poczuciem sprawstwa i kompetencji oraz zdolnością do przekształcania swojego otoczenia zgodnie z własnymi potrzebami psychicznymi i wartościami oraz radzenie sobie ze złożonymi warunkami środowiskowymi (panowanie nad otoczeniem);
- 5) przekonaniem o ukierunkowaniu własnego życia na realizację jakiegoś ważnego celu oraz posiadanie przekonań nadających życiu cel i sens (cel życiowy);
- 6) umiejętności doskonalenia swoich umiejętności i kompetencji w różnych sferach życia (osobisty rozwój).

Dobrostan społeczny to z kolei konstrukt pochodzący z wcześniejszych badań Keyesa (1998), oznaczający pozytywną ocenę własnego funkcjonowania w sferze społecznej (będącą nieodłącznym elementem dobrostanu i zdrowia psychicznego) i obejmujący następujące komponenty:

- 1) integrację społeczeństwa, czyli pozytywną ocenę relacji jednostki ze społecznością, w której ta jednostka żyje przy jednoczesnym poczuciu, że społeczeństwo dostarcza jednostce wsparcia;
- 2) akceptację społeczeństwa, czyli pozytywną ocenę innych członków społeczeństwa jako kategorii grupowej oraz pozytywną postawę i akceptację wobec nich;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 3) wkład społeczny, czyli pozytywną ocenę własnej wartości dla społeczeństwa, poczucie, że ma się coś wartościowego do zaoferowania społeczności, w której się żyje;
- 4) aktualizację społeczeństwa, czyli pozytywną ocenę potencjału i trajektorii rozwoju społeczeństwa, przekonanie, że świat staje się coraz lepszym miejscem dla każdego człowieka, a społeczeństwo rozwija się w dobrym kierunku;
- 5) koherencję społeczeństwa, czyli postrzeganie świata społecznego jako uporządkowanego, logicznego i przewidywalnego oraz troskę o swoją wiedzę na temat świata społecznego.

Warto zauważyć, że uwzględniony w badaniach model dobrostanu Keyesa (2002) w zasadzie odpowiada rozumieniu dobrostanu zaproponowanemu w modelu zdrowia psychicznego Ciecucha i in. (2023). Model ten jest elementem szerszego modelu osobowości Objawy–Kompetencje–Cechy Ciecucha i in. (2023) integrującej współczesną wiedzę z zakresu psychologii osobowości. Ma on na celu wdrożenie osiągnięć nauki w zakresie psychologii osobowości do praktyki wsparcia psychologicznego. Oba modele dobrostanu wpisują się w postulowane przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, 2001) pozytywne definiowanie zdrowia psychicznego (rozumianego właśnie jako dobrostan) i odwołują się do traktowania zdrowia psychicznego jako odrębnej, nowej jakości, niezdefiniowanej jedynie brakiem choroby psychicznej.

W modelu Ciecucha i in. (2023) zdrowie psychiczne opiera się na dwóch filarach. Pierwszy z nich, filar osobisty związany jest z realizacją własnego potencjału, drugi to filar społeczny, dotyczący relacji z członkami własnej społeczności i wkładem w życie tej społeczności. Silne oba filary zdrowia świadczą o dobrostanie ogólnym. Uwzględniając siłę tych filarów, w modelu wyróżnione są trzy komponenty: dobrostan osobisty, społeczny oraz holistyczny. Dobrostan osobisty oznacza pozytywny stosunek do siebie, świadomość i docenianie swoich kompetencji i efektów własnych działań, a także poczucie rozwoju i samorealizacji wraz z entuzjazmem i fascynacją podejmowanymi działaniami. Dobrostan społeczny to z kolei przystosowanie społeczne i satysfakcjonujące tak osobę, jak i jej

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

otoczenie relacje interpersonalne. Dobrostan holistyczny to satysfakcja z życia i poczucie jego sensu, a także odczuwanie spokoju, zadowolenia i szczęścia.

Trzy aspekty dobrostanu uwzględnione w modelu Ciecucha i in. (2023): osobisty, społeczny i holistyczny można uznać za analogiczne do wymiarów dobrostanu wyróżnionych przez Keyesa (2002), odpowiednio psychologicznego, społecznego i emocjonalnego. Zatem na poziomie teoretycznym oba modele można traktować jako równoległe. Oba uwzględniają wymienione wcześniej postulaty Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie postrzegania zdrowia psychicznego oraz wyróżniają zbliżone znaczeniowo trzy aspekty dobrostanu. Jak wskazują sami autorzy, model Ciecucha i in. (2023) może być wykorzystany w podmiotach świadczących usługi psychologiczne zarówno w diagnozie indywidualnej i badaniach przesiewowych, jak również w monitorowaniu skuteczności oddziaływań terapeutycznych, a poprzez to być teoretyczną ramą odniesienia funkcjonowania społeczno-emocjonalnego. Jednak na poziomie empirycznym model Ciecucha i in. (2023) został zoperacjonalizowany w formie narzędzi służących tylko do badania dzieci i młodzieży do maksymalnie 25 roku życia. W momencie rozpoczęcia projektów „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” tak model, jak i narzędzia zaproponowane do pomiaru zmiennych w nim wyróżnionych nie były dostępne. Równocześnie podobieństwo teoretyczne umożliwia traktowanie pomiaru dobrostanu z wykorzystaniem narzędzia MHC-SF jako operacjonalizacji modelu zdrowia psychicznego Ciecucha i in. (2023). Wartością dodaną w modelu Ciecucha i in. (2023) jest uwzględnienie również problemów psychicznych (eksternalizacyjnych, internalizacyjnych i psychastenicznych), będących wypadkową słabnących filarów zdrowia psychicznego, których w swej operacjonalizacji nie uwzględnił Keyes (rok). Uwzględnienie tego aspektu może być cenne w ocenie przyszłych interwencji i programów terapeutycznych.

### **Pomiar dobrostanu w centrach zdrowia psychicznego**

Opracowane przez Keyesa narzędzie – *Mental Health Continuum* (MHC; Keyes, 2002; polska adaptacja: Karaś i in., 2014) umożliwia diagnozę ogólnego poziomu dobrostanu, jak również osobno jego trzech komponentów: emocjonalnego, psychologicznego i społecznego.

Podstawowa wersja narzędzia przeznaczona jest do pomiaru dobrostanu u osób powyżej 14



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

roku życia, w tym osób dorosłych, bez ograniczenia wiekowego. Jest to narzędzie samoopisowe, zbudowane z 14 kodowanych wprost pozycji testowych, reprezentujących różne aspekty dobrostanu, które łądzą trzy czynniki nadrzędne: dobrostan emocjonalny (3 pozycje testowe), społeczny (5 pozycji testowych) oraz psychologiczny (6 pozycji testowych). Jednocześnie możliwe jest również obliczenie wskaźnika ogólnego dobrostanu.

Skala odpowiedzi w zastosowanym narzędziu jest 6-stopniowa i opisuje częstotliwość doświadczania różnych przejawów dobrostanu w ciągu ostatniego miesiąca (od *nigdy* do *codziennie*). Wersja dla młodzieży różni się od wersji dla dorosłych sformułowaniem w jednym itemie: *5. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś/aś, że należysz do jakiejś społeczności (takiej jak grupa społeczna, szkoła lub sąsiedzi)*. W wersji dla dorosłych usunięte zostało słowo „szkoła”.

Narzędzie to jest powszechnie uznane i stosowane na całym świecie: posiada kilkadziesiąt wersji językowych, a jego parametry psychometryczne były weryfikowane w różnych kręgach kulturowych i w krajach pochodzących ze wszystkich kontynentów (por. źródła). Ponadto narzędzie jest krótkie, a łatwość przeprowadzenia badania z jego wykorzystaniem jest wysoka. Dodatkowo Keyes i Lopez (2002) dowodzą, że dobrostan subiektywny może być predyktorem lepszego zdrowia psychicznego, funkcjonowania w społeczeństwie, jak również czynnikiem chroniącym przed zapadaniem na depresję i innymi zaburzeniami psychicznymi.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele dowodów na możliwość wykorzystywania wskaźników dobrostanu jako miernika skuteczności oddziaływań terapeutycznych. W szczególności Kraiss i in. (2022) przytaczają wyniki metaanalizy poświęconej zastosowaniu narzędzia MHC w ocenie efektów interwencji psychologicznych. Kraiss i in. (2022) podkreślają, że narzędzie to posiada znakomite parametry psychologiczne, jest znane i powszechnie uznane w środowisku naukowym, posiada adaptację w kilkadziesiąt językach i obejmuje wszystkie ważne komponenty dobrostanu, zarówno te hedonistyczne, związane z odczuwaniem pozytywnych emocji, jak i eudajmonistyczne, związane z pozytywnym funkcjonowaniem. W swojej analizie uwzględnili oni różne typy interwencji: interwencje psychiczne oparte o różne rodzaje terapii, interwencje coachingowe, jak również interwencje





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

oparte o założenia psychologii pozytywnej, jednak z przewagą programów terapeutycznych. Owa analiza zawiera badania przeprowadzone na 46 próbach badawczych, w tym próbach randomizowanych (RCT; *randomized controlled trials*), pochodzących zarówno z populacji klinicznych, jak i z populacji ogólnej.

Wyniki większości analizowanych interwencji pokazują istotny efekt oddziaływań terapeutycznych zarówno na dobrostan ogólny, jak i jego trzy aspekty mierzone przez MHC (zarówno w wersji długiej: MHC-LF, jak i skróconej: MHC-SF, zastosowanej w niniejszym projekcie), w szczególności na aspekt psychologiczny i emocjonalny oraz potwierdzają możliwość zastosowania wyników MHC-SF jako wskaźnika skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Uzyskane rezultaty uzasadniają wykorzystanie narzędzia MHC-SF w ocenie dobrostanu Pacjentów środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego.

Ocena skuteczności oddziaływań w CZP ukierunkowanych na młodzież i dorosłych, zoperacjonalizowanych w PTiZ, odbyła się w trzech etapach: (1) oszacowanie ogólnej skuteczności interwencji na poziomie całej grupy osób uczestniczących w projekcie, (2) porównanie zmian w zakresie ogólnego dobrostanu oraz poszczególnych jego aspektów z wykorzystaniem odniesienia do znormalizowanej skali stenowej oraz (3) wyliczenie wskaźnika skuteczności oddziaływań pokazującego, u ilu procent uczestników projektu nastąpiła poprawa, znaczna poprawa lub utrzymała się stabilizacja poziomu dobrostanu rozumiana jako brak zmiany.

Prezentowana ocena skuteczności oparta jest o pomiar dokonany w dwóch punktach czasowych – na początku oraz na końcu interwencji w PTiZ. Analiza wielokrotnego pomiaru umożliwia ocenę procesu wychodzenia z kryzysu zdrowia psychicznego, wraz ze wskazaniem, czy u uczestników projektu nastąpiło pogorszenie, brak zmian czy też poprawa zdrowia psychicznego. Jest to metodologia pozwalająca na wykazanie skuteczności oddziaływań terapeutycznych podejmowanych w projekcie. Ten sposób pomiaru daje bez wątpienia możliwość oszacowania korzystnych zmian zaistniałych u odbiorców projektu, pozwala oszacować progres w zakresie poziomu ogólnego dobrostanu i jego poszczególnych komponentów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### **Charakterystyka próby badawczej**

**Dorośli.** Badana grupa obejmowała 5305 osób, które w momencie przystąpienia do programu były w wieku od 18 do 97 lat ( $M_{\text{wiek}} = 43,78$ ;  $SD_{\text{wiek}} = 18,23$ ). Wśród osób badanych kobiety stanowiły 66,6%. Wśród osób badanych brakiem podstawowego wykształcenia charakteryzowało się 0,3% osób, wykształceniem podstawowym – 12,3%, gimnazjalnym – 5,8%, zasadniczym zawodowym oraz branżowym – 18,5%, policealnym – 7,1%, średnim ogólnokształcącym, technicznym oraz branżowym – 27,7%, wyższym z tytułem licencjata, inżyniera lub równorzędnym – 8,7%, wyższym z tytułem magistra lub równorzędnym – 18,7%, wyższym ze stopniem co najmniej doktora – 0,4%.

**Młodzież.** Grupa młodzieży biorąca udział w realizacji PTiZ, dla której opracowano dane w niniejszym raporcie liczyła 236 osób w wieku od 14,5 do 23,5 lat ( $M_{\text{wiek}} = 17,28$ ;  $SD_{\text{wiek}} = 1,15$ , co oznacza, że około 68% badanych było w wieku 16–18,5 lat). 63,6% badanej grupy stanowiły dziewczęta. W zbadanej grupie brakiem wykształcenia podstawowego cechowało się 0,8% osób, wykształceniem gimnazjalnym – 35,6% osób, wykształceniem podstawowym – 50,4% osób, policealnym – 1,7% osób, średnim ogólnokształcącym, technicznym lub branżowym – 4,2%, wyższym – 0,4%, natomiast 6,4% zaznaczyło odpowiedź „inne” w pytaniu o wykształcenie.

### **Opis metody badawczej**

**Rzetelność.** Skala MHC-SF w grupie Pacjentów ma bardzo wysoką rzetelność – alfa Cronbacha wyniosła w grupie dorosłych 0,928 dla wyniku ogólnego, 0,856 dla skali dobrostanu emocjonalnego, 0,921 dla skali dobrostanu społecznego i 0,880 dla skali dobrostanu psychologicznego. Rzetelność w grupie młodzieży wyniosła 0,928 dla wyniku ogólnego, 0,856 dla dobrostanu emocjonalnego, 0,821 dla dobrostanu społecznego i 0,880 dla dobrostanu psychologicznego. Uzyskane współczynniki wskazują na bardzo dobrą rzetelność narzędzia, upoważniającą do wykorzystywania go w diagnozie indywidualnej, co było przedmiotem projektu.

### **Tymczasowa normalizacja kwestionariusza MHC-SF**



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Ze względu na brak istniejących norm ogólnopopulacyjnych do zastosowanego w badaniach kwestionariusza MHC-SF, do celów przygotowania ewaluacji policzono tymczasowe normy oparte o początkowy poziom dobrostanu u grupy odbiorców projektu (przed podjęciem oddziaływań interwencyjnych). W celu wyrażenia wyników kwestionariusza MHC w postaci nie wyników surowych, a wartości, którym można nadać empiryczny sens i znaczenie, dokonano następujących kroków:

- 1) Standaryzacji wyników, czyli wyrażenia ich w jednostkach z odchylenia standardowego, co pozwala na interpretację wyników jako przeciętne (czyli mieszczące się w zakresie od  $-1z$  do  $+1z$ ), niskie (czyli poniżej  $-1z$ ) oraz wysokie (powyżej  $+1z$ ).
- 2) Normalizacji wyników, czyli wyrażenia uprzednio wystandaryzowanych wyników na wybranej skali znormalizowanej, powszechnie stosowanej w narzędziach psychologicznych, czyli skali stenowej.

Wyniki w zakresie 5–6 stenów interpretuje się jako wyniki przeciętne, wyniki w zakresie 1–4 stenów jako wyniki niskie, natomiast wyniki wyższe, czyli steny 7–10, jako wyniki wysokie.

### **Normy w grupie osób dorosłych**

Próba dorosłych, na podstawie której opracowano normy, składała się z 1577 osób dorosłych w wieku od 18 do 94 roku życia ( $M_{\text{wiek}} = 47,47; SD_{\text{wiek}} = 17,67$ ; z czego 66,6% stanowiły kobiety). Większość Pacjentów posiadała wykształcenie średnie (25,1%), zasadnicze zawodowe (21,4%) lub podstawowe (18,7%). Następnie zgłaszali się Pacjenci z tytułem licencjata (12,9%), magistra (10%), policealnym (6,5%) lub gimnazjalnym (4,8%). Odsetek Pacjentów bez wykształcenia podstawowego był minimalny (0,4%). Przeciętnie Pacjent uczestniczył w programie 259 dni ( $SD = 237,37$ ; min = 0; max = 918).

Warto podkreślić, że zastosowana normalizacja umożliwia jedynie interpretację o charakterze statystycznym, nie dysponujemy bowiem punktem odniesienia, jakim byłby poziom dobrostanu w populacji ogólnej. Istnieje prawdopodobieństwo, że grupa kliniczna, bo za taką można uważać grupę poddawaną interwencji psychologicznej, cechuje się niższym

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

poziomem dobrostanu niż osoby z populacji ogólnej, co oznacza, że wyniki tu interpretowane jako „przeciętne”, są przeciętnymi na tle grupy klinicznej i w odniesieniu do populacji ogólnej mogą być tak naprawdę wynikami niskimi lub wysokimi. Nie zmienia to jednak faktu, że tak wyznaczone normy będące przekształceniem wyników surowych na skalę stenową, nawet jeśli nie mają znaczenia diagnostycznego, mogą z całą pewnością posłużyć jako punkt odniesienia do oceny skuteczności podjętego programu, jeśli zostaną zestawione z wynikami z drugiego pomiaru (po realizacji PTiZ), ponieważ umożliwiają one zarejestrowanie zmiany w zakresie poziomu dobrostanu.

### Zmiana w dobrostanie psychicznym Pacjentów środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego

Rozkłady wyników dla skal dobrostanu były zbliżone do normalnego (oszacowanie oparto o ocenę skośności i kurtozy – obydwa parametry pozostawały w zakresie od  $-1$  do  $+1$  SD). Statystyki opisowe przedstawione są w tabeli 2.

**Tabela 2**

*Statystyki opisowe poziomu dobrostanu przed przystąpieniem do realizacji IPTiZ: dorośli i młodzież od 14 r.ż.*

	Wynik ogólny		Dobrostan emocjonalny		Dobrostan społeczny		Dobrostan psychologiczny	
	Dorośli	Młodzież	Dorośli	Młodzież	Dorośli	Młodzież	Dorośli	Młodzież
<i>M</i>	44,38	40,45	9,21	9,08	14,95	13,15	20,23	18,21
<i>SD</i>	14,09	12,96	3,56	3,16	5,36	4,89	6,78	6,26
skośność	0,294	0,257	0,342	0,131	0,364	0,530	0,182	0,230
kurtoza	-0,480	-0,527	-0,502	-0,844	-0,362	-0,638	-0,635	-0,316

*Adnotacja.* *M* = średni wynik; *SD* = odchylenie standardowe wyników.

### **Etap 1: Ogólna ocena skuteczności interwencji**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Pierwszym etapem oceny skuteczności podjętej interwencji środowiskowej na zmianę dobrostanu uczestników projektu było porównanie średniego poziomu dobrostanu przed oraz po zakończeniu PTiZ. W tym celu przeprowadzono test *t*-Studenta dla prób zależnych (co umożliwia rozkład wszystkich zmiennych zbliżony do rozkładu normalnego). Analizę tę przeprowadzono cztery razy: raz dla ogólnego poziomu dobrostanu i osobno dla jego trzech aspektów (emocjonalnego, psychologicznego i społecznego), by wychwycić ewentualne różnice pomiędzy poszczególnymi aspektami dobrostanu.

Test *t*-Studenta dla prób zależnych jest testem porównywania średnich, oznacza to, że porównuje się w nim wyniki dwukrotnego pomiaru danej zmiennej w tej samej grupie, aby ocenić możliwy wzrost lub spadek nasilenia tej zmiennej. Istotność wyniku tego testu ( $p < 0,05$ ) oznacza występowanie istotnej statystycznie różnicy między pomiarami. W tym przypadku wyniki testu *t* pokazują, czy różnica pomiędzy dwoma pomiarami jest istotna, a jeżeli tak jest, można ten fakt zinterpretować w kategorii skuteczności podejmowanych oddziaływań. Przy przeprowadzaniu tego testu można oszacować również wielkość efektu (wyrażoną na przykład współczynnikiem *d* Cohena; por. Sullivan i Feinn, 2012).

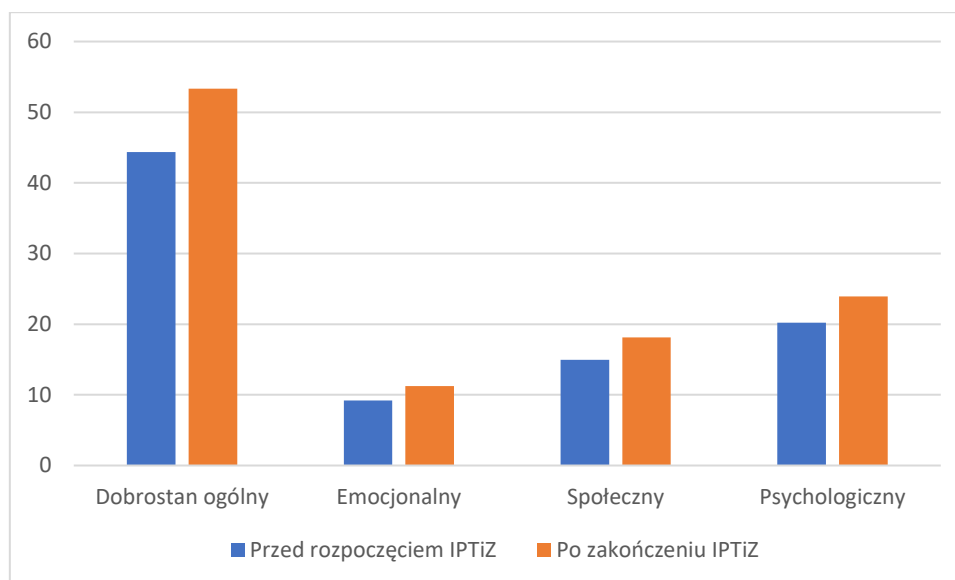
**Skuteczność oddziaływań w grupie dorosłych.** Średni poziom dobrostanu przed rozpoczęciem i po zakończeniu PTiZ został przedstawiony na rysunku 1. Wyniki testu *t*-Studenta dla prób zależnych są istotne i pokazują, że w wyniku realizacji PTiZ odnotowano poprawę poziomu dobrostanu: zarówno ogólnego ( $t(df) = 49,03$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohena = 0,69), jak i we wszystkich jego trzech komponentach: emocjonalnego ( $t(df) = 43,79$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohena = 0,61), społecznego ( $t(df) = 46,11$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohena = 0,65) i psychologicznego ( $t(df) = 42,06$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohena = 0,59). Zmianę tę można interpretować jako bardzo dużą, ponieważ wszystkie współczynniki *d* Cohena są większe od 0,5 (zmiana duża, to zmiana osiągająca poziom niemal jednego odchylenia standardowego). Uzyskane wyniki pozwalają zatem potwierdzić skuteczność podejmowanych oddziaływań środowiskowych na poprawę poziomu dobrostanu psychicznego.

## Rysunek 1



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### Średni poziom dobrostanu Pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu PTiZ – grupa dorosłych



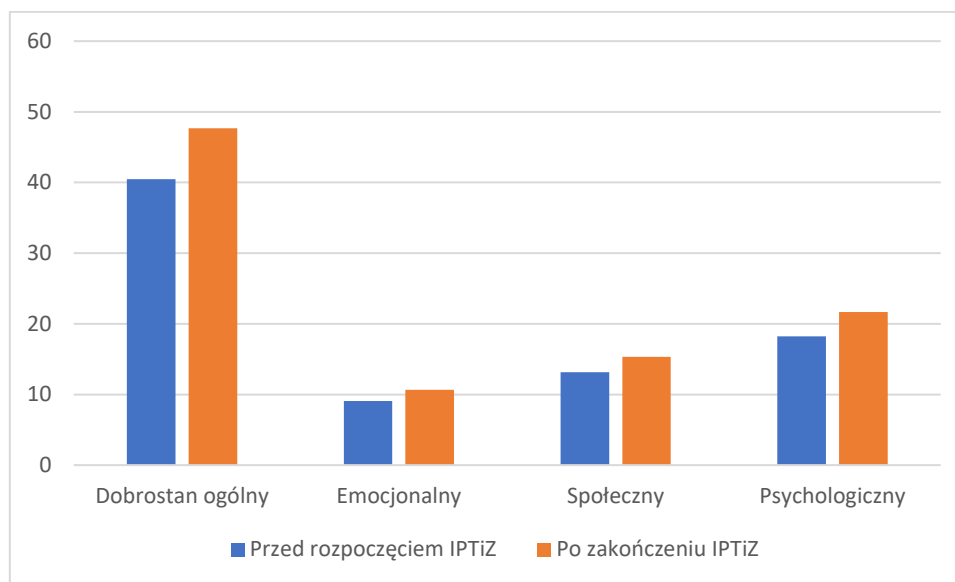
**Skuteczność oddziaływań w grupie młodzieży.** Zmiana w zakresie średniego poziomu dobrostanu przedstawiona została na rysunku 2. W tym przypadku ponownie wyniki testu *t*-Studenta dla prób zależnych pokazują, że w wyniku realizacji PTiZ odnotowano istotną poprawę poziomu dobrostanu: zarówno ogólnego ( $t(df) = 7,04; p < 0,001; d$  Cohena = 0,46), jak i we wszystkich jego trzech komponentach: emocjonalnego ( $t(df) = 6,41; p < 0,001; d$  Cohena = 0,42), społecznego ( $t(df) = 6,12; p < 0,001; d$  Cohena = 0,40) i psychologicznego ( $t(df) = 7,15; p < 0,001; d$  Cohena = 0,47). Zmianę tę można interpretować jako średnią, ponieważ wszystkie współczynniki *d* Cohena są większe od 0,3, ale niższe od 0,5. Podobnie jak w grupie dorosłych, uzyskane wyniki pozwalają potwierdzić skuteczność podejmowanych oddziaływań środowiskowych dla zwiększenia poziomu dobrostanu psychicznego.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Rysunek 2

*Średni poziom dobrostanu Pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu PTiZ – grupa młodzieży*



### **Etap 2: Porównanie zmian w zakresie ogólnego dobrostanu oraz poszczególnych jego aspektów z wykorzystaniem odniesienia do znormalizowanej skali stenowej**

W jakościowej ocenie efektywności oddziaływań środowiskowych posłużono się wynikami wyrażonymi na skali stenowej. Dokonano porównania liczby osób osiągających wyniki niskie oraz wyniki średnie i wysokie w zakresie dobrostanu ogólnego oraz jego trzech składników. Na rysunku 3 oraz 4 przedstawiono rozkłady procentowe Pacjentów charakteryzujących się niskim (steny 1–4) oraz średnim lub wysokim (steny 5–10) poziomem dobrostanu przed przystąpieniem do realizacji PTiZ oraz po jego zakończeniu. W zakresie wyniku ogólnego, w grupie dorosłych, przed przystąpieniem do PTiZ blisko połowa Pacjentów cechowała się niskim nasileniem dobrostanu ogólnego, w zakresie dobrostanu emocjonalnego i psychologicznego była to nawet ponad połowa, natomiast w zakresie dobrostanu społecznego blisko jedna czwarta Pacjentów. W grupie młodzieży blisko 60% uczestników cechowało się niskim nasileniem dobrostanu ogólnego, ponad 63% niskim nasileniem

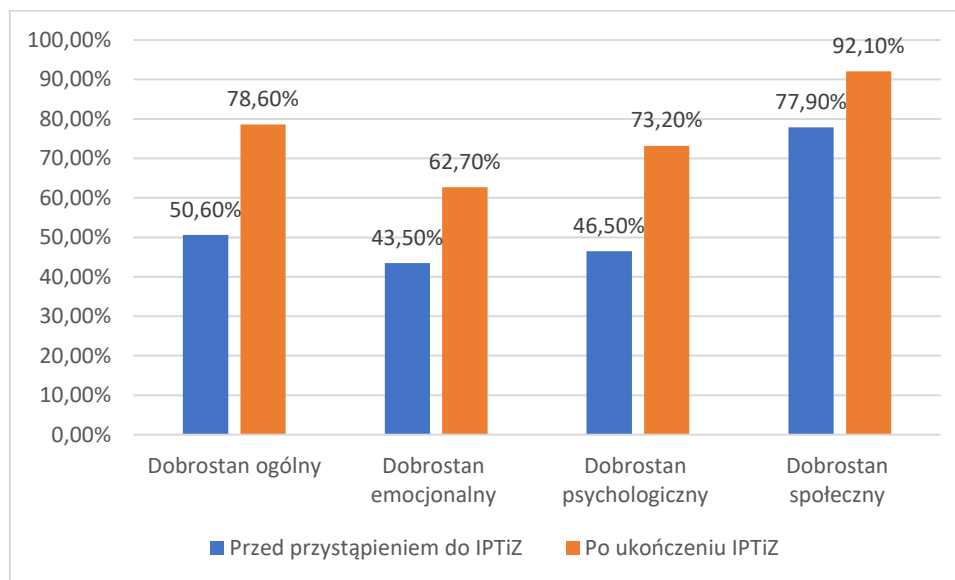


Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dobrostanu emocjonalnego i psychologicznego, natomiast ponad jedna trzecia osób charakteryzowała się niskim nasileniem dobrostanu społecznego.

### Rysunek 3

*Rozkład procentowy Pacjentów z wysokim lub średnim poziomem dobrostanu przed przystąpieniem do PTiZ oraz po zakończeniu jego realizacji – grupa dorosłych*



Po zakończeniu PTiZ poziom dobrostanu uległ zdecydowanej poprawie. W grupie dorosłych liczba Pacjentów z niskim poziomem dobrostanu spadła blisko dwuipółkrotnie. W zakresie dobrostanu emocjonalnego prawie dwukrotnie, natomiast w zakresie dobrostanu społecznego spadek liczby Pacjentów z niskimi wynikami był blisko trzykrotny. W grupie młodzieży liczba Pacjentów z niskim poziomem dobrostanu ogólnego spadła blisko dwukrotnie. W zakresie trzech komponentów dobrostanu uzyskano spadki o około jedną trzecią, jeśli chodzi o procent osób charakteryzujących się niskim poziomem różnych aspektów dobrostanu. W grupie dzieci liczba Pacjentów z niskim poziomem dobrostanu ogólnego, jak i wszystkich trzech jego komponentów, tj. emocjonalnego, społecznego i psychologicznego spadła blisko dwukrotnie. Uzyskane wyniki potwierdzają bardzo wysoką skuteczność programu.

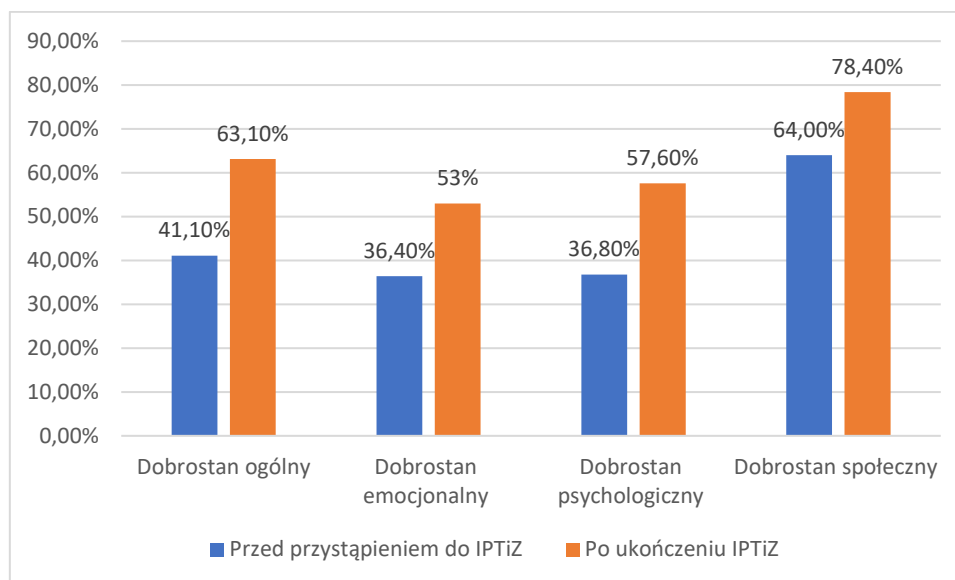




Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

#### Rysunek 4

Rozkład procentowy Pacjentów z wysokim lub średnim poziomem dobrostanu przed przystąpieniem do PTiZ oraz po zakończeniu jego realizacji – grupa młodzieży



Następnie, w celu liczbowego zaprezentowania zmiany poziomu dobrostanu u osób uczestniczących w projekcie po realizacji PTiZ, obliczono wstępny wskaźnik skuteczności oddziaływań środowiskowych, odpowiadający procentowi skumulowanemu osób osiagających steny od 5 do 10 (wyniki przeciętne oraz wysokie) w porównaniu do osób osiagających steny od 1 do 4 (wyniki niskie). Wskaźnik zaprezentowany jest w tabeli 3.

#### Tabela 3

Stosunek wyników wysokich i średnich do wyników niskich przed przystąpieniem i po zakończeniu realizacji IPTiZ w grupach dorosłych i młodzieży

		Wynik ogólny	Dobrostan emocjonalny	Dobrostan psychologiczny	Dobrostan społeczny
		<b>Przed przystąpieniem do IPTiZ</b>			
<b>Stosunek wyników wysokich i średnich do niskich</b>	Dorośli	1,02	0,66	0,87	3,52
	Młodzież	1,43	1,75	1,71	1,78

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Po ukończeniu IPTiZ					
Stosunek wyników wysokich i średnich do niskich	Dorośli	3,67	1,8	2,73	11,66
	Młodzież	1,71	1,13	1,36	3,63

### Etap 3: Wyliczenie głównego wskaźnika skuteczności oddziaływań

W celu wyliczenia wskaźnika skuteczności oddziaływań podjętych w ramach projektu wykorzystano uprzednie przekształcenie wyników z pierwszego i drugiego pomiaru na wyniki wyrażone na skali stenowej. Przyjęto następującą interpretację wyników na skali stenowej:

- 1–4 sten – wyniki niskie,
- 5–6 sten – wyniki przeciętne,
- 7–10 sten – wyniki wysokie.

Następnie stworzono dla każdego uczestnika nową zmienną o charakterze jakościowym, reprezentującą zakres zmiany w poziomie dobrostanu pomiędzy pomiarem pierwszym (na początku projektu) oraz drugim (po zakończeniu oddziaływań). Zmienna ta przyjmowała pięć możliwych poziomów:

1. **Znaczne pogorszenie:** wysoki poziom dobrostanu (sten 7–10) w pierwszym pomiarze, niski poziom (sten 1–3) w drugim pomiarze.
2. **Pogorszenie:** obniżenie poziomu dobrostanu o jeden poziom (z wysokiego na przeciętny lub z przeciętnego na niski).
3. **Brak zmiany/Stabilizacja:** brak zmiany pomiędzy pomiarem 1 i 2.
4. **Poprawa:** wzrost dobrostanu o jeden poziom (z przeciętnego na wysoki lub z niskiego na przeciętny).
5. **Znaczna poprawa:** wzrost dobrostanu z poziomu niskiego (sten 1–3) na wysoki (sten 7–10).

Następnie zliczono procent osób uzyskujących poszczególne poziomy zmiany lub braku zmiany, co pozwoliło na wyznaczenie wskaźnika skuteczności projektu (jaki procent osób uzyskał poprawę lub znaczną poprawę). Należy tutaj podkreślić, że kategoria „Brak



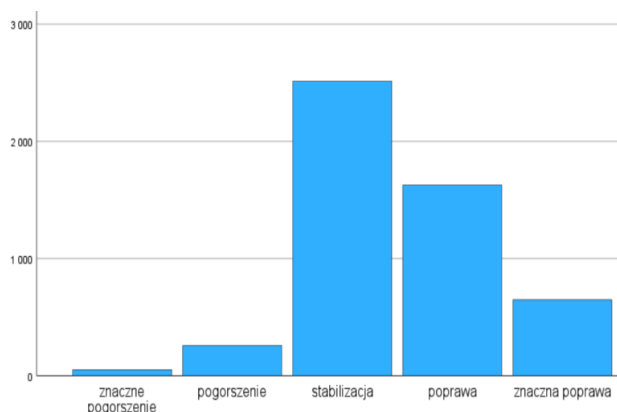
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zmiany/Stabilizacja” obejmuje wszystkie osoby, które na początku i na końcu oddziaływań pozostały na tym samym poziomie, bez względu czy oznaczało to niezmiennie niski, średni czy wysoki poziom dobrostanu. Kategoria ta obejmuje więc zarówno brak poprawy dobrostanu u osób z bazowo niskim poziomem dobrostanu, jak również stabilizację u tych, których dobrostan nie zmienił się (ani nie wzrósł, ani nie spadł), ale na starcie nie był bardzo niski. Jednocześnie, brak zmiany w zakresie poziomu dobrostanu może być pochodną szeregu zmiennych nieuwzględnionych w prezentowanej analizie, np. wcześniejsze diagnozy, które mogły utrudniać lub ułatwiać postępowanie interwencyjne.

**W grupie dorosłych** znacznego pogorszenia dobrostanu doświadczyło zaledwie 1% osób przystępujących do realizacji PTiZ. Pogorszenia doświadczyło 4,9% osób uczestniczących w PTiZ. Brak zmiany/Stabilizacja dotyczyła 47,4% osób realizujących PTiZ. Poprawa dotyczyła 30,7% osób uczestniczących w PTiZ, natomiast znaczna poprawa dotyczyła 12,2% osób uczestniczących w PTiZ. **W grupie młodzieży** znacznego pogorszenia dobrostanu doświadczyło 2,5% osób przystępujących do realizacji PTiZ. Pogorszenia doświadczyło 7,2% osób uczestniczących w PTiZ. Brak zmiany/Stabilizacja dotyczyła 54,2% osób realizujących PTiZ. Poprawa dotyczyła 21,2% osób uczestniczących w PTiZ, natomiast znaczna poprawa dotyczyła 14,8% osób uczestniczących w PTiZ. W grupie młodzieży pogorszenia i znacznego pogorszenia doznało nieco więcej osób niż w grupie dorosłych. Wizualizacja wyników zaprezentowana jest na rysunkach 5 oraz 6.

## Rysunek 5

*Liczebność osób doświadczających znacznego pogorszenia, pogorszenia, braku zmian, poprawy i znacznej poprawy w zakresie dobrostanu w grupie dorosłych*

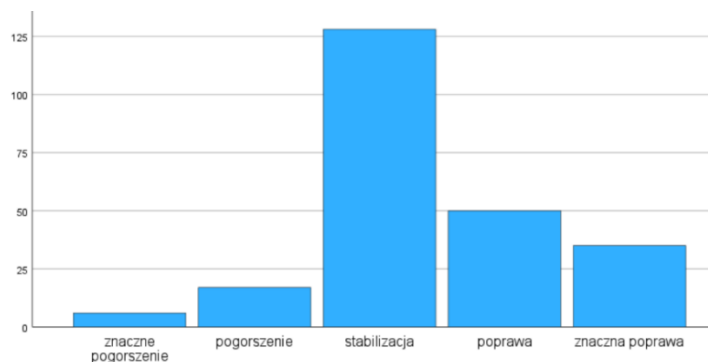




Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Rysunek 6

*Liczebność osób doświadczających znacznego pogorszenia, pogorszenia, braku zmian, poprawy i znacznej poprawy w zakresie dobrostanu w grupie młodzieży*



## Podsumowanie skuteczności oddziaływań

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że 36,2% osób dorosłych uczestniczących w projekcie uzyskało poprawę lub znaczącą poprawę dobrostanu. W grupie młodzieży było to 35% osób. Ogólny wskaźnik skuteczności oddziaływań projektu, rozumiany jako stabilizacja, poprawa lub znacząca poprawa zdrowia psychicznego po zakończeniu PTiZ w grupie dorosłych wyniósł 90,3%, a w grupie młodzieży 90,2%. Przedstawione dane pozwalają na **pozytywną ocenę skuteczności projektu** i jego założeń, zgodnie z którymi wsparcie psychologiczne dostarczane Pacjentom środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego będzie skutkowało albo poprawą, albo stabilizacją ich poziomu dobrostanu.

## Czas udziału w PTiZ a poziom dobrostanu

Dodatkowo osoby badane porównano pod względem czasu trwania uczestnictwa w projekcie. Z uwagi na bardzo ogólny poziom dostępnych danych, przedstawione analizy dają tylko generalny ogląd zróżnicowania w skuteczności oddziaływań z uwagi na okres przyjmowania oddziaływań. Przeciętny czas, jaki **dorośli** Pacjenci spędzali w ramach PTiZ to 343 dni ( $SD = 320,42$ ; czas ten liczony był jako liczba dni pomiędzy zakończeniem a rozpoczęciem PTiZ). W przypadku **młodzieży** nie odnotowano informacji o czasie udziału w projekcie dla niektórych spośród uczestników. Uczestnicy, co do których taka informacja była raportowana, spędzili średnio 173,35 dni ( $SD = 164,5$  dni) na realizacji PTiZ.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

By ocenić, jak długość trwania PTiZ oddziałuje na efektywność poprawy dobrostanu, porównano ze sobą trzy grupy osób wyróżnione na podstawie tendencji centralnej i odchylenia standardowego długości uczestnictwa w projekcie, oddzielnie w każdej grupie:

- 1) Pierwsza grupa obejmowała osoby, które w PTiZ spędziły **przeciętną** ilość czasu (wyznaczoną na podstawie jednego odchylenia standardowego od średniej), czyli od 23 do 663 dni dla dorosłych i od 9 do ok. 338 dni u młodzieży.
- 2) Kolejna grupa obejmowała tych Pacjentów, którzy spędzili **niewiele** czasu w ramach PTiZ (poniżej jednego odchylenia standardowego), a więc obejmowała wszystkich Pacjentów, którzy spędzili do 22 dni u dorosłych i do 8 dni u młodzieży.
- 3) Ostatnia grupa obejmowała tych, którzy mieścili się **powyżej pierwszego odchylenia** standardowego od średniej, czyli osoby, które w programie spędziły 664 i więcej dni u dorosłych i 339 u młodzieży.

Należy podkreślić, że o ile uwzględnienie czynnika długości uczestnictwa w projekcie dostarcza dodatkowych informacji na temat zróżnicowania efektywności oddziaływań, na prezentowane dane należy patrzeć z dużą dozą ostrożności. Grupy uzyskano w oparciu o kryteria statystyczne z uwzględnieniem charakterystyki próby badawczej tak, aby uzyskać osoby, które na tle innych uczestników projektu były odbiorcami oddziaływań dłużej lub krócej. W praktyce klinicznej może to dawać bardzo niejednorodne grupy. Na przykład do grupy o przeciętnym czasie uczestnictwa w projekcie mogły trafić osoby wymagające jedynie diagnozy (23 dni), jak i takie, które wymagały długoterminowego wsparcia z uwagi na stwierdzone zaburzenia (665 dni). Równocześnie długi czas uczestnictwa w projekcie nie oznacza intensywnego wsparcia, a wręcz przeciwnie, może oznaczać brak należytego zaangażowania stron w realizację programu. Czas uczestnictwa w projekcie nie jest więc równoznaczny z intensywnością oddziaływań.

### **Zmiana dobrostanu a długość udzielanego wsparcia**

W grupie dorosłych osób spędzających w projekcie krótki czas, znaczne pogorszenie następowało u 0,4% badanych, pogorszenie u 5,1% badanych, stabilizacja u 47,6%, poprawa

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

u 29,1%, znaczna poprawa u 14,1%. U osób spędzających w projekcie przeciętną długość czasu, znaczne pogorszenie nastąpiło u 1,2% osób, pogorszenie u 5,1% osób, stabilizacja u 47,5% osób, poprawa u 30,1% osób, znaczna poprawa u 12,3% osób. U osób spędzających w projekcie długi czas, znaczne pogorszenie nastąpiło u 0,4% osób, pogorszenie u 4% osób, stabilizacja u 46,1% osób, poprawa u 33,2% osób, znaczna poprawa u 11,6% osób. Proporcje osób doznających poszczególnych efektów dla zdrowia psychicznego są podobne we wszystkich grupach.

W grupie młodzieży u osób spędzających krótki czas na realizacji PTiZ 33,3% osób zanotowało pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, tyle samo osób stabilizację, a 26,7% poprawę zdrowia psychicznego. Znaczną poprawę odnotowano u 6,7% osób. Warto jednak zauważyć, że krótki czas udziału dotyczył bardzo niewielu uczestników projektu. W grupie młodzieży spędzającej przeciętny czas na realizacji PTiZ, u 2,9% osób odnotowano znaczne pogorszenie, u 5,8% osób pogorszenie, u 56,3% osób stabilizację, u 19,9% osób poprawę, a u 15% osób znaczną poprawę. Wreszcie u osób spędzających długi czas na realizacji PTiZ, odnotowano stabilizację u 46,7% osób, poprawę u 33,3% osób, znaczną poprawę u 20% osób. Co warto zauważyć, w grupie tej nie odnotowano żadnej osoby, która doznała pogorszenia lub znacznego pogorszenia zdrowia psychicznego.

Wyniki wskazują, że u większości osób uczestniczących w projekcie nastąpiła stabilizacja/brak zmiany lub poprawa (umiarkowana i znaczna) zdrowia psychicznego. Wyniki pokazują również sensowność długotrwałego oddziaływania psychologicznego w grupie młodzieży, gdyż wyniki tego oddziaływania przyczyniają się do wzrostu dobrostanu emocjonalnego oraz pokazują, że w grupie osób spędzających w projekcie długi czas ani jedna osoba nie odnotowała pogorszenia lub znacznego pogorszenia dobrostanu.

## Podsumowanie

Jednym z wykorzystywanych w literaturze sposobów oceny skuteczności oddziaływań terapeutycznych jest analiza zmian w zakresie dobrostanu Pacjentów poddawanych terapii (Kraiss i in., 2022). Za Światową Organizacją Zdrowia (World Health Organization, 2001) można definiować zdrowie psychiczne jako dobrostan psychiczny, który prowadzi do

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

skutecznego radzenia sobie z przeciwnościami życiowymi, realizacji potencjału jednostki, umożliwia uczenie się i pracowanie oraz wnoszenie wkładu do społeczności. W oparciu o tak definiowane zdrowie psychiczne Ciecuch i in. (2023) zaproponowali model zdrowia psychicznego, w którym wyróżniają trzy aspekty dobrostanu: osobisty, społeczny i holistyczny. Wzrost poziomu dobrostanu w efekcie podejmowanych oddziaływań terapeutycznych oznacza lepsze funkcjonowanie człowieka w społeczności oraz lepsze korzystanie z potencjału osobistego. W prezentowanych badaniach do oceny skuteczności oddziaływań wykorzystano narzędzie MHC-SF Keyesa i in. (2002) służące do pomiaru trzech aspektów dobrostanu: psychologicznego, społecznego i emocjonalnego. Na poziomie teoretycznym model zdrowia psychicznego Ciecucha i in. (2023), wyróżniający w oparciu o kryteria zdrowia psychicznego też trzy rodzaje zaburzeń, może stanowić matrycę umożliwiającą ulokowanie dobrostanu w szerszym kontekście. Model zakłada kontinuum, w którym zwiększaniu się dobrostanu towarzyszy spadek nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym. Z tego względu wzrost dobrostanu może być wiązany ze spadkiem objawów problemowych w obszarze zdrowia emocjonalno-społecznego.

Prezentowane w tym rozdziale analizy jednoznacznie wykazały wzrost dobrostanu po wprowadzeniu PTiZ w stosunku do pomiaru dokonanego przed podjęciem oddziaływań terapeutycznych. Najważniejszy rezultat w zakresie skuteczności oddziaływań opartych o realizację PTiZ to istotna poprawa poziomu dobrostanu: tak ogólnego, jak i we wszystkich jego trzech komponentach zarówno u dorosłych, jak i u młodzieży. Zmiana ta przekracza poziom jednego odchylenia standardowego, co oznacza, że poziom dobrostanu istotnie wzrósł wskutek realizacji PTiZ. W zakresie poszczególnych komponentów dobrostanu najsilniejszy jego wzrost odnotowano dla dobrostanu społecznego, następnie dla psychologicznego i emocjonalnego.

Efekt oddziaływań projektu można ocenić na 90,3% w grupie dorosłych oraz 90,2% w grupie młodzieży. Oznacza to, że taki procent osób realizujących PTiZ po jego zakończeniu charakteryzowało się stabilizacją/brakiem zmian w zakresie poziomu dobrostanu, poprawą lub znaczącą poprawą zdrowia psychicznego, czyli jest to procent osób, które nie doświadczyły pogorszenia. Co więcej, poprawa oraz znaczna poprawa dotyczyła 42,9%

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dorosłych oraz 36% młodzieży uczestniczącej w projekcie. Uwzględniając końcowy poziom dobrostanu przedstawiony na stenowej skali standardowej, 78,6% osób dorosłych oraz 63,1% młodzieży charakteryzowało się średnim lub wysokim poziomem dobrostanu. Jest to bardzo satysfakcjonujący wynik, potwierdzający skuteczność podjętych oddziaływań.

W prezentowanych badaniach uzyskano również wysoką rzetelność kwestionariusza MHC-SF we wszystkich zbadanych grupach zarówno dla ogólnego wskaźnika dobrostanu, jak i dla jego poszczególnych aspektów: emocjonalnego, psychologicznego i społecznego. Rezultat ten potwierdza, że narzędzie MHC-SF jest narzędziem precyzyjnym i wiarygodnym, a jego wyniki mogą być stosowane w diagnozie indywidualnej. Potwierdza to możliwość wyprowadzania z danych zebranych z wykorzystaniem baterii narzędzi MHC wniosków co do skuteczności prezentowanego projektu i oddziaływań psychologicznych w nim podejmowanych.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Cieciuch, J., Strus, W., Skimina, E., Ponikiewska, K., Rogoza, R., Topolewska-Siedzik, E., Skoczeń, I., Rymarczyk, K., Jasiński, B. (2023). *Objawy–Kompetencje–Cechy. Całościowa diagnoza osobowości. Koncepcja i pomiar*. Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Karaś, D., Cieciuch, J., Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M., Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. W: C. R. Snyder i S. J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 26–44). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.0004>
- Keyes, C. L. M., Waterman, M., B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. W: M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes i K. A. Moore (red.), *Well-being. Positive development across the life course* (s. 477–497). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kiejna, A., Zięba, M., Cichoń, E., Paciorek, S., Janus, J., Gondek, T. (2023). Evaluation of mental health services delivered before and after the introduction of pilot Mental Health Centers in Poland using monitoring indicators. *Psychiatria Polska*, 57(6), 1213–1229. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/151140>
- Kraiss, J., Redelinguys, K., Weiss, L. A. (2022). The effects of psychological interventions on well-being measured with the Mental Health Continuum: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23, 3655–3689. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00545-y>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.  
<https://doi.org/10.1159/000353263>
- Sullivan, G. M., Feinn R. (2012). Using effect size – or why the *p* value is not enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279–282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Propozycja wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej dla dzieci i dorosłych**

Daria Biechowska

Wydział Psychologii w Sopocie, Uniwersytet SWPS, dbiechowska@swps.edu.pl

Maria Libura

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycy Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny,

maria.libura@gumed.edu.pl

### **Streszczenie**

Nowoczesna polityka zdrowotna w rosnącej mierze zależy od wiarygodnych danych, dzięki którym decyzje dotyczące zdrowia populacji i alokacji ograniczonych zasobów mogą być bardziej trafne i lepiej dopasowane do potrzeb zdrowotnych populacji (Budrionis i Bellika, 2016). Dzięki analizie tych potrzeb z jednej strony, oraz skuteczności wprowadzanych rozwiązań z drugiej, możemy zbliżyć się do ideału samodoskonalącego się systemu opieki zdrowotnej, który zbiera i analizuje doświadczenia, by przekuć je w skuteczniejsze praktyki. W tym kontekście, coraz większą popularność zdobywa idea opieki zdrowotnej opartej na wartości (Value Based Healthcare, VBHC), będąca rozwinięciem medycyny opartej na dowodach naukowych (Evidence Based Medicine, EBM) i próbą powiązania jej z mechanizmami finansowania świadczeniodawców (van Staalduinen i in., 2022). VBHC zakłada wynagradzanie za konkretne efekty zdrowotne osiągnięte u pacjenta, ale także na poziomie populacji, co stanowi odejście od płacenia za samo świadczenie usług [Porter 2008]. Pomiar efektu zdrowotnego staje się tym samym centralnym wyzwaniem w wypracowaniu nowych modeli opieki medycznej. W praktyce właściwy dobór wskaźników okazuje się zadaniem złożonym, a samo rozumienie wartości - bardzo zróżnicowane (van Staalduinen i in., 2022). W przypadku opieki nad zdrowiem psychicznym dodatkową komplikację stanowi subiektywny charakter wielu efektów zdrowotnych, którego skutkiem jest trudność w uzgodnieniu powszechnie uznawanych ram ewaluacji interwencji (Baggaley, 2020).

Niniejsze opracowanie jest próbą określenia wskaźników dotyczących zdrowia psychicznego. Wskaźniki te mają kluczowe znaczenie dla monitorowania stanu zdrowia psychicznego populacji, oceny i poprawy systemu ochrony zdrowia. Ustalenie odpowiednich

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wskaźników jakości w psychiatrii jest wyzwaniem, zwłaszcza że w Polsce opieka psychiatryczna przechodzi transformację z modelu azylowego na model opieki środowiskowej.

W ramach pracy przeprowadzono przegląd literatury, wykorzystując między innymi dokumenty OECD, rządu szkockiego oraz Countdown for Global Mental Health 2030. Wskaźniki jakości zostały dobrane tak, aby odzwierciedlały kluczowe aspekty opieki psychiatrycznej: leczenie, ciągłość opieki, koordynację opieki oraz wyniki leczenia. Zostały one wybrane na podstawie kryteriów, takich jak mierzenie jakości technicznej świadczeń, koncentracja na jakości opieki zamiast na kosztach i możliwość konstrukcji wskaźników na podstawie jednolitych systemów kodowania.

Implikacje wprowadzenia wskaźników do praktyki klinicznej i polityki zdrowotnej są znaczące. Zrozumienie, które interwencje przynoszą największe korzyści, pozwoli na lepsze alokowanie zasobów i planowanie usług. Aby jednak uniknąć pułapki wulgarnego utylitaryzmu konieczne jest wypracowanie wskaźników, które mają znaczenie dla pacjentów, a nie jedynie płatnika (Baggaley 2020). Angażowanie pacjentów w ocenę ich wyników leczenia przyczynia się do opieki skoncentrowanej na pacjencie, zwiększając ich zaangażowanie i satysfakcję.

Podsumowując, wybór i implementacja wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej są kluczowe dla ciągłego doskonalenia opieki w obszarze zdrowia psychicznego. Obecne trendy wskazują na wzrost wykorzystanie technologii cyfrowych i analizy dużych zbiorów danych w przyszłości, co może przyczynić się do jeszcze lepszego dostosowania opieki do indywidualnych potrzeb pacjentów. Należy przy tym zauważyć, że w wielu przypadkach skala efektów zdrowotnych zależeć będzie od kształtu i jakości rozwiązań przyjętych w innych politykach publicznych, w szczególności z zakresu zabezpieczenia społecznego. Konieczny zatem wydaje się ich pomiar, a następnie ocena ich wpływu na korzystanie ze świadczeń medycznych i skuteczność podejmowanych interwencji ukierunkowanych na zdrowie psychiczne.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Słowa kluczowe:** opieka zdrowotna oparta na wartości, wskaźniki jakości, zdrowie psychiczne.

## Wprowadzenie

Nowoczesna polityka zdrowotna co do zasady powinna opierać się na danych. Decyzje dotyczące zdrowia populacji i alokacji ograniczonych środków muszą wyphywać z wiedzy o potrzebach zdrowotnych i stopniu ich zaspokożenia, a wprowadzane rozwiązania – podlegać weryfikacji i odpowiedniej modyfikacji. Samodoskonalący się system, który uczy się analizując doptywające do niego informacje, to ideał w dążeniu do poprawy jakości opieki medycznej. System taki wymaga jednak uzbrojenia w odpowiednie narzędzia, do których należy zaliczyć pomiar stanu zdrowia populacji, dostępności specjalistycznych kadr i infrastruktury umożliwiającej udzielanie określonych świadczeń, w końcu zaś – jakości opieki medycznej zapewnianej pacjentom.

Jednym z paradygmatów, które zyskują na popularności w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia jest dziś opieka zdrowotna oparta na wartości (z ang. *Value Based Healthcare*, VBHC). Powstała ona z inspiracji medycyny opartej na dowodach naukowych (z ang. *Evidence Based Medicine*, EBM), poszerzając ją o uwzględnienie w analizie kosztów rzeczywistych korzyści dostarczanej pacjentom (Łukomska i in., 2019). Założeniem VBHC jest wynagradzanie świadczeniodawcy (szpitali i lekarzy) za uzyskanie u pacjenta określonego efektu zdrowotnego, czyli nagradzanie działań zmierzających do wyleczenia pacjentów, a nie samego faktu udzielenia świadczenia. Podobne założenia leżą u podstaw modeli zintegrowanej opieki zdrowotnej czy opieki koordynowanej: wychodzą one z założenia, że jakość i efektywność kosztową opieki medycznej należy ujmować w spójnym modelu, ukierunkowanym na ciągłość opieki nad pacjentem, którego elementy podlegają ciągłej ewaluacji poprzez pomiar właściwie dobranych wskaźników.

Niniejszy rozdział koncentruje się na problematyce wskaźników w kontekście opieki medycznej dotyczącej zdrowia psychicznego. Wskaźniki te oraz ich interpretacja mogą podlegać modyfikacjom dzięki informacjom zebranych w procesie monitorowania wdrażanych reform. Ma to kapitalne znaczenie, gdyż system ochrony zdrowia jest bardzo



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

złożony, przez co trudno jest przewidzieć wszystkie konsekwencje zmian na etapie ich projektowania; można wręcz założyć, że będą one wymagały dostosowania po przetestowaniu w warunkach rzeczywistej praktyki. Co więcej, ustalenie wyjściowych wskaźników jakości opieki zdrowotnej w obszarze psychiatrii i zdrowia psychicznego nie jest zadaniem banalnym - jak wskazuje OECD, jest to obszar rozwijający się, w którym państwa stosują różne, często nieprzystające do siebie miary. Dodatkową komplikacją stanowi zmieniający się paradygmat systemu opieki psychiatrycznej, w którym opieka środowiskowa staje się dominującym modelem, zastępując skoncentrowany na szpitalach model azylowy. W okresie transformacji wskaźniki powinny być dobrane nie tylko z myślą o celach rozliczeniowych w relacji podmiot leczniczy - płatnik, ale także z myślą o wyrabianiu pożądanых wzorców postępowania, tworzeniu i stosowaniu standardów oraz monitorowaniu i podnoszeniu jakości opieki dzięki korygowaniu błędów oraz upowszechnianiu dobrych praktyk.

Jakość opieki środowiskowej, w szczególności w odniesieniu do zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zależy od skutecznej współpracy z otoczeniem pacjenta, z jego rodziną oraz placówkami systemu oświaty i zabezpieczenia społecznego. Ten aspekt także wymaga odpowiedniego opomiarowania, które odgrywać będzie podwójną rolę:

- 1) kształtować praktykę opieki w zakresie zdrowia psychicznego po stronie centrów zdrowia psychicznego oraz innych podmiotów oraz
- 2) sygnalizować poziom współpracy pomiędzy sektorami.

Psychiatryczna ochrona zdrowia w niniejszym rozdziale rozumiana jest jako kompleksowe leczenie i opieka we wszystkich formach oferowanych w centrach zdrowia psychicznego, czyli ambulatoryjnej (poradnie zdrowia psychicznego oraz zespoły leczenia środowiskowego), poprzez opiekę pośrednią (oddziały dzienne, hostele), aż po oddziały całodobowe. Szczegółowy opis funkcjonowania poszczególnych form został zamieszczony w rozdziałach dotyczących środowiskowego CZP dla dorosłych (Załuska i in., 2023; Panek i Walter, 2023) oraz dla dzieci i młodzieży (Rowiński i Lenkiewicz, 2023).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Główne obszary wskaźników jakości opieki medycznej w obszarze zdrowia psychicznego**

W konstruowaniu propozycji wskaźników w opiece psychiatrycznej wykorzystano celu przede wszystkim trzy dokumenty: 1) OECD opracowany przez Hermanna, Mattke (2004) i członków panelu OECD ds. opieki psychiatrycznej, 2) dokument rządu szkockiego (Scottish Government, 2018) oraz 3) Countdown for Global Mental Health 2030 (2023). Przystąpienie do stworzenia listy wskaźników wymaga wcześniejszej analizy sytuacji i zmierzenia się z odpowiedziami na następujące pytania:

- 1) Czy opieka i leczenie osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (psychoza, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja) jest objęta powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub systemem refundacji?
- 2) Czy większość osób nie ponosi opłat z własnej kieszeni (pełne ubezpieczenie) lub dopłaca nie więcej niż 20% kosztów usług w zakresie zdrowia psychicznego?

Dodatkowo warto przeanalizować stopień, w jakim prawo oraz polityka/plan w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są zgodne z międzynarodowymi dokumentami dotyczącymi praw człowieka.

Wskaźniki jakości w psychiatrycznej ochronie zdrowia pełnią kluczową rolę w ocenie efektywności, bezpieczeństwa i dostępności usług zdrowotnych na poziomie systemowym. Dokument OECD (2004), opracowany przez Hermanna, Mattke i członków panelu OECD ds. opieki psychiatrycznej, dostarcza cennych rekomendacji w zakresie wyboru wskaźników dla opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego (Hermann, Mattke, & OECD Mental Health Care Panel, 2004). Wskaźnik wybrano w taki sposób, by spełniał wstępne kryteria selekcji:

- 1) mierzą jakość techniczną, z jaką jest świadczona, a nie perspektywy interpersonalne czy konsumenckie;
- 2) koncentrują się na jakości opieki, a nie na kosztach lub wykorzystaniu usług;
- 3) są zbudowane na pojedynczej pozycji, a nie na skali wielopunktowej;
- 4) mogą być przydatne w ocenie jakości na poziomie systemu opieki zdrowotnej, a nie na poziomie świadczeniodawcy;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 5) mogą być skonstruowane na podstawie danych administracyjnych przy użyciu jednolitych systemów kodowania (np. kodów ICD lub DSM), a nie może wymagać specjalnego gromadzenia danych lub niestandardowych elementów danych.

Wskaźniki są podzielone na cztery główne obszary, które odzwierciedlają kluczowe aspekty opieki psychiatrycznej i są podstawą do oceny i poprawy jakości usług zdrowotnych.

Są to:

- 1) **Ciągłość opieki.** Wskaźniki w tym obszarze, takie jak terminowe wizyty ambulatoryjne po hospitalizacji psychiatrycznej, odzwierciedlają ważność nieprzerwanej opieki w procesie leczenia. Wskazują na potrzebę szybkiej reakcji i stałej opieki po wypisie ze szpitala (OECD, 2004). Ciągłość opieki jest kluczowym aspektem w opiece psychiatrycznej, mającym na celu zapewnienie nieprzerwanego wsparcia i leczenia pacjentów. Wskaźniki w tym obszarze koncentrują się na zapewnieniu, że pacjenci otrzymują spójną i koordynowaną opiekę po hospitalizacji psychiatrycznej, co jest kluczowe dla ich dalszego procesu leczenia i rehabilitacji. Rozumienie i stosowanie wskaźników ciągłości opieki ma istotne implikacje dla praktyki klinicznej i polityki zdrowotnej. Systemy opieki zdrowotnej mogą wykorzystać takie wskaźniki do monitorowania i poprawy jakości opieki, identyfikując luki i potencjalne obszary do poprawy. Na przykład, poprzez monitorowanie szybkości ambulatoryjnych wizyt kontrolnych po hospitalizacji, systemy opieki mogą identyfikować pacjentów, którzy nie otrzymują odpowiedniej kontynuacji opieki i rozwijać interwencje mające na celu poprawę tych wskaźników.
- 2) **Koordynacja opieki.** Zarządzanie przypadkiem dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi wskazuje na konieczność koordynacji między różnymi usługami i dostawcami opieki. Jest to istotne dla zapewnienia kompleksowego i skutecznego leczenia (OECD, 2004). Koordynacja opieki to proces, który zapewnia płynne przejście pacjenta między różnymi poziomami i rodzajami opieki, co jest szczególnie ważne w leczeniu psychiatrycznym, gdzie pacjenci często wymagają wielodyscyplinarnego podejścia. Skuteczna koordynacja opieki znacząco przyczynia się do poprawy jakości życia pacjentów oraz zwiększenia efektywności systemu opieki zdrowotnej. Pacjenci z



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dobrze skoordynowaną opieką częściej otrzymują odpowiednie leczenie w odpowiednim czasie, co skutkuje zmniejszeniem liczby wizyt w nagłych wypadkach, hospitalizacji i ponownych hospitalizacji. Ponadto, koordynacja opieki wspomaga lepsze zarządzanie zasobami, co jest szczególnie ważne w systemach opieki zdrowotnej z ograniczonymi budżetami.

Wprowadzenie skutecznego zarządzania przypadkiem i koordynacji opieki wiąże się z wieloma wyzwaniami. Wymaga to zintegrowanych systemów informacyjnych, które umożliwiają wymianę informacji między różnymi dostawcami usług zdrowotnych i społecznych, jasno zdefiniowanych ścieżek opieki, a także kultury organizacyjnej, która promuje współpracę między różnymi dyscyplinami. Jednakże, poprzez inwestycje w szkolenia, technologię i rozwój procesów, systemy opieki zdrowotnej mogą znacząco poprawić koordynację opieki, co z kolei prowadzi do lepszych wyników leczenia i większej satysfakcji pacjentów.

Koordynacja opieki wymaga zaangażowania i współpracy wielu różnych profesjonalistów. Lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, terapeuci i inni dostawcy usług muszą współpracować, aby zapewnić, że pacjent otrzymuje spójne leczenie. Szkolenia i warsztaty dotyczące skutecznej komunikacji, zarządzania przypadkami i pracy zespołowej są niezbędne do osiągnięcia tych celów.

- 3) **Leczenie.** Wskaźniki takie jak wizyty podczas ostrej fazy leczenia depresji czy ponowne przyjęcia do szpitala psychiatrycznego wskazują na jakość bezpośredniej opieki klinicznej. Są one związane z bezpośrednimi działaniami terapeutycznymi i ich efektywnością (OECD, 2004). Leczenie w kontekście opieki psychiatrycznej obejmuje szeroki zakres interwencji medycznych, psychoterapeutycznych i wsparcia społecznego, mających na celu poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjentów. Wskaźniki w tej kategorii skupiają się na mierzeniu skuteczności i adekwatności leczenia oferowanego osobom z zaburzeniami psychicznymi. Wyzwania, a jednocześnie najlepsze praktyki w leczeniu psychiatrycznym sprowadza się do trzech podstawowych aspektów. Są to:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- personalizacja leczenia: Każdy pacjent jest inny i wymaga indywidualnego podejścia. Personalizacja leczenia obejmuje dostosowanie interwencji do konkretnych potrzeb, preferencji i sytuacji pacjenta, co znacząco poprawia wyniki leczenia;
  - integracja usług: Leczenie psychiatryczne często wymaga współpracy między różnymi specjalistami i usługami. Integracja tych usług poprawia koordynację opieki, zwiększa jej skuteczność i zadowolenie pacjentów;
  - monitoring i ewaluacja: Regularna ocena skuteczności leczenia pozwala na szybkie dostosowywanie planów terapeutycznych i zapewnia, że pacjenci otrzymują najlepszą możliwą opiekę.
- 4) **Wyniki leczenia.** Mierniki takie jak śmiertelność osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi dostarczają informacji o długoterminowych wynikach opieki i ogólnym stanie zdrowia tej populacji. Są one kluczowe dla zrozumienia wpływu opieki zdrowotnej na życie pacjentów (OECD, 2004). Wyniki leczenia w kontekście opieki psychiatrycznej odnoszą się do efektów leczenia, które mają bezpośredni wpływ na jakość życia i funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi. Wskaźniki w tej kategorii są kluczowe dla oceny skuteczności interwencji zdrowotnych i ogólnego wpływu systemu opieki zdrowotnej na dobrostan pacjentów. Wyzwania i możliwości w pomiarze wyników Pacjentów:
- kompleksowość oceny wyników: Wyniki dla pacjentów w psychiatrii są często trudne do zmierzenia ze względu na subiektywną naturę doświadczeń pacjentów oraz złożoność zaburzeń psychicznych. Opracowanie i stosowanie standardowych narzędzi pomiarowych, takich jak skalowane ankiety dotyczące jakości życia i funkcjonowania, pomagają w uzyskaniu obiektywniejszej oceny wyników;
  - długoterminowe śledzenie: Zaburzenia psychiczne często mają chroniczny charakter, wymagający długoterminowego leczenia i wsparcia. Monitorowanie wyników pacjentów w dłuższej perspektywie czasowej jest kluczowe dla oceny trwałości efektów leczenia oraz dla identyfikacji długoterminowych potrzeb i wyzwań;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- zindywidualizowane podejście: Różnorodność doświadczeń pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wymaga zindywidualizowanego podejścia do oceny wyników. Personalizacja narzędzi pomiarowych i podejść lepiej odzwierciedla unikalne potrzeby i cele każdego pacjenta.

Efektywna polityka zdrowotna skoncentrowana na poprawie stanu zdrowia psychicznego musi nie tylko opierać się na solidnych danych, ale również na dokładnym pomiarze stanu zdrowia psychicznego populacji. Obecne wykorzystanie wskaźników zdrowotnych do monitorowania zdrowia psychicznego w wielu przypadkach jest niewystarczające i nieadekwatne, co podkreślają Tannenbaum i współpracownicy (2009), wskazując na konieczność rozwijania i standaryzowania narzędzi pomiarowych. Aktualnie stosowane wskaźniki, takie jak częstość samobójstw, dane dotyczące hospitalizacji, wykorzystanie zasobów zdrowotnych (np. liczba psychiatrów czy łóżek psychiatrycznych na mieszkańca), a także dane zgłaszane bezpośrednio przez pacjentów, często nie odzwierciedlają pełnego zakresu problemów i zaburzeń zdrowia psychicznego.

W rozdziale tej monografii podjęto próbę zdefiniowania zdrowia psychicznego, która może być punktem wyjścia do opracowania wskaźników stanu zdrowia psychicznego (Cieciuch i in., 2023). Istotne jest zatem opracowanie wskaźników jakości opieki, które będą uwzględniać specyfikę konkretnych chorób i zaburzeń psychicznych. Takie podejście zostało już podjęte w niektórych krajach, na przykład we Włoszech, gdzie inicjatywy takie jak Projekt "Podróż pacjenta" (Lora i in., 2022) skupiają się na zbieraniu danych o rzeczywistych doświadczeniach pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Celem tego projektu jest zebranie szczegółowych informacji na temat leczenia schizofrenii w różnych fazach choroby, co pozwoli na identyfikację mocnych i słabych stron obecnych rozwiązań oraz ocenę niezaspokojonych potrzeb Pacjentów.

Wymaga to dogłębnego badania ścieżek leczenia i doświadczeń pacjentów, aby móc dostosować opiekę zdrowotną do rzeczywistych potrzeb i ulepszyć istniejące rozwiązania.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Umożliwia to nie tylko poprawę jakości opieki, ale także efektywniejsze wykorzystanie zasobów, podnosząc ogólny standard opieki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego.

### **Implikacje dla praktyki klinicznej i polityki zdrowotnej**

Pomiary wyników pacjentów dostarczają bezcennych informacji dla klinicystów i decydentów w dziedzinie opieki zdrowotnej. Zrozumienie, które interwencje przynoszą największe korzyści, może pomóc w alokacji zasobów, planowaniu usług i tworzeniu polityk zdrowotnych, które promują najlepsze praktyki i poprawiają ogólne wyniki dla pacjentów. Ponadto, angażowanie pacjentów w ocenę ich własnych wyników może przyczynić się do skoncentrowanej na pacjencie opieki, zwiększając ich zaangażowanie i zadowolenie z leczenia. Wybór i implementacja odpowiednich wskaźników są złożone i wymagają głębokiego zrozumienia kontekstu opieki zdrowotnej oraz dostępnych danych. Wykorzystanie tych wskaźników na poziomie międzynarodowym wymaga również uwzględnienia różnic kulturowych, systemowych i politycznych.

W niniejszym opracowaniu przyjęto epidemiologiczne rozumienie pojęcia wskaźniki. Traktowane są one jako mierniki zdrowia (w tym przypadku psychicznego), które próbują oszacować kondycję z perspektywy całej populacji. Poniżej w Tabeli nr 1 zaproponowano wskaźniki do dalszej dyskusji w ramach polityki zdrowia.

**Tabela 1.** Propozycje wskaźników w opiece psychiatrycznej

Nazwa wskaźnika	Operacjonalizacja
Wizyty ambulatoryjne po hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych	Ten wskaźnik mierzy, jak szybko pacjenci otrzymują opiekę ambulatoryjną po wypisie ze oddziału psychiatrycznego.
Zarządzanie przypadkiem dla ciężkich zaburzeń psychicznych	Zarządzanie przypadkiem odnosi się do koordynowanej opieki i wsparcia świadczonego osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.
Wizyty podczas ostrej fazy leczenia depresji	Ten wskaźnik koncentruje się na częstotliwości i intensywności opieki świadczonej pacjentom w ostrej fazie depresji.
Ponowne przyjęcia do szpitala pacjentów z zaburzeniami psychicznymi	Wskaźnik ten mierzy częstość ponownych przyjęć do szpitala, co może wskazywać na nieadekwatność lub nieskuteczność leczenia ambulatoryjnego oraz koordynacji opieki

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Śmiertelność osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi	Standardowy wskaźnik śmiertelności wśród osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do ogólnej populacji.
Długość leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych	Wiele osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji przedwcześnie kończy leczenie, zagrażając skuteczności interwencji. Ten wskaźnik bada liczbę pacjentów z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji, którzy otrzymują leczenie trwające co najmniej 90 dni, dostarczając wskaźnik ciągłości opieki.
Użycie leków przeciwdepresyjnych z działaniem przeciwcholinergicznym u osób starszych	Depresja wśród osób starszych stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Charakteryzuje się wysoką częstością występowania, często współwystępuje z chorobami somatycznymi, utrudnia jakość życia, zwiększa wykorzystanie usług zdrowotnych i wiąże się z wysokim ryzykiem samobójstwa. Choć osoby starsze mogą być skutecznie leczone za pomocą leków przeciwdepresyjnych, są one bardziej narażone na niepożądane reakcje na leki ze względu na zmiany fizjologiczne związane z procesem starzenia. W szczególności, leki przeciwdepresyjne o silnym działaniu przeciwcholinergicznym (np. imipramina, amitryptylina i doksepina) nie są zalecane do stałego stosowania u osób starszych, ponieważ mogą powodować ortostatyczne niedociśnienie, senność i dezorientację.
Stać leczenie przeciwdepresyjne w fazie ostrej	Liczba osób w wieku 18 lat i starszych, u których zdiagnozowano nowy epizod depresji i którzy byli leczeni lekami przeciwdepresyjnymi, z 84-dniowym (12 tygodni) leczeniem lekami przeciwdepresyjnymi w fazie ostrej.
Stać leczenie przeciwdepresyjne w fazie kontynuacji	Liczba osób w wieku 18 lat i starszych, u których zdiagnozowano nowy epizod depresji i którzy byli leczeni lekami przeciwdepresyjnymi, z 180-dniowym leczeniem lekami przeciwdepresyjnymi
Gromadzenie danych na temat liczby przymusowych przyjęć na poziomie placówki	"Czy placówka gromadzi dane na temat liczby przymusowych przyjęć?" - pytanie ankietowe. Jedynie odpowiedzi Tak/Nie.
Istnienie wskaźników/celów monitorowania wdrażania polityk/planów	"Czy krajowa polityka/plan w zakresie zdrowia psychicznego zawiera określone wskaźniki lub cele, na podstawie których można monitorować jej wdrażanie?" pytanie ankietowe. Dostępne kategorie: Wskaźniki niedostępne; Wskaźniki

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

	dostępne, ale nieużywane; Wskaźniki dostępne i używane w ciągu ostatnich dwóch lat w odniesieniu do niektórych/kilku elementów; Wskaźniki dostępne i używane w ciągu ostatnich dwóch lat w odniesieniu do większości lub wszystkich elementów.
Częstotliwość gromadzenia kluczowych danych dotyczących systemu zdrowia psychicznego	Dostępne kategorie: Żadne dane dotyczące zdrowia psychicznego nie zostały zebrane w raporcie do celów polityki, planowania lub zarządzania w ciągu ostatnich dwóch lat; Dane dotyczące zdrowia psychicznego (w systemie publicznym, prywatnym lub obu) zostały zebrane do ogólnych statystyk zdrowotnych w ciągu ostatnich dwóch lat, ale nie w specjalnym raporcie dotyczącym zdrowia psychicznego; Specjalny raport koncentrujący się na działaniach związanych ze zdrowiem psychicznym wyłącznie w sektorze publicznym został opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia lub jakąkolwiek inną odpowiedzialną jednostkę rządową w ciągu ostatnich dwóch lat; Specjalny raport koncentrujący się na działaniach związanych ze zdrowiem psychicznym zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym został opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia lub jakąkolwiek inną odpowiedzialną jednostkę rządową w ciągu ostatnich dwóch lat.
Pomoc rozwojowa na rzecz zdrowia psychicznego	Pomoc rozwojowa na rzecz zdrowia psychicznego, w tym wkłady finansowe i rzeczowe na rzecz zdrowia psychicznego wypłacone przez darczyńców. Kwota darowizny w roku kalendarzowym.
Całkowite wydatki na zdrowie psychiczne jako procent całkowitych wydatków na zdrowie	Wydatki rządowe na zdrowie psychiczne jako procent całkowitych wydatków na zdrowie.
Łączna liczba wszystkich innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego (na 100 000 ludności)	Łączna liczba lokalnych i krajowych pracowników zajmujących się zdrowiem psychicznym w kraju (publiczne i prywatne placówki zdrowia psychicznego, w tym prywatne praktyki; z wyłączeniem personelu podstawowej / ogólnej opieki zdrowotnej): [Łączna liczba specjalistów]. Odejmując [psychiatrów]. Przeliczenie na standardową populację i pomnożenie przez 100 000.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Łączna liczba psychiatrów (na 100 000 mieszkańców)	Całkowita liczba psychiatrów w kraju (w publicznych i prywatnych placówkach zdrowia psychicznego, w tym w ramach prywatnej praktyki). Przeliczona na standardową populację i pomnożona przez 100 000.
Wizyty ambulatoryjne w zakresie zdrowia psychicznego (wskaźnik na 100 000 mieszkańców)	Mediana wskaźnika (na 100 000 mieszkańców) wizyt związanych ze zdrowiem psychicznym w placówkach ambulatoryjnych (w tym środowiskowych i innych placówkach ambulatoryjnych).
Odsetek osób z psychozą korzystających z usług w ciągu ostatnich 12 miesięcy (%)	Odsetek osób z psychozą, które otrzymały opiekę w szpitalnych lub ambulatoryjnych placówkach zdrowia psychicznego spośród osób, u których szacuje się, że cierpią na tę chorobę w okresie 12 miesięcy. Wskaźnik wykorzystania usług przez osoby z psychozą oblicza się na podstawie całkowitej liczby osób przyjętych do placówek stacjonarnych i leczonych w ambulatoryjnych ośrodkach zdrowia psychicznego na 100 000 mieszkańców.
Łączna liczba łóżek psychiatrycznych (liczba na 100 000 mieszkańców)	Mediana wskaźnika (na 100 000 mieszkańców) łóżek w placówkach zdrowia psychicznego.
Odsetek pacjentów hospitalizowanych przebywających w szpitalach psychiatrycznych krócej niż 1 rok	Odsetek pacjentów szpitali psychiatrycznych przebywających w nich krócej niż rok.
Odsetek pacjentów szpitali psychiatrycznych, którzy otrzymują terminową diagnozę, leczenie i obserwację stanu zdrowia fizycznego	Odsetek pacjentów szpitali psychiatrycznych, którzy otrzymują terminową diagnozę, leczenie i obserwację w zakresie chorób fizycznych.
Odsetek przymusowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych/na oddziały psychiatryczne	Odsetek przymusowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych.
Interwencje psychospołeczne w zakresie zdrowia psychicznego są dostępne i zapewniane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej	Wskaźnik binarny pokazujący, czy interwencje psychospołeczne są dostępne i zapewniane w ponad 75% ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, czy nie.
Funkcjonalna integracja zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną	Integracja zdrowia psychicznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 5-punktowej, samodzielnie ocenianej liście kontrolnej: 1) wytyczne dotyczące integracji zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną są dostępne i przyjęte na poziomie krajowym; 2) interwencje



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

	<p>farmakologiczne w zakresie schorzeń psychicznych są dostępne i zapewniane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej; 3) interwencje psychospołeczne w zakresie schorzeń psychicznych są dostępne i zapewniane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej; 4) pracownicy służby zdrowia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przechodzą szkolenia w zakresie zarządzania schorzeniami psychicznymi; 5) specjaliści ds. zdrowia psychicznego są zaangażowani w szkolenie i nadzór nad specjalistami podstawowej opieki zdrowotnej. (<math>\geq 4</math> = integracja funkcjonalna) (samoocena na podstawie 5-punktowej listy kontrolnej; <math>\geq 4</math> = integracja funkcjonalna).</p>
<p>Odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi, które otrzymują wsparcie społeczne<sup>28</sup></p>	<p>"Jaki odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi otrzymuje wsparcie społeczne?" - pytanie ankietowe. Dostępne kategorie odpowiedzi: 1) żadna osoba z zaburzeniami psychicznymi nie otrzymuje wsparcia społecznego od rządu, 2) niewiele lub niektóre osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi otrzymują wsparcie społeczne od rządu, 3) większość osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, a także niektóre z nieciężkimi zaburzeniami psychicznymi, otrzymuje wsparcie społeczne od rządu, 4) większość osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi otrzymuje wsparcie społeczne od rządu, 5) większość Pacjentów z poważnymi i nieciężkimi zaburzeniami psychicznymi otrzymuje wsparcie społeczne od rządu.</p>
<p>Zakres, w jakim istnieje oferta programów promocji i profilaktyki</p>	<p>Złożony wskaźnik pokazujący, czy oferują funkcjonalne programy krajowe w każdej z siedmiu kategorii promocji i profilaktyki :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zapobieganie samobójstwom,</li><li>2) świadomość zdrowia psychicznego/antystygmatyzacja,</li><li>3) rozwój wczesnego dzieciństwa,</li><li>4) profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w szkołach,</li></ol>

---

<sup>28</sup> W przypadku badania dzieci można realizujących obowiązki szkolny można dodać wskaźnik „Odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi, które otrzymują wsparcie psychologiczne w podmiotach oświaty”





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 
- 5) promocja i profilaktyka zdrowia psychicznego rodziców/matek,
  - 6) profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego związanego z pracą oraz
  - 7) zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne (MHPSS) w ramach gotowości na wypadek katastrof i/lub ograniczania ryzyka katastrof (DRR).
- Program uznaje się za "funkcjonalny" tylko wtedy, gdy spełnione są co najmniej dwie z następujących trzech cech:
- 1) dedykowane zasoby finansowe i ludzkie;
  - 2) określony plan wdrożenia oraz
  - 3) dowody postępu i/lub wpływu.
- 

Wskaźniki jakości w psychiatrycznej ochronie zdrowia odgrywają kluczową rolę w ocenie efektywności, bezpieczeństwa i dostępności usług zdrowotnych na poziomie systemowym. Dokument OECD opracowany przez Hermanna, Mattke (2024) i członków panelu OECD ds. opieki psychiatrycznej, dostarcza cennych rekomendacji dotyczących wyboru wskaźników dla opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego. Główne obszary wskaźników jakości opieki medycznej w zakresie zdrowia psychicznego:

- 1) leczenie,
- 2) ciągłość opieki,
- 3) koordynacja opieki,
- 4) wyniki leczenia.

Wskaźniki jakości zostały wybrane w sposób spełniający wstępne kryteria selekcji: mierzą jakość świadczonej opieki, koncentrują się na jakości opieki a nie na kosztach czy wykorzystaniu usług, są zbudowane na pojedynczej pozycji, mogą być użyteczne w ocenie jakości na poziomie systemu opieki zdrowotnej, a także mogą być skonstruowane na podstawie danych administracyjnych z użyciem jednolitych systemów kodowania, takich jak kody ICD lub DSM. Rozumienie i stosowanie wskaźników jakości ma istotne znaczenie dla praktyki klinicznej i polityki zdrowotnej, umożliwiając identyfikację luk i potencjalnych obszarów do poprawy. Na przykład, monitorowanie terminowości ambulatoryjnych wizyt kontrolnych po hospitalizacji może pomóc w identyfikowaniu pacjentów, którzy nie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

otrzymują odpowiedniej kontynuacji opieki oraz w rozwijaniu interwencji mających na celu poprawę tych wskaźników. Wprowadzenie skutecznego zarządzania przypadkiem i koordynacji opieki wymaga zaangażowania wielu różnych profesjonalistów i może przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów oraz zwiększenia efektywności systemu opieki zdrowotnej.

### **Wyzwania we wdrażaniu wskaźników jakości**

Wdrażanie wskaźników jakości w opiece psychiatrycznej może napotykać na różne przeszkody, takie jak ograniczone zasoby, opór ze strony personelu, trudności z gromadzeniem i analizą danych czy brak jednolitych standardów i wytycznych. Do wdrożenia zasad VBHC potrzebny jest jednolity opis interwencji, ich kosztów i kwalifikacji personelu wymaganego do ich realizacji (Killaspy, 2006). W przypadku szybkiego ujęcia wybranych wskaźników w algorytmach rozliczeniowych ryzykiem jest skupienie się świadczeniodawców głównie na nich. Z badań wynika, że świadczeniodawcy prywatni osiągają lepsze wyniki w zakresie zakontraktowanych wskaźników, np. czas reakcji, ale osiągają gorsze wyniki w tych kwestiach, których akurat nie ujęto w bodźcach finansowych (Knutsson i Tyrefors, 2022).

W przypadku opieki środowiskowej dodatkowo należy się spodziewać swoistych efektów zewnętrznych, polegających na wpływie podmiotów znajdujących się poza kontrolą danego CZP na stan zdrowia psychicznego populacji, a nawet - na ścieżki i zachowania pacjentów. Z dużą ostrożnością należy podchodzić do stosowania wskaźników epidemiologicznych, takich jak np. liczba samobójstw czy prób samobójczych, do monitorowania jakości i efektywności opieki środowiskowej w psychiatrii.

Ponieważ skala efektów zdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego zawsze zależeć będzie od kształtu i jakości rozwiązań przyjętych w innych politykach publicznych, w szczególności z zakresu zabezpieczenia społecznego, niezbędny wydaje się ich pomiar, a następnie ocena ich wpływu na korzystanie ze świadczeń medycznych i skuteczność podejmowanych interwencji ukierunkowanych na zdrowie psychiczne (por. Simpson i in. 2021).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Kluczowe jest zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron, w tym pracowników ochrony zdrowia i pacjentów, w proces tworzenia i wdrażania wskaźników. Szkolenie i edukacja personelu są niezbędne do zapewnienia zrozumienia i akceptacji wskaźników. Ponadto, ważne jest stosowanie technologii informatycznych do ułatwienia zbierania i analizy danych. Współpraca międzysektorowa i tworzenie jednolitych standardów mogą również pomóc w przewyżnianiu wyzwań.

### **Przyszłe trendy i innowacje**

Wraz z postępowaniem technologicznym, obserwujemy dynamiczny rozwój narzędzi cyfrowych mających na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej. Aplikacje mobilne i platformy online stają się coraz bardziej integralną częścią systemów monitorowania jakości opieki, oferując dostęp do natychmiastowych danych i analiz. Zwiększone wykorzystanie analizy dużych zbiorów danych (big data) umożliwia głębsze zrozumienie efektywności leczenia oraz identyfikację potencjalnych obszarów do optymalizacji. Te technologie nie tylko zwiększają precyzję diagnoz i skuteczność terapii, ale także personalizują proces leczenia, dostosowując go do unikalnych potrzeb i preferencji każdego pacjenta. Przyszłość przyniesie jeszcze więcej innowacji w zakresie personalizacji wskaźników jakości, które pozwolą na jeszcze lepsze dostosowanie opieki.

Rozwój zaawansowanych metod analizy danych i integracja sztucznej inteligencji (AI) otwierają nowe możliwości w przewidywaniu wyników leczenia i wczesnym identyfikowaniu ryzyka komplikacji. Sztuczna inteligencja, dzięki zdolności do przetwarzania ogromnych ilości informacji w krótkim czasie, może znacząco przyczynić się do poprawy efektywności terapii oraz do personalizacji procesów diagnostycznych i leczniczych. Wprowadzenie tych technologii do praktyki medycznej wymaga jednak odpowiednich ram prawnych, etycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa danych pacjentów. Konieczne jest także szkolenie personelu medycznego w zakresie nowych narzędzi cyfrowych, aby maksymalnie wykorzystać ich potencjał w poprawie jakości opieki zdrowotnej. Wraz z rozwojem tych technologii, systemy opieki zdrowotnej będą mogły oferować bardziej skuteczne, efektywne

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

i spersonalizowane usługi, odpowiadając na indywidualne potrzeby pacjentów i przyczyniając się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji.

## Podsumowanie

W rozdziale zaprezentowano kompleksowe spojrzenie na wskaźniki jakości w psychiatrii, podkreślając ich kluczową rolę w ocenie i ulepszaniu opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Omówienie obejmuje szeroki zakres tematów, od różnorodności typów wskaźników, poprzez ich tworzenie, aż po zastosowania i metody oceny efektywności terapii. Szczególną uwagę zwrócono na wskaźniki zorientowane na pacjenta, które uznaje się za niezbędne do mierzenia rzeczywistej jakości opieki i jej wpływu na życie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Podkreślono również wyzwania związane z wdrożeniem i utrzymaniem skutecznych systemów wskaźników, takie jak potrzeba standaryzacji, ryzyko nadmiernej biurokratyzacji, a także trudności w interpretacji zebranych danych. W rozdziale zaznaczono, że ciągłe doskonalenie opieki psychiatrycznej wymaga nie tylko stosowania wskaźników jakości, ale także adaptacji i zmian opartych na informacjach uzyskanych od pacjentów oraz wynikach badań. Przyszłe kierunki rozwoju wskaźników jakości w psychiatrii mogą też obejmować większe wykorzystanie technologii cyfrowych i danych wielkoskalowych (big data), co może znacząco poprawić możliwości analizy i dostosowywanie terapii do potrzeb indywidualnych pacjentów, pod warunkiem wcześniejszej standaryzacji formatów i zakresów zbieranych danych. Rozwój sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego może przyczynić się do lepszego przewidywania wyników leczenia oraz identyfikacji obszarów wymagających interwencji. Ważne jest, aby te nowe podejścia były rozwijane w sposób etyczny i zorientowany na dobro pacjentów, zawsze z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb i preferencji.

Zaproponowane wskaźniki w tym rozdziale mogą być podstawą dyskusji wokół rozumienia jakości w psychiatrii dzieci i dorosłych. Efektywne wykorzystanie wskaźników jakości w psychiatrii ma fundamentalne znaczenie dla poprawy opieki nad pacjentami. Wyzwania, jakie niesie za sobą ich implementacja, wymagają ciągłej uwagi i zaangażowania



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ze strony profesjonalistów zdrowia psychicznego, aby zapewnić, że opieka psychiatryczna nieustannie ewoluuje i odpowiada na zmieniające się potrzeby pacjentów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Baggaley, M. R. (2020). Value-based healthcare in mental health services. *BJPsych Advances*, 26(4), 198-204. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.82>
- Budrionis, A., Bellika, J. G. (2016). The Learning Healthcare System: Where are we now? A systematic review. *Journal of biomedical informatics*, 64, 87–92.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.018>
- Countdown for Global Mental Health 2030. (2023).  
<https://unitedgmh.org/app/uploads/2022/01/Countdown-Mental-Health-Report-2030-Nov23.pdf>
- Hermann, R., Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers, 17, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/388745076135>.
- Killaspy, H. (2006). Psychiatric out-patient services: origins and future. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(5), 309-319. <https://doi.org/10.1192/apt.12.5.309>
- Knutsson, D., Tyrefors, B. (2020). Quality and Efficiency Between Public and Private Firms: Evidence From Ambulance Services. IFN Working Paper No. 1365, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3713065>
- Lora, A., Monzio Compagnoni, M., Allevi, L., Barbato, A., Carle, F., D'Avanzo, B., Di Fiandra, T., Ferrara, L., Gaddini, A., Leogrande, M., Saponaro, A., Scodotto, S., Tozzi, V. D., Carbone, S., Corrao, G., & 'QUADIM project' and 'Monitoring and assessing diagnostic-therapeutic paths (MAP)' working groups of the Italian Ministry of Health (2022). The quality of mental health care delivered to patients with schizophrenia and related disorders in the Italian mental health system. The QUADIM project: a multi-regional Italian investigation based on healthcare utilization databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e15. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000014>
- OECD. (2004). Health Technical Papers No. 17: Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries.  
<https://www.oecd.org/els/health-systems/33865630.pdf>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Percudani, M. E., Iardino, R., Porcellana, M., Lisoni, J., Brogonzoli, L., Barlati, S., Vita, A. (2023). The Patient Journey of Schizophrenia in Mental Health Services: Results from a Co-Designed Survey by Clinicians, Expert Patients and Caregivers. *Brain sciences*, 13(5), 822. <https://doi.org/10.3390/brainsci13050822>
- Porter M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, 248(4), 503–509. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af>
- Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bamba, C., Brown, H. (2021). Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: A systematic review of observational studies in high-income countries. *Social science & medicine* (1982), 272, 113717. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113717>
- Sottish Government. (2018). *Mental Health Quality Indicators: Background and Secondary Definitions*, <https://www.gov.scot/publications/mental-health-quality-indicators-background-secondary-definitions/>
- Tannenbaum, C., Lexchin, J., Tamblyn, R., & Romans, S. (2009). Indicators for measuring mental health: towards better surveillance. *Healthcare policy = Politiques de sante*, 5(2), e177–e186. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.21180>
- van Staalduinen, D. J., van den Bekerom, P., Groeneveld, S., Kidanemariam, M., Stiggelbout, A. M., & van den Akker-van Marle, M. E. (2022). The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC health services research*, 22(1), 270-278. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07489-2>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Zmiany prawne i systemowe w okresie realizacji projektu oraz propozycje kierunku zmian legislacyjnych

Piotr Przewłocki

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, pprzewlocki@dznp.pl

### Streszczenie

Rozdział odnosi się do zmian w obowiązujących przepisach w okresie realizacji projektu oraz jego wpływu na kierunek zmian legislacyjnych i zmian w zakresie podejścia systemowego, a także porusza problematykę sposobu finansowania opieki z zakresu zdrowia psychicznego. Przedstawia pokrótce wprowadzenie poziomów referencyjnych wraz z ich krótką charakterystyką oraz koncepcję odejścia od azylowego modelu opieki na rzecz wdrażania i rozwoju opieki środowiskowej. W rozdziale zawarte są konkretne propozycje i szersze postulaty potencjalnych zmian legislacyjnych uwzględniających m.in. zmiany i uzupełnienia w zakresie funkcjonujących definicji prawno-pojęciowych, dodanie nowych terminów lub aktualizację obecnych, które odnoszą się do osób dotkniętych problemami zdrowia psychicznego (wraz z propozycjami konkretnych rozwiązań). Ponadto przedstawione zostały nieco szersze rozważania i płynące z nich wnioski na temat kwestii organizacyjno-systemowych odnoszących się do świadczeń i opieki z zakresu zdrowia psychicznego, w tym m.in. kwestii profilaktyki i oddziaływań niebędących leczeniem sensu stricto. Niniejszy rozdział przedstawia wątpliwości w zakresie celowości poziomu szczegółowości prawnego regulowania określonych materii (np. narzucania struktury organizacyjnej). Wskazane zostały również najczęściej spotykane w praktyce tudzież generujące najwięcej wątpliwości kwestie natury prawnej (w szczególności związane z danymi osobowymi) oraz trudności wynikające z systemowego kształtu opieki (w szczególności sposobu jej organizowania i finansowania).

**Słowa kluczowe:** zmiana legislacyjna, ochrona danych osobowych, organizacja prawna usług

### Wprowadzenie

W chwili rozpoczęcia zintegrowanego projektu pt. „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” i testowania Modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

oraz Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży<sup>29</sup> koncepcja deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej łączącej także usługi społeczne stanowiła novum na gruncie ówczesnego systemu usług publicznych. System ten skupiał się głównie na leczeniu o charakterze stacjonarnym (azyłowym). Nie oznacza to, że wówczas nie dostrzegano potrzeby zmiany status quo, bowiem jak można zauważyć, charakterystyka Modelu jest zbieżna i spójna z celami szczegółowymi określonymi w ramach rozdziału 2 poz. 2, pkt 1–3) Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, stanowiącego załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022<sup>30</sup>.

W okresie realizacji Projektu i na etapie wciąż trwającego testowania Modelu okresowe wyniki, wyciągane na bieżąco wnioski, jak również pojawiające się problemy były sygnalizowane przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia oraz innych podmiotów centralnej administracji państwowej zajmujących się kształtowaniem systemu opieki zdrowotnej, m.in. członkom Zespołu do spraw wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Osoby z ww. kręgów wykazywały zainteresowanie bieżącym przebiegiem testowania Modelu, m.in. poprzez spotkania i panele dyskusyjne/eksperckie z udziałem przedstawicieli podmiotów realizujących Projekt oraz projekty lokalne składające się na projekt zintegrowany. Uzasadnione zatem wydaje się przypuszczenie, iż wskutek powyższego doszło do zmian legislacyjnych w zakresie modelu opieki w obszarze zdrowia psychicznego oraz sposobu realizacji i wdrażania rozwiązań systemowych. Istotna część tych zmian i wdrażanych rozwiązań bezpośrednio koresponduje z założeniami Modelu, stanowiąc swego rodzaju przynajmniej częściowe wdrażanie jego koncepcji jako modelu opieki w obszarze zdrowia psychicznego w Polsce. Uprawnione wydaje się być również stwierdzenie, iż panuje zgoda branżowa co do kierunku koncepcji, której wyrazem jest Model. Powyższa okoliczność wymaga zatem zaznaczenia potencjalnego rezultatu/wpływu realizacji Projektu i testowania Modelu na (1) rzeczywistość opieki w

---

<sup>29</sup> Ze względu na przejrzystość rozdziału, gdy Autor będzie odnosił się do projektu pt. „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” stosowany będzie termin *Projekt*. W przypadku odnoszenia się do Modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych oraz Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży stosowany będzie termin *Model*.

<sup>30</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zakresie zdrowia psychicznego w Polsce oraz (2) skalę propozycji zmian legislacyjnych, bowiem rozpoczęły się one już w trakcie realizacji Projektu, obierając kierunek korespondujący z koncepcją Modelu. Testowanie Modelu ujawniło jednakże kwestie wymagające dalszych zmian (legislacyjnych, systemowych) w celu bardziej efektywnego wdrożenia Modelu i zapewnienia sprawności i spójności jego funkcjonowania.

Jako najistotniejsze zmiany o charakterze legislacyjnym w okresie testowania Modelu należy uznać wejście w życie takich aktów, jak Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>31</sup> oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>32</sup>. Treść tych rozporządzeń wprowadza na szerszą skalę i umożliwia implementację rozwiązań środowiskowego modelu opieki z zakresu zdrowia psychicznego zawartych w ramach Modelu, przede wszystkim w odniesieniu do modelu opieki w zakresie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Prawnie usankcjonowane zostało przejście ze sposobu rozumowania opartego na centralnym miejscu szpitala psychiatrycznego na model środowiskowy, który został wpisany w trzy poziomy referencyjności skonstruowane na kształt piramidy.

Podstawę owej piramidy – I poziom referencyjny – stanowią ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dzieci i młodzieży, prowadzące poradnie psychologiczne dla dzieci i młodzieży, zatrudniające psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych. Podmioty te mają w założeniu pełnić rolę zlokalizowanych możliwie blisko miejsca zamieszkania ośrodków pierwszego kontaktu dla osób szukających wsparcia, których celem jest jak najwcześniejsze zażegnanie kryzysu niewymagającego diagnozy psychiatrycznej ani farmakoterapii. Według wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (m.in. wiceministra Macieja Miłkowskiego z początku 2022 roku<sup>33</sup>), ośrodki I poziomu referencyjnego powinny docelowo funkcjonować w każdym powiecie lub grupie powiatów, zaś ich pracownicy powinni współpracować ze środowiskiem lokalnym, w

<sup>31</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

<sup>32</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001640>

<sup>33</sup> <https://politykazdrowotna.com/artykul/psychiatria-reforma-wciaz-nie-rozwiazala-problemow/823551>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

szczegółności ze szkołami i poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Według danych Ministerstwa Zdrowia na dzień 9 lutego 2022 r. na terenie całego kraju funkcjonuje 345 ośrodków I poziomu<sup>34</sup>. Drugi poziom referencyjny to Centra Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, które przeznaczone są dla pacjentów wymagających bardziej intensywnej opieki. Ich strukturę tworzą poradnie zdrowia psychicznego, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny oraz Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego). Ośrodki tego poziomu oprócz psychologów i psychoterapeutów zatrudniają również lekarzy psychiatrów. Wedle założeń Ministerstwa Zdrowia powinno wystarczyć jedno Centrum Zdrowia Psychicznego na kilka sąsiadujących powiatów.

Najwyższy, III poziom referencyjności stanowią ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej, ze strukturą obejmującą dodatkowo (poza poradnią zdrowia psychicznego i oddziałem dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym w ramach III poziomu referencyjnego) izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy (a w szpitalu ogólnym osobny dział przyjęć) oraz oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. W uproszczeniu są to szpitale i oddziały psychiatryczne realizujące zarówno przyjęcia planowe, jak również przyjmujące pacjentów w stanach nagłych, generujących zagrożenie zdrowia i życia. Ministerstwo Zdrowia zakłada, iż na każde województwo powinna przypadać co najmniej jedna placówka III poziomu.

Wprowadzone przywołanymi przepisami rozwiązania co do idei i kierunku korespondują z założeniami Modelu i jego charakterystyką, stanowiąc – na poziomie legislacyjnym – swoiste przejście na płaszczyznę realizacji idei deinstytucjonalizacji i leczenia o charakterze środowiskowym i lokalnym. Aktualne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wprowadza w formalny obieg prawny szereg pojęć z zakresu psychiatrii środowiskowej i opartego na niej Modelu, w tym zawód terapeuty środowiskowego, a dodatkowo porządkuje wiele wymogów odnośnie do personelu dedykowanego do udzielania świadczeń, korespondujących z potrzebami Modelu oraz wprowadzanymi poziomami referencyjnymi.

---

<sup>34</sup> <https://politykazdrowotna.com/arttykul/psychiatria-reforma-wciaz-nie-rozwiazala-problemow/823551>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Przedmiotowe regulacje stały się w następnie podstawą zmian w zakresie sposobu kontraktowania świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez płatnika publicznego – Narodowy Fundusz Zdrowia – przede wszystkim w zakresie świadczeń opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień<sup>35</sup> oraz dalsze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie). Począwszy od początku 2020 roku oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia zaczęły organizować konkursy na lokalnie realizowane świadczenia w zakresie działalności ośrodków I poziomu referencyjnego, co spowodowało rozpoczęcie działalności przez liczne tego rodzaju ośrodki już od II kwartału 2020 roku. Niefortunnie na ów okres nałożył się wybuch pandemii COVID-19 na terenie Polski. Spowodowało to różne perturbacje w zakresie możliwości bieżącego funkcjonowania i przyjmowania pacjentów przez te ośrodki, a co za tym idzie – z uwagi na przyjęty przez Narodowy Fundusz Zdrowia model sposobu dokonywania rozliczeń – także finansowania działalności tych ośrodków, co jest jednak osobną kwestią, która zostanie poruszona w kolejnej części rozdziału.

Należy również odnotować, że we wrześniu 2023 roku weszły w życie kolejne zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Korespondowały one ze standardami wypracowanymi w ramach testowania Modelu, w tym odnosiły się do diagnozowania, koordynowania opieki oraz wymogów personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, wprowadzały nowe definicje i świadczenia oraz określały niezbędny poziom kwalifikacji i doświadczenia personelu.

Do zmian legislacyjnych przyczyniających się do urzeczywistnienia możliwości wdrażania Modelu należy również zaliczyć wprowadzenie kwalifikacji rynkowej asystenta zdrowienia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, działającego na podstawie Ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji<sup>36</sup> pod formalną nazwą „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z

---

<sup>35</sup> <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-72020dsoz,7116.html>

<sup>36</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20160000064>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)” [zob. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 maja 2022 r.<sup>37</sup>].

Omawiając zmiany legislacyjne w okresie realizacji Projektu i testowania Modelu, nie sposób nie wspomnieć również o Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego<sup>38</sup> przede wszystkim w kontekście jego kształtu od dnia 3 listopada 2020 roku<sup>39</sup>, uwzględniającego zmiany z lat 2018–2020. Koncepcja Centrum Zdrowia Psychicznego jest bliska założeniom Modelu i w dużej mierze zbieżna z jego celami, w szczególności w zakresie idei deinstytucjonalizacji i środowiskowego, lokalnego charakteru opieki na rzecz zdrowia psychicznego, stanowiąc swoisty, publiczno-administracyjny sposób praktycznej weryfikacji rozwiązań silnie zbliżonych do testowanego Modelu. Po przedłużeniu programu idea Centrum Zdrowia Psychicznego jest na bieżąco rozwijana i modyfikowana w kierunku środowiskowego modelu opieki, czerpiąc obficie z koncepcji Modelu i doświadczeń zdobytych na kanwie realizacji Projektu (część podmiotów realizujących pilotaż była uczestnikami Projektu).

Bez względu jednak na generalny kierunek zmian legislacyjno-organizacyjnych zachodzących w okresie testowania Modelu (choć także w związku z takimi zmianami dało się już zauważyć, jakie są bolączki przyjmowanych rozwiązań, o czym jeszcze będzie mowa), pomimo że co do zasady wdrożenie Modelu nie wymagało wprowadzania istotnych zmian legislacyjnych na szeroką skalę (wiele dostrzeżonych problemów czy trudności okazało się rozwiązywalnych przy użyciu istniejących narzędzi oraz konstrukcji prawnych), podczas realizacji Projektu dostrzeżono także zasadność wprowadzenia zmian legislacyjnych mniejszego kalibru. Takie zmiany mogłyby usprawnić praktyczne funkcjonowanie Modelu, rozwiązać pojawiające się wątpliwości (których usunięcie wymaga ukształtowania się linii orzeczniczej lub wykształcenia określonej, powszechnie akceptowalnej praktyki, co w obu przypadkach jest procesem potencjalnie długotrwałym) lub ograniczyć ilość formalności koniecznych do dopełnienia celem zapewnienia działania zgodnie z literą prawa. Dalsza część opracowania skupia się na rekomendacji tego rodzaju zmian legislacyjnych, w ostatniej zaś

<sup>37</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220000581>

<sup>38</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000852>

<sup>39</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002086>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

fazie porusza kwestie immanentnie związane z wprowadzaniem wszelkiego rodzaju zmian, tzn. dotyczące sposobu finansowania.

### **Definicje i pojęcia dotyczące świadczeń zdrowotnych oraz ich zakres**

Model zakłada, że elementem działalności Centrów Zdrowia Psychicznego jest m.in. profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego oraz dążenie do zapewnienia osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi możliwie niezakłóconego, wolnego od ograniczeń i uprzedzeń sposobu funkcjonowania. Tymczasem w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zwłaszcza zaś wśród załączników zawierających szczegółowy wykaz świadczeń, brakuje odniesień do ww. elementów (co sugeruje w ogóle pozostawienie ich poza systemem opieki gwarantowanej), w tym rozróżnienia na działania czysto prewencyjne (zapobiegawcze) oraz mające charakter już terapeutyczny, jako dotyczące osób dotkniętych zaburzeniami. W tej sytuacji można zaproponować modyfikację pojęcia *świadczenie terapeutyczne*, nadając mu brzmienie następujące:

***świadczenie terapeutyczne*** – działania służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia psychicznego, w szczególności korekcie zaburzeń psychicznych i/lub zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację oraz zapobieganie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jednocześnie, mając na uwadze, że powyższa definicja stanowi rozszerzenie dotychczasowego pojęcia, poprzez dodanie do niego elementów niebędących w istocie rodzajem terapii, warte rozważenia jest zastąpienie pojęcia *świadczenie terapeutyczne* pojęciem *świadczenie zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego*, które w sposób bardziej właściwy oddaje charakter i zakres omawianego rodzaju świadczeń. Otwartym pozostaje wprawdzie pytanie, czy nie będzie to generować zbędnego zamętu pojęciowego. Z jednej strony priorytetowym celem proponowanej zmiany jest bowiem objęcie definicją pełnego

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

spektrum wsparcia przewidzianego Modelem, nie zaś purystyczna poprawność językowa. Z drugiej strony tego rodzaju zmiana pojęciowa pozwoliłaby w sposób bardziej wyrazisty podkreślić kierunek i charakter dokonywanej zmiany, co jest o tyle istotne, że mowa jest tutaj o zmianie pewnego podejścia.

Wracając do istoty pierwotnego wątku, za wskazane należy również uznać dodanie do katalogu pojęć w ramach ww. rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia definicji pojęcia promocji zdrowia psychicznego, o kształcie następującym:

***promocja zdrowia psychicznego*** – działania umożliwiające zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia psychicznego i umożliwiającymi jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu psychicznemu, a także działania na rzecz kształtowania pozytywnych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ponadto, mając na uwadze, że świadczenie terapeutyczne w zaproponowanym wyżej kształcie odnosić się będzie do działań wobec osób ze stwierdzonym rozpoznaniem zaburzenia psychicznego, a jednocześnie istniejące założenie Modelu traktuje o objęciu opieką również osób z problemami zdrowia psychicznego bez rozpoznania zaburzenia, zaś przede wszystkim o wspieraniu otoczenia pacjenta (w tym zwłaszcza członków jego najbliższej rodziny), to należy zaproponować dodanie pojęcia *świadczenie pomocowe*:

***świadczenie pomocowe*** – działanie profilaktyczne typu profilaktyki wskazującej dotyczące osób z problemami zdrowia psychicznego bez rozpoznania zaburzenia psychicznego oraz członków ich rodzin obejmujących małżonków, wstępnych, zstępnych oraz rodzeństwo.

Powyższe pozwoli na uwzględnienie okoliczności, że część osób z problemami zdrowia psychicznego lub w kryzysie psychicznym nie spełnia kryterium diagnostycznego lub na etapie pierwszego kontaktu nie jest jeszcze zdiagnozowana przez lekarza. Natomiast zapewnienie



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

możliwości wczesnej pomocy (tudzież interwencji kryzysowej) wymaga ujęcia innego niż odnoszącego się wyłącznie do osób z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego.

Jednocześnie wykaz świadczeń powinien zawierać szczegółowe warunki udzielania świadczeń terapeutycznych i pomocowych (profilaktyka wskazująca) oraz prowadzenia promocji zdrowia psychicznego (w tym profilaktyki uniwersalnej i selektywnej oraz kształtowania pozytywnych postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – przeciwdziałanie stygmatyzacji) przez podmioty lecznicze.

Mając na uwadze rosnące znaczenie problematyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, należałoby również rozszerzyć pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez uwzględnienie zakłóceń rozwoju psychicznego. Właściwym miejscem na przedmiotowe rozszerzenie wydaje się być art. 3 ust. 1 lit. c) Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>40</sup>, który z uwzględnieniem postulowanej zmiany uzyskałby brzmienie następujące:

*wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych **lub zakłócenia rozwoju psychicznego**, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym; [...].*

W dalszej kolejności należy uwzględnić, że Model zakłada wsparcie również dla osób z sieci społecznej osoby z problemami zdrowia psychicznego, w tym przede wszystkim rodziny. Tymczasem dodany do wspomnianej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego art. 5a mówi, że:

*Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.*

---

<sup>40</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19941110535>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Zgodnie z założeniami Modelu uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych powinny być osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodziny, osoby z osobistej sieci społecznej. Należałoby więc poszerzyć grupę docelową uprawnioną do świadczeń zdrowotnych, w tym szczególnie w zakresie oddziaływań psychospołecznych. Oddziaływania o charakterze biologicznym (biomedycznym) mogą pozostać zastrzeżone dla właściwych pacjentów, tzn. osób ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi.

### **Miejsce udzielania świadczeń i pomoc doraźna**

Ideą Modelu jest m.in. udzielanie pomocy środowiskowej w miejscu pobytu pacjenta, niekoniecznie zaś (a przynajmniej niewyłącznie) w zinstytucjonalizowanych, przeznaczonych do tego ośrodkach (w znaczeniu lokalizacyjnym). Przywołane już Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach świadczeń stacjonarnych umiejscawia izbę przyjęć:

*§ 3 Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:*

*1) stacjonarnych:*

- a) psychiatrycznych,*
- b) leczenia uzależnień,*
- c) w izbie przyjęć; [...]*

nie przewidując możliwości świadczeń stacjonarnych w miejscu faktycznego udzielania pomocy. Rozwiązanie takie przewidziano natomiast w ramach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego:

*§ 7*

*1. Świadczeniodawca prowadzący centrum udziela świadczeń opieki zdrowotnej*

*w warunkach:*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

1) *stacjonarnych:*

a) *psychiatrycznych,*

b) *w miejscu udzielania pomocy doraźnej; [...]*

Jako że ww. rozporządzenie pilotażowe jest ze swej natury rozwiązaniem o charakterze tymczasowym, natomiast rodzaj rozwiązania jest zbieżny z potrzebami Modelu, w pierwszej kolejności należy postulować dodanie tego rodzaju sformułowania (lub o analogicznym charakterze) do rozporządzenia dotyczącego świadczeń gwarantowanych, jako pkt 1 lit. d) w ramach wyżej przywołanego przepisu. Jednocześnie z wprowadzeniem tej formy świadczenia stacjonarnego pojawia się konieczność zwrócenia uwagi na pojęcie pomocy doraźnej.

Pojęcie pomocy doraźnej nie jest zdefiniowane na gruncie ochrony zdrowia psychicznego. Pojawia się wprawdzie w przepisach, jednakże w kontekście ratownictwa medycznego definiowana jest jako akcja lub wyjazd ratowniczy, co w istocie pomija przypadki z zakresu zdrowia psychicznego. Wskazane jest więc ukształtowanie nowej, rozszerzonej definicji pomocy doraźnej, bardziej użytecznej w kontekście ochrony zdrowia psychicznego. Mogłaby ona mieć brzmienie następujące:

***pomoc doraźna*** – świadczenie zdrowotne udzielane natychmiastowo, w tym anonimowo, poza planem terapii, o charakterze i intensywności dostosowanej do potrzeb; pomoc psychologiczna, lekarska, pielęgniarska, ratunkowa.

### **Pojęcia stygmatyzujące**

Model zakłada również działania na rzecz zapobiegania wykluczeniu, stygmatyzowaniu i dyskryminowaniu wskutek problemów ze zdrowiem psychicznym. Tymczasem część starszych aktów prawnych, jak Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, pomimo wielu nowelizacji, wciąż zawiera pojęcia obecnie uważane za stygmatyzujące i/lub dyskryminujące:

*Art. 3. Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 1) *osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:*
  - a) **chorej psychicznie** (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),
  - b) **upośledzonej umysłowo**, [...]

Do takich należą przytoczone wyżej określenia osoby „chorej psychicznie” oraz „upośledzonej umysłowo”. Celem zapobiegania ww. negatywnym zjawiskom (wykluczenia, stygmatyzacji, dyskryminacji) należy dążyć do zastępowania ich pojęciami o bardziej neutralnym charakterze, niemających zabarwienia odbieranego jako pejoratywne. Jako sugestie tego rodzaju zmian można podać spotykane w literaturze branżowej określenia typu „osoba z problemem zdrowia psychicznego”, „osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego”, „osoba z problemami emocjonalnymi i zachowania”. I tak zamiast pojęcia osoby chorej psychicznie można zaproponować pojęcie osoby „ze schorzeniem z zakresu zdrowia psychicznego”, zaś w miejsce pojęcia osoby upośledzonej umysłowo można wprowadzić pojęcie osoby „z ograniczeniami w zakresie zdrowia psychicznego”.

### **Przekazywanie danych osobowych**

W ramach wdrażania systemu opieki i pomocy opartej na Modelu materiały budzące jedne z największych wątpliwości i obaw jest kwestia przepływu i zarządzania danymi osobowymi. Początek realizacji Projektu zbiegł się czasowo z wejściem w życie tzw. RODO, czyli Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Regulacje przedmiotowego aktu wywołują wiele obaw i kontrowersji wśród podmiotów będących potencjalnymi członkami sieci wsparcia osób z problemami z zakresu zdrowia psychicznego.

Jednym z założeń Modelu jest szeroko zakrojone wsparcie społeczne tzw. użytkowników świadczeń, w tym m.in. poprzez zaangażowanie w pomoc ośrodków opieki społecznej oraz oświatowych. Regulacje RODO kładą jednakże szczególny nacisk na ochronę danych zwanych danymi szczególnej kategorii, do których należą dane dotyczące stanu zdrowia (art. 9 RODO). Istotnie ograniczają one (czy też nieraz wręcz wyłączają) możliwość

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

przekazywania danych osobowych wobec regulacji ogólnych przewidzianych w art. 6 RODO. Wprowadzie nadal istnieje podstawowa, nadrzędna zasada dyspozycji danymi po stronie osoby, której dane dotyczą (lub jej przedstawiciela ustawowego w odniesieniu do dzieci i młodzieży, tudzież osób z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych), tym niemniej wymaga to każdorazowego jej pozyskiwania dla ściśle zdefiniowanych celów. Nie jest to niemożliwie i daje się rozwiązać przy użyciu istniejących narzędzi prawnych, niemniej stanowi dodatkową trudność operacyjną, jak również wywołuje nieraz niezrozumienie po stronie samych uprawnionych (pomijając ograniczenia w możliwości zrozumienia istoty zgody po stronie części z nich).

Rozumiejąc wartość ochrony danych osobowych, zwłaszcza tak wrażliwych, jak dane dotyczące stanu zdrowia lub z nim związane, jak również celowość pozostawienia dyspozycyjności w tym zakresie co do zasady po stronie osób, których dane dotyczą, na rozważenie zasługuje jednak wzięcie pod uwagę możliwości ustawowego wskazania dopuszczalności przekazywania danych osobowych osób objętych opieką jednej spośród instytucji realizujących wsparcie osób z problemami z zakresu zdrowia psychicznego na rzecz innych instytucji z sieci wsparcia społecznego.

De lege ferenda, zakładając realizację potencjalnych planów ustawodawczych wprowadzenia nieograniczonych czasowo regulacji dotyczących funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego (czego wyrazem jest m.in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego), należałoby postulować literalne wskazanie w takim akcie prawnym możliwości wzajemnego przekazywania danych osobowych pomiędzy podmiotami współpracującymi z podmiotem prowadzącym takie Centrum przy wspieraniu osób z problemami zdrowia psychicznego (bądź potencjalnie dedykowanymi do tego rodzaju współpracy), w zakresie niezbędnym do objęcia pomocą/udzielenia wsparcia takiej osobie przez dany podmiot, stosownie do przedmiotu jego działalności.

De lege lata natomiast, i to niezależnie od ewentualnej regulacji w hipotetycznym przyszłym akcie prawnym, o którym mowa powyżej, można zasugerować wprowadzenie zmian do już funkcjonujących przepisów, tzn. do Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>41</sup> oraz Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>42</sup>.

W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 26, po dotychczasowym ust. 4 można zaproponować dodanie ust. 4a o brzemieniu następującym:

*Dokumentacja medyczna podmiotu leczniczego prowadzącego centrum zdrowia psychicznego, którego zadaniem jest zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, może być udostępniana podmiotom uczestniczącym w działaniach tego podmiotu w obszarze zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności podmiotom opieki społecznej oraz oświaty, w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla realizacji ustawowych zadań centrum zdrowia psychicznego.*

W ustawie o pomocy społecznej w art. 100 można zaproponować dodanie ust. 2a o treści następującej:

*Podmioty i osoby realizujące zadania w zakresie pomocy społecznej określone w ustawie przetwarzają dane osobowe osób z zaburzeniami psychicznymi, do których stosuje się ustawę, oraz członków ich rodzin, w zakresie i celu niezbędnych do realizacji zadań wynikających z ustawy.*

W tym miejscu, jako że zasygnalizowany problem (tj. możliwość przepływu danych osobowych) wiąże się z koncepcją tzw. opieki koordynowanej (międzysektorowej), korespondującej z ideą opieki środowiskowej, wskazana zostanie również (jako godna uwagi) propozycja dalej idących niż ww. zmian w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Propozycja ta została wypracowana w ramach grupy roboczej do spraw koordynacji pomocy psychologicznej dla dzieci, powołanej Zarządzeniem nr 3 Przewodniczącego Rady Monitorowania Portfela Projektów Strategicznych z dnia 19 kwietnia 2023 r. według stanu na dzień 4 lipca 2023 r. Uwagi autora niniejszego rozdziału do ww.

---

<sup>41</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417>

<sup>42</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20040640593>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

propozycji zostaną wskazane w formie odwołań ze wskazaniem proponowanego alternatywnego brzmienia.

W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3 dodaje się punkty 8–11 w brzmieniu:

- 8) *skoordynowanym wsparciu, należy przez to rozumieć działalność statutową podmiotów, które udzielają świadczeń we współpracy z innymi podmiotami w celu poprawy funkcjonowania psychospołecznego dzieci i młodzieży;*
- 9) *osobie uprawnionej, odnosi się to do dzieci i młodzieży z trudnościami rozwojowymi, w tym z zaburzeniami psychicznymi oraz kryzysami psychicznymi, do ukończenia kształcenia w szkole ponadpodstawowej, uprawnionej do skoordynowanego wsparcia;*
- 10) *podmiocie wspierającym osobę uprawnioną, odnosi się to do jej przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu, oraz sieci oparcia społecznego dzieci i młodzieży;*
- 11) *sieci oparcia społecznego dzieci i młodzieży, odnosi się to do osób z najbliższego otoczenia społecznego dzieci i młodzieży, w szczególności grupy rówieśniczej oraz osób pracujących z dziećmi i młodzieżą.*

2) po art. 4a dodaje się art. 4b w brzmieniu:

**Art. 4b.** *1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w drodze umowy, zlecić podmiotowi podległemu lub nadzorowanemu, właściwemu w zakresie opieki psychiatrycznej, realizację jednego lub więcej zadań związanych z:*

- 1) *planowaniem, wdrażaniem i oceną zmian w organizacji i finansowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;*
- 2) *promocją zdrowia psychicznego;*
- 3) *profilaktyką zaburzeń psychicznych;*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 4) *inicjowaniem, monitorowaniem, konsultowaniem i analizą usług publicznych w obszarze zdrowia psychicznego;*
- 5) *wsparciem rozwoju współpracy międzysektorowej oraz zarządzania procesem zmiany w sieci współpracujących organizacji z obszaru zdrowia psychicznego;*
- 6) *wsparciem rozwoju kompetencji kadr mających zastosowanie w ochronie zdrowia psychicznego.*

2. *Środki na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje w formie dotacji celowej.*

- 3) po rozdziale 1 dodaje się rozdział 1a w brzmieniu:

#### *Rozdział 1a*

#### ***Skoordynowane wsparcie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży***

**Art. 101. 1.** *W realizacji zadań polegających na udzielaniu skoordynowanego wsparcia uczestniczą:*

- 1) *jednostka systemu oświaty, do której uczęszcza osoba uprawniona:*
  - a) *przedszkole, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900);*
  - b) *szkoła, o której mowa w art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe;*
  - c) *placówka, o której mowa w art. 2 pkt 6–8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe;*
- 2) *podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991), udzielający świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży;*
- 3) *podmiot organizujący pracę z rodziną, o którym mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447, 1700, 2140 oraz z 2023 r. poz. 403, 535, 818);*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 4) *organizator rodzinnej pieczy zastępczej, o którym mowa w art. 76 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;*
  - 5) *powiatowe centrum pomocy rodzinie, o którym mowa w art. 112 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901) i inne podmioty realizujące zadania z zakresu wsparcia rodzin prowadzone przez powiat lub którym powiat powierzył realizację tych zadań;*
  - 6) *ośrodek interwencji kryzysowej, o którym mowa w art. 19 pkt 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;*
  - 7) *ośrodek pomocy społecznej, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;*
  - 8) *centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych (Dz. U. poz. 1818).*
- 2. W realizacji działań, o których mowa w ust. 1, mogą uczestniczyć, zgodnie z zadaniami realizowanymi w ramach działalności statutowej:*
- 1) *instytucja opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2023 r. poz. 204), do której uczęszcza osoba uprawniona;*
  - 2) *placówka wsparcia dziennego, o której mowa w art. 18 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;*
  - 3) *podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży;*
  - 4) *regionalny ośrodek polityki społecznej, o którym mowa w art. 185 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;*
  - 5) *ochotniczy hufiec pracy, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735);*
  - 6) *instytucja kultury, o której mowa w rozdziale 2 ustawy z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 194);*





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

7) *kurator sądowy, o którym mowa w art. 1 i 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 167 oraz z 2023 r. poz. 27).*

3. *Realizację działań, o których mowa w ust. 1, mogą wspierać organizacje pozarządowe działające na rzecz dzieci, młodzieży i rodzin w ramach działalności nieodpłatnej.*

4. *Obowiązkiem podmiotów, o których mowa w ust. 1, jest udzielanie osobom uprawnionym oraz podmiotom wspierającym osoby uprawnione wsparcia w sposób skoordynowany<sup>43</sup>.*

5. *Przez skoordynowanie, o którym mowa w ust. 4, rozumie się działania realizowane przez uprawnionych pracowników co najmniej dwóch podmiotów, o których mowa w ust. 1, polegające na<sup>44</sup>:*

- 1) *ustaleniu przyczyn trudności w funkcjonowaniu osoby uprawnionej, w tym zidentyfikowaniu czynników środowiskowych, które ograniczają funkcjonowanie osoby uprawnionej lub podmiotów wspierających osobę uprawnioną oraz zasobów w tym środowisku;*
- 2) *ustaleniu i realizacji priorytetowych działań ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania osoby uprawnionej, w tym poprzez likwidowanie barier i wzmacnianie zasobów, o których mowa w pkt 1;*
- 3) *wymianie informacji o realizacji działań, o których mowa w pkt 1 i 2.*

6. *Działania, o których mowa w ust. 5, są realizowane zgodnie z zasadami:*

- 1) *dbania o dobro dzieci i młodzieży oraz wspierania ich rozwoju osobowego;*
- 2) *międzysektorowości;*
- 3) *koncentracji na rodzinie jako naturalnym środowisku życia osoby uprawnionej;*
- 4) *wzmacniania więzi między rodzicami i ich dziećmi;*

---

<sup>43</sup> Rekomendowana propozycja brzmienia: *Obowiązkiem podmiotów, o których mowa w ust. 1, jest zapewnienie możliwości udzielania osobom uprawnionym oraz podmiotom wspierającym osoby uprawnione wsparcia w sposób skoordynowany.*

<sup>44</sup> Rekomendowana propozycja brzmienia: *Przez skoordynowanie, o którym mowa w ust. 4, rozumie się działania realizowane przez uprawnione osoby działające w ramach co najmniej dwóch podmiotów, o których mowa w ust. 1, polegające na: [...].*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 5) *kompleksowego podejścia do rozpoznawania potrzeb osób uprawnionych oraz podmiotów wspierających osoby uprawnione;*
- 6) *ciągłości oceny potrzeb i wsparcia osób uprawnionych na różnych etapach ich rozwoju;*
- 7) *odkrywania i rozwijania potencjału osób uprawnionych, budowania u nich poczucia własnej wartości i wpływu na własne życie;*
- 8) *aktualizacji wsparcia w odniesieniu do zmieniających się potrzeb osób uprawnionych oraz podmiotów wspierających osoby uprawnione;*
- 9) *partnerstwa w planowaniu i realizacji oferty wsparcia z włączaniem partnerów społecznych;*
- 10) *pomocniczości, zwiększającej ofertę wsparcia osób uprawnionych i podmiotów wspierających osoby uprawnione jak najbliżej miejsca zamieszkania przy wykorzystaniu zasobów podmiotów, które obecnie realizują te usługi w środowisku lokalnym;*
- 11) *partycypacji poprzez inicjowanie lokalnych działań o charakterze wolontariackim i samopomocowym na rzecz pomocy osobom uprawnionym oraz podmiotom wspierającym osoby uprawnione.*

**Art. 10<sup>2</sup>. 1.** *W przypadku, w którym dla osoby uprawnionej skoordynowane wsparcie zostało uwzględnione odpowiednio w planie postępowania terapeutycznego lub indywidualnym programie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, indywidualnym programie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 7 ust. 4 lub w formie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 lub art. 123 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, podmioty, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 1 i 2, są obowiązane do udzielania informacji dotyczącej:*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 1) *objęcia osoby uprawnionej wsparciem;*
- 2) *wskazania pracownika podmiotu udzielającego wsparcia, wraz z danymi kontaktowymi<sup>45</sup>;*
- 3) *rodzaju udzielanego wsparcia.*

2. *Na potrzeby skoordynowania wsparcia jest możliwe organizowanie spotkań osób wskazanych do reprezentowania podmiotu udzielającego wsparcia osobie uprawnionej lub podmiotom wspierającym osoby uprawnione, zwanych dalej „zespołem”, w celu:*

- 1) *dokonania ustaleń, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 5 pkt 1 i 2;*
- 2) *monitorowania efektów realizacji lub zmiany działań, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 5, w zależności od potrzeb;*
- 3) *podsumowania i zakończenia udzielania skoordynowanego wsparcia.*

3. *W spotkaniach, o których mowa w ust. 2, może brać udział przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny osoby uprawnionej, a także osoba uprawniona, która ukończyła 16 rok życia.*

4. *Osoby biorące udział w spotkaniach, o których mowa w ust. 2, są obowiązane do nieujawniania informacji uzyskanych w trakcie spotkania, które mogą naruszać dobra osobiste osób uprawnionych i podmiotów wspierających osoby uprawnione<sup>46</sup>.*

5. *Spotkania, o których mowa w ust. 2, mogą odbywać się w formie niestacjonarnej lub częściowo niestacjonarnej, przy zachowaniu zasad poufności i bezpieczeństwa informacji dotyczących osoby uprawnionej oraz podmiotów wspierających osoby uprawnione.*

**Art. 10<sup>3</sup>.** 1. *W celu skoordynowania działań wspierających podmioty, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 1 i 2, przetwarzają dane osobowe osób uprawnionych, podmiotów wspierających osoby uprawnione, a także członków zespołów, o których mowa w art. 10<sup>2</sup> ust. 2, w zakresie niezbędnym dla realizacji zadań i obowiązków wynikających z przepisów ustawy.*

---

<sup>45</sup> Rekomendowana propozycja brzmienia: *wskazania osoby odpowiedzialnej za wsparcie po stronie podmiotu udzielającego wsparcia, wraz z danymi kontaktowymi; [...].*

<sup>46</sup> Rekomendowana propozycja brzmienia: *Osoby biorące udział w spotkaniach, o których mowa w ust. 2, są obowiązane do zachowania w poufności informacji uzyskanych w trakcie spotkania.*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*2. Zakres przetwarzanych danych obejmuje:*

- 1) imię (imiona) i nazwisko osoby uprawnionej;*
- 2) imię i nazwisko rodziców, opiekunów prawnych lub opiekunów faktycznych osoby uprawnionej;*
- 3) numer PESEL osoby uprawnionej oraz jej rodziców, opiekunów prawnych lub opiekunów faktycznych, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz – jeżeli osoba uprawniona, rodzic, opiekun prawny lub opiekun faktyczny nie jest obywatelem polskim – kraj pochodzenia;*
- 4) rok urodzenia i płeć osoby uprawnionej;*
- 5) adres zamieszkania osoby uprawnionej;*
- 6) dane teleadresowe instytucji opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3 albo przedszkola, szkoły lub placówki systemu oświaty, do której uczęszcza osoba uprawniona;*
- 7) w przypadku osoby uprawnionej uczęszczającej do szkoły – oznaczenie oddziału, do którego ta osoba uczęszcza;*
- 8) imię i nazwisko osoby kierującej podmiotem, o którym mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 1 i 2, lub występującej w imieniu organu wraz z danymi teleadresowymi;*
- 9) imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez osobę kierującą podmiotem, o którym mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 1 i 2, lub organ reprezentujący organizację pozarządową, o której mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 3, do koordynowania działań w tym podmiocie, wraz z danymi teleadresowymi;*
- 10) wskazania zawarte w orzeczeniu o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczeniu o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, orzeczeniu o potrzebie indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania lub opinii wydanej przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, jeśli osoba uprawniona posiada takie orzeczenie lub opinię;*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 11) *opis funkcjonowania osoby uprawnionej oraz wpływu stanu zdrowia i czynników środowiskowych na jej rozwój i funkcjonowanie, w szczególności w postaci profilu funkcjonalnego, jeśli taki profil został opracowany;*
- 12) *datę i rodzaj ostatnich usług opiekuńczych, a także nazwę podmiotu udzielającego tych usług wraz numerem kontaktowym oraz adresem poczty elektronicznej;*
- 13) *imiona i nazwiska, numery kontaktowe oraz adresy poczty elektronicznej osób udzielających wsparcia w podmiotach, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 1 i 2;*
- 14) *informacje o zakresie i formach wsparcia zapewnianych przez podmioty realizujące skoordynowane wsparcie oraz terminach ich udzielania;*
- 15) *w przypadku psychologów, psychoterapeutów i lekarzy psychiatrów także wyniki opinii psychologicznej lub badania psychologicznego wraz z datą ich przeprowadzenia.*

3. *Dane, o których mowa w ust. 2, są przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym dla skoordynowania działań wspierających oraz przekazywane jedynie między podmiotami bezpośrednio realizującymi działania w tym zakresie.*

4. *Osoby pełniące funkcje lub wykonujące pracę w podmiotach, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 3 i 4, są obowiązane do zachowania w poufności informacji uzyskanych w związku z pełnioną funkcją lub wykonywaną pracą, dotyczących osób uprawnionych oraz podmiotów wspierających osoby uprawnione<sup>47</sup>.*

5. *Przekazywanie danych, o których mowa w ust. 2, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, pod warunkiem, że administratorzy i podmioty przetwarzające dane osobowe wdrożą środki techniczne i organizacyjne zapewniające odpowiedni stopień bezpieczeństwa tych danych w procesie ich przekazywania, określony w przepisach o ochronie danych osobowych.*

---

<sup>47</sup> Rekomendowana propozycja brzmienia: *Osoby pełniące funkcje lub wykonujące świadczenia w podmiotach, o których mowa w art. 10<sup>1</sup> ust. 3 i 4, są obowiązane do zachowania w poufności informacji uzyskanych w związku z pełnioną funkcją lub wykonywaną pracą, dotyczących osób uprawnionych oraz podmiotów wspierających osoby uprawnione.*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### **Kody resortowe, komórki organizacyjne i finansowanie**

Najdalej idącą sugestią zmian legislacyjnych jest kwestia określenia sposobu finansowania podmiotów mających prowadzić Centra Zdrowia Psychicznego w sposób zgodny z Modelem. Wprawdzie ten aspekt nie był co do zasady elementem testowania, jednakże mając na uwadze wprowadzane w międzyczasie zmiany legislacyjne, a także całościowy istniejący sposób finansowania opieki zdrowotnej, w tym w zakresie zdrowia psychicznego, nie sposób tego aspektu pominąć, bowiem wpływa on w sposób faktyczny (może nawet najbardziej) na dostępność świadczeń. Wyjaśnienie celowości rozważenia zmian w tym zakresie wymaga nieco szerszego przyjrzenia się obowiązującemu obecnie modelowi finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Pozornie model finansowania ochrony zdrowia ma charakter ubezpieczeniowy, jako że podstawowym źródłem pozyskiwania środków jest tzw. składka na ubezpieczenie zdrowotne, której wysokość jest powiązana z formą zarobkowania oraz wysokością dochodu. Składka jest obowiązkowa i stanowi daninę publiczną trafiającą do budżetu państwa, z którego jest następnie redystrybuowana. W istocie więc system finansowania ochrony zdrowia jest budżetowy, ale oparty na mechanizmie alokacji środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne poza corocznie ustalonym budżetem państwa. Dystrybutorem środków jest instytucja państwowa – Narodowy Fundusz Zdrowia, który ustala plan finansowy i alokuje środki na różne obszary ochrony zdrowia. W trybie konkursowym zawierane są umowy z podmiotami leczniczymi na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, zwanymi świadczeniodawcami. W praktyce podmioty lecznicze są instytucjami organizującymi i zarządzającymi pracą lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne, które to osoby faktycznie udzielają świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcami – pacjentami. Na płaszczyźnie operacyjnej świadczeniodawcami są więc szeroko pojęci medycy, a nie podmioty lecznicze. Tak więc w praktyce zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia są de facto wytycznymi dla menadżerów podmiotów leczniczych, jak ma być organizowana opieka zdrowotna i sprawozdawane wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Te zarządzenia mają zatem w praktyce kluczowy wpływ na sposób funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Od 2000 roku wydawane są rozporządzenia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowych zasad ich nadawania. W tych przepisach określa się listę komórek organizacyjnych, na których świadczenia Narodowy Fundusz Zdrowia organizuje konkursy. Po wygraniu takiego konkursu zwycięski podmiot leczniczy komponuje świadczenia zdrowotne takich komórek w określonym zakresie. Komórki organizacyjne są lub stają się elementami struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, która przez to jest dostosowana do wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia (specyficzny zakres wykonywanych świadczeń, zwanych produktami, np. porady, osobodni, odrębnie prowadzona dokumentacja medyczna, osobna sprawozdawczość z poziomu wykonania itp.). Tak więc uprawnione jest stwierdzenie, że za pośrednictwem menadżerów podmiotów leczniczych to Narodowy Fundusz Zdrowia w istocie zarządza pracą komórek organizacyjnych, w ramach których świadczeń udzielają faktyczni świadczeniodawcy, czyli lekarze i osoby wykonujące inne zawody medyczne.

Konkursy Narodowego Funduszu Zdrowia stwarzają pozorny mechanizm konkurencyjności. Pozorny, ponieważ jest to konkurencyjność pomiędzy podmiotami leczniczymi (instytucjami organizującymi proces udzielania świadczeń zdrowotnych), a nie faktycznymi świadczeniodawcami, którymi są szeroko pojęci medycy. Tymczasem pacjenci w swoich wyborach kierują się przede wszystkim wiedzą i opinią o lekarzach i innych specjalistach medycznych, a dopiero nie mając wiedzy w tym zakresie, wybierają podmiot leczniczy, który sprawia wrażenie zatrudniającego dobrych specjalistów lub po prostu jest blisko czy też wreszcie ma dostępne terminy. Jednocześnie formalni świadczeniodawcy (podmioty lecznicze) nie mogą regulować cen za swoje świadczenia, bo te są wycenione w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jednakowo dla wszystkich. Co oznacza, że ceny świadczeń nie są w istocie regulowane rynkowymi mechanizmami.

Powyższe rozważania są ważne, aby odpowiedzieć na pytanie, po co jest i jakie znaczenie ma lista komórek organizacyjnych w opiece psychiatrycznej, z których ma składać się Centrum Zdrowia Psychicznego.

## **Prawne definicje Centrum Zdrowia Psychicznego**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Jeżeli Centrum Zdrowia Psychicznego ma być podmiotem prowadzonym przez jeden podmiot leczniczy, to pod dużym znakiem zapytania staje sens wydzielenia komórek organizacyjnych w drodze rozporządzenia. Struktura organizacyjna takiego podmiotu powinna być możliwie elastyczna i funkcjonalna, aby tworzyć odpowiednie warunki do wykonywania świadczeń zdrowotnych, które mają odpowiadać na lokalne potrzeby zdrowotne mieszkańców na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. Jeżeli będzie funkcjonował jeden podmiot leczniczy z budżetem per capita na zintegrowane świadczenia zdrowotne, to płatnik publiczny powinien skoncentrować się nie na regulowaniu wewnętrznej struktury takiego podmiotu i rozliczaniu poziomu wykonania, ale na kontroli jakości i rezultatu, tzn. czy potrzeby zdrowotne mieszkańców danego obszaru w zakresie zdrowia psychicznego są zaspokajane i w jakim stopniu. Kluczowe znaczenie ma wówczas badanie kondycji psychicznej lokalnej społeczności, monitorowanie zgłaszanych potrzeb, ewaluacja poprawy zdrowia psychicznego i jakości życia pacjentów w wyniku udzielanych świadczeń zdrowotnych. Oczywiście jakiś rodzaj monitorowania wykonania świadczeń jest także nie bez znaczenia, ale w powiązaniu z oceną poziomu potrzeb i ich zaspokojenia „na wejściu” do systemu oraz rezultatu „na wyjściu” z niego.

W takiej sytuacji tworzenie ogólnie zdefiniowanych komórek organizacyjnych jest dyskusyjne. Bo czy jest możliwe stworzenie ich wyczerpującej listy, która uwzględni wszystkie, także lokalne potrzeby i uwarunkowania? Ponadto na jakim poziomie szczegółowości należałoby je definiować?

W przypadku wielości podmiotów leczniczych na danym obszarze zasadne wydaje się co najwyżej wyodrębnienie takich komórek organizacyjnych, które będą odpowiednie do prowadzenia przez potencjalnych podwykonawców, czyli podmioty lecznicze inne niż podmiot prowadzący Centrum Zdrowia Psychicznego. Jeżeli już ingerować na tym poziomie, to należy opowiedzieć się za zasadnością takiego wyodrębniania komórek organizacyjnych, aby ich działalność lecznicza była jednocześnie specyficzna i autonomiczna, a zarazem nadająca się funkcjonalnie do zintegrowania z Centrum Zdrowia Psychicznego jako większą całością. W tym celu należy wziąć pod uwagę możliwość wpisywania takiego Centrum do rejestru komórek organizacyjnych. Ponadto należałoby rozbudować listę komórek organizacyjnych, które będą



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

w sposób bardziej adekwatny odzwierciedlały rodzaj prowadzonej działalności, udzielanych świadczeń i form opieki odpowiednio do specyficznych problemów zdrowia psychicznego oraz potrzeb pacjentów.

Alternatywnym rozwiązaniem jest zredukowanie listy komórek organizacyjnych dotyczących opieki z zakresu zdrowia psychicznego i porzucenie na ogólnych zapisach, pozwalających na elastyczne ich kształtowanie (np. punkt zgłoszeniowo-konsultacyjny, opieka ambulatoryjna, opieka środowiskowa, opieka dzienna, opieka całodobowa). Wówczas wystarczyłoby określić jedynie ramy standardów organizacyjnych podmiotu prowadzącego Centrum Zdrowia Psychicznego.

Reasumując, wydaje się, iż przyjęcie założenia (czy też uznanie za fakt), że Model (szerzej: środowiskowy model leczenia i wsparcia) jest w praktyce najbardziej skuteczny, a w konsekwencji najbardziej pożądany w opiece z zakresu zdrowia psychicznego, pociąga za sobą nie tyle konieczność przeprowadzenia szeroko zakrojonych zmian legislacyjnych na poziomie ustawowym (które wymagają bardziej korekt, aniżeli rewolucji), lecz przede wszystkim konieczność takiego ukształtowania modelu finansowania świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, aby dawał on możliwość tworzenia i rozwoju różnorodnych i elastycznych form opieki środowiskowej. Wymaga to w pierwszej kolejności zmiany podejścia systemowego z finansowania wyłącznie „za produkt” (*fee for service*) do finansowania także możliwości zapewnienia udzielenia świadczenia. Tutaj operacyjnym źródłem problemu wydaje się tzw. rozporządzenie „koszykowe”, czyli przywoływane już niejednokrotnie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Powinno być ono zastąpione aktem, który określi standardy, a nie sposób realizacji. Według tego rozporządzenia opieka środowiskowa skupia się głównie w Zespole Leczenia Środowiskowego. Tymczasem według Modelu opieka środowiskowa jako formuła jest kategorią nadrzędną, a hospitalizacja lub alternatywne formy opieki całodobowej, wsparcie dzienne, porady ambulatoryjne w poradni, porady (wizyty) w domu lub miejscu życia pacjenta itp., to nic innego jak jej elementy składowe.

W szerszym aspekcie wprowadzenie Modelu wymaga również zmiany systemu kształcenia personelu dedykowanego do udzielania świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

(psychiatrów, psychologów, pielęgniarek psychiatrycznych) z założeniem, że większość z nich będzie funkcjonować nie tyle w ramach konkretnej instytucji, co w opiece środowiskowej jako systemie ochrony zdrowia psychicznego. To jednakże wymaga nie tyle zmian w samej legislacji na poziomie ustawowym, co w sposobie organizacji (i finansowania) systemu.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Załącznik 1. Przykładowe formularze zgody dla współpracy międzysektorowej

### ZGODY ZWIĄZANE Z ROZPOCZĘCIEM LECZENIA W OŚRODKU ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Ja, niżej podpisana/y: .....

adres: .....

telefon kontaktowy: .....

PESEL: .....

opiekun prawny **małoletniej/go**: .....

adres:

.....

urodzonej/go w dniu: ....., PESEL: .....

### ZGODA NA ROZPOCZĘCIE LECZENIA

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na objęcie małoletniej/go ....., PESEL ..... procesem diagnozy i pomocy psychologicznej;
- zostałam poinformowana/y, że mogę wycofać swoją zgodę;
- zostałam/em zapoznana/y z formami pomocy psychologicznej i środowiskowej oferowanej przez ośrodek;
- udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na zadawane pytania odnośnie do stanu zdrowia małoletniej/go, przyjmowania leków oraz przebytych urazów i zabiegów;
- informacje przekazane przed decyzją o podjęciu leczenia były dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe;
- przed decyzją o podjęciu leczenia miałam/em możliwość zadania pytań dotyczących leczenia.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie leczenia ww. małoletniej/go.

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z POLITYKĄ OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH  
OBOWIĄZUJĄCĄ W OŚRODKACH PROWADZONYCH PRZEZ .....**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką ochrony danych osobowych .....  
na podstawie (art. 13) Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia  
13 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r.), w tym z informacją o zakresie i  
celach przetwarzania danych osobowych i przysługujących w związku z tym prawach,  
dostępnych na stronie ..... oraz na tablicy informacyjnej ośrodka. Podając dane,  
potwierdzam zgodę na przetwarzanie danych osobowych małoletniej/go .....,  
PESEL ....., niezbędnych do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym.

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA, DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nie upoważniam nikogo/Upoważniam\*:

....., nr tel. ...., e-mail .....

....., nr tel. ...., e-mail .....

do:

- 1) uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu obowiązujących przepisów, w tym w szczególności art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o stanie zdrowia małoletniej/go ....., PESEL ....., również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób świadczących pomoc medyczną;\*
- 2) dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dokumentacji medycznej (w rozumieniu obowiązujących przepisów, w tym w szczególności art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);\*

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i obejmuje każdą dotyczącą ww. małoletniej/go dokumentację medyczną, bez względu na podmiot nią administrujący.

.....

Data, miejscowość

.....

Podpis

\* – niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## UPOWAŻNIENIE DO DOSTĘPU DO INFORMACJI O PACJENCIE I KONTAKTU Z INSTYTUCJAMI

Upoważniam/Nie upoważniam\* personel/u medyczny/ego .....  
do uzyskania (poprzez kontakt osobisty, drogą elektroniczną, papierową, telefoniczną) dostępu do informacji znajdujących się w placówkach oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, instytucjach pomocy społecznej, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, innych podmiotach leczniczych, w tym także u osób i instytucji, takich jak kuratorzy sądowi, dzielnicowi, osoby/podmioty związane z pieczę zastępczą (np. rodzinne domy dziecka, wychowawcy i pracownicy w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych), powiatowe centra pomocy rodzinie i ośrodki interwencji kryzysowej, dotyczących małoletniej/go ....., PESEL ....., w zakresie niezbędnym lub wskazanym celem prawidłowego udzielenia świadczeń zdrowotnych przez ww. ośrodek.

Wyrażam zgodę na przekazanie wszelkich informacji istotnych w procesie diagnozy i terapii oraz na przekazanie surowych wyników badań psychologicznych (o ile miały miejsce) w celu koordynacji procesu diagnozy i leczenia.

.....  
Data, miejscowość

.....  
Podpis

\* – niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **II Część praktyczna**





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Diagnoza funkcjonalna zgodnie z ICF: holistyczne podejście do procesu wsparcia

Karol Pawlak

Polska Rada ds. ICF, k.pawlak@euromail.pl

### Streszczenie

W ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny”, realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego wraz z partnerami wdrożone zostały podstawowe zasady dotyczące oceny funkcjonalnej i modelu biopsychospołecznego z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (nr projektu WND-POWR.04.01.00-00-D208/17).

Bazując na doświadczeniach światowych<sup>48</sup> wdrożono w formie testowej diagnozę funkcjonalną pacjentów w oparciu o ICF przy zastosowaniu profili kategoryalnych (core set). Wykorzystano już istniejące, zwalidowane przez WHO profile dla depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej oraz schizofrenii.<sup>49</sup>

Podstawowym argumentem przemawiającym za wdrożeniem ICF w ocenę pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi była kompleksowość oraz jednorodność oceny, która umożliwiała współpracę pomiędzy różnymi specjalistami oraz podmiotami.

W niniejszym rozdziale omówimy podstawowe definicje związane z ICF, logikę postępowania diagnostycznego, zaprezentujemy przykład diagnozowanej osoby wraz z przygotowanym profilem kategoryalnym oraz wynikającą z deficytów kartą interwencji a także przedstawimy kartę ewaluacji, która podsumowuje proces wsparcia.

**Słowa kluczowe:** ICF, diagnoza funkcjonalna, core set, karta interwencji, ocena funkcjonalna

### Wprowadzenie

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health w skrócie ICF*, WHO, 2001) ma na celu

---

<sup>48</sup> [www.icf-research-branch.org](http://www.icf-research-branch.org)

<sup>49</sup> [www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

opisywanie zdrowia i związanych z nim czynności oraz czynników środowiskowych. ICF należy do zbioru komplementarnych względem siebie klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, zaakceptowanych przez World Health Organisation (WHO) i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata. Poza nią, do zbioru tego należy jeszcze ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – najstarsza (powstała w 1900 r., aktualnie stosowana od 1990 r. w wersji 10 rewizji, jako ICD 10), a także ICHI (International Classification of Health Interventions) - Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Zdrowotnych<sup>50</sup>. Zgromadzenie Zdrowia WHO w 2001 roku w Rezolucji WHA 54.21 przyjęło ostateczną wersję nowej Klasyfikacji pod nazwą: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (dalej ICF – ang. International Classification of Functioning, Disability and Health).

ICF zakłada holistyczne podejście do zdrowia psychicznego, uwzględniając zarówno aspekty biomedyczne, jak i psychospołeczne. Dzięki temu można lepiej zrozumieć, jak różne czynniki wpływają na funkcjonowanie jednostki w kontekście jej zdrowia psychicznego. Klasyfikacja nie skupia się wyłącznie na symptomach i diagnozach psychiatrycznych, ale również na funkcjonowaniu jednostki w różnych obszarach życia, takich jak praca, życie rodzinne, społeczne itp. Dzięki temu można lepiej zrozumieć, jak zaburzenia psychiczne wpływają na codzienne życie pacjenta. ICF dostarcza spójnego języka i struktury do opisu zdrowia psychicznego, co ułatwia komunikację między różnymi specjalistami zajmującymi się opieką nad pacjentami psychiatrycznymi. Wykorzystując ICF zespoły leczenia mogą lepiej współpracować i koordynować opiekę oraz planować interwencje terapeutyczne a także oceniać postępy w leczeniu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Pozwala to na lepsze dostosowanie strategii leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz monitorowanie skuteczności terapii.

Klasyfikacja ICF podzielona jest na dwie części, z których każda obejmuje dwa składniki:

---

<sup>50</sup> Dokument jest dostępny pod adresem:

[https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/icf/icf\\_polish\\_version\\_z\\_poprawkami\\_2\\_5e81adf65d3d0.pdf](https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/icf/icf_polish_version_z_poprawkami_2_5e81adf65d3d0.pdf)  
(dostęp 14.12.2023)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

#### Część 1: Funkcjonowanie i Niepełnosprawność to są:

- 1) Funkcje (oznakowana jako kod „b”) i Struktury ciała (oznakowane jako kod „s”), na które składają się funkcjonowanie układów ciała i struktura lub inaczej budowa ciała.
- 2) Aktywność i Uczestniczenie (oznakowana jako kod „d”), a więc funkcjonowanie z perspektywy pojedynczej osoby oraz społeczeństwa, na które składa się zarówno wykonywanie prostych czynności, jak i zaangażowanie się w różne formy aktywności. ICF nie skupia się wyłącznie na obecności choroby czy niepełnosprawności, ale także na sposobie, w jaki jednostka funkcjonuje w różnych obszarach życia. Obejmuje to zdolność do wykonywania codziennych czynności, uczestniczenia w społeczeństwie oraz osiągnięcia satysfakcji i pełni życia.

#### Część 2: Czynniki kontekstowe

- 1) Czynniki środowiskowe (oznakowana jako kod „e”) z uwzględnieniem materialnych składników środowiska, w jakim żyje dana osoba oraz jej otoczenia społecznego. ICF uwzględnia znaczenie czynników środowiskowych dla zdrowia i funkcjonowania jednostki. Środowisko fizyczne, społeczne może zarówno wspierać, jak i ograniczać możliwości jednostki. Dlatego też, holistyczne podejście ICF obejmuje ocenę wpływu tych czynników na funkcjonowanie jednostki.
- 2) Czynniki osobowe, wyrażające się w potencjale osoby, źródłach, złożone z cech jednostki, które nie są częścią choroby lub stanu zdrowia. Można do nich zaliczyć, np.: płeć, rasę, wiek, styl życia, nawyki, wychowanie, wykształcenie, zawód.

ICF stosuje system alfanumeryczny, w którym litery b - oznaczają Funkcje ciała ludzkiego, s- Struktury ciała ludzkiego, d- Aktywności i Uczestniczenie oraz e- Czynniki środowiskowe. Po literach następuje kod numeryczny, który rozpoczyna się od numeru rozdziału (jedna cyfra), po którym następuje drugi poziom (dwie cyfry) oraz trzeci i czwarty poziom. Kody ICF są kompletne jeżeli występują razem z kwalifikatorem określającym wielkość deficytu w danym obszarze. Bez kwalifikatorów kody nic nie wnoszą do opisu pacjenta.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Wszystkie opisane w Klasyfikacji elementy (funkcje ciała, struktury, aktywność i uczestniczenie oraz czynniki środowiskowe określane są ilościowo przy użyciu tej samej skali.

xxx.0 BRAK problemu	(żaden, nieobecny, nieistotny,...)	0-4 %
xxx.1 NIEZNACZNY problem	(niewielki, mały,...)	5-24 %
xxx.2 UMIARKOWANY problem	(średni, spory,...)	25-49 %
xxx.3 ZNACZNY problem	(wielki, silny,...)	50-95 %
xxx.4 SKRAJNIE DUŻY problem	(zupełny,...)	96-100 %
xxx.8 nieokreślony		
xxx.9 nie dotyczy		

W przypadku czynników środowiskowych kwalifikator może służyć zarówno do określania zakresu pozytywnych aspektów środowiska, tj. ułatwień, jak też do określania zakresu efektów negatywnych, tj. barier. W obu przypadkach stosuje się tę samą skalę 0-4, ale w celu oznaczenia ułatwień kropka dziesiąta zostaje zastąpiona znakiem plus, np. e110+2.

## Podstawowe pojęcia

Klasyfikacja wprowadza kilka nowych pojęć. Poniżej wyjaśnienie do podstawowych pojęć.

### ***Funkcjonowanie***

Jest to pojęcie szerokie, opisujące funkcje ciała, struktury ciała, aktywność i uczestnictwo w różnych aktywnościach, w tym codziennych czynnościach. Oznacza ono pozytywne aspekty wzajemnych relacji pomiędzy jednostką (z określonym stanem chorobowym), a czynnikami kontekstowymi, które ją warunkują (czynniki środowiskowe i czynniki osobowe). ICF proponuje odejście od postrzegania stanu chorobowego jedynie z perspektywy medycznej dotyczącej zaburzeń struktur i funkcji ciała. Niepełnosprawności<sup>51</sup> dotyczące funkcji i struktury ciała w codziennym doświadczeniu osoby przekładają się na ograniczenia w wykonywaniu czynności o różnym poziomie skomplikowania, co w efekcie powoduje wykluczenie ze społecznego wymiaru życia.

<sup>51</sup> Polskie ustawy i oficjalne tłumaczenia np. ICD-10 nadal posługują się stygmatyzującymi

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### **Funkcje ciała**

To fizjologiczne procesy poszczególnych układów ciała z włączeniem funkcji psychicznych.

Poniżej przykład z wypowiedzi Pacjenta obrazujący funkcje ciała:

*„W obecnej chwili pacjent ma duży problem w zakresie zmotywowania się do podjęcia jakichkolwiek działań, występują problemy w obszarze kontrolowania emocji oraz zdecydowanie zwiększyła się masa ciała – BMI 32.*

Funkcje ciała kodowane są za pomocą jednego kwalifikatora, który mówi nam o wielkości problemu w danej funkcji ciała.

### **Struktury ciała**

To anatomiczne części ciała, takie jak narządy, kończyny i ich części składowe. Upośledzenia są to zmiany funkcji lub struktur ciała, takie jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego.

*„Pół roku temu zdiagnozowano u mnie skostnienie neurogenne w prawym biodrze, od miesiąca zmuszony jestem leczyć odleżynę, która pojawiła się na kości ogonowej”.*

### **Aktywność**

Jest to wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania. Ograniczenia aktywności są to trudności, jakie mogą mieć osoby w podejmowaniu działań.

*„Mam trudności z wykonaniem powierzonego mi zadania, nie jestem w stanie wstać z łóżka.*

### **Uczestniczenie**

Definiuje się jako zaangażowanie się osoby w sytuacje życiowe. Ograniczenia uczestniczenia to problemy utrudniające danej osobie zaangażowanie się w sytuacje życiowe.

*„Trudno mi spotykać się z przyjaciółmi, nie chodzę do szkoły/pracy”.*

Aktywność i uczestniczenie kodowane są za pomocą dwóch kwalifikatorów. Pierwszy kwalifikator rejestruje wykonanie czynności z obszaru aktywności i uczestniczenia, zaś drugi – zdolność danej osoby. Kwalifikator „wykonanie” opisuje, co dana osoba robi (wykonuje) w swoim obecnym środowisku w świetle pozytywnego lub negatywnego wpływu czynników środowiskowych (łącznie ze wszystkimi aspektami świata fizycznego, społecznego i

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dotyczącego postaw). Kwalifikator „zdolność” opisuje zaś wrodzoną umiejętność wykonania przez daną osobę zadania lub podjęcia jakiegoś działania. Aby opisać prawdziwą zdolność danej osoby, drugi kwalifikator rejestruje zdolność, wrodzoną umiejętność danej osoby, która nie jest zwiększona przez urządzenia wspomagające, pomoc innych osób czy jakiegokolwiek inne Czynniki środowiskowe stanowiące ułatwienie bądź barierę. Najlepszym środowiskiem do uzyskiwania informacji o zdolności jest prawdopodobnie środowisko neutralne, w miarę zobiektywizowane, np. warunki testowe. Różnica między wykonaniem a zdolnością odzwierciedla wpływ czynników środowiskowych na funkcjonowanie danej osoby w kontekście codziennego funkcjonowania.

### ***Czynniki środowiskowe***

Są to warunki określone przez fizyczne i społeczne środowisko w którym żyje osoba, jej system postaw. Czynniki środowiskowe mogą ułatwiać bądź utrudniać funkcjonowanie jednostki.

*„Moi rodzice bardzo mi pomagają, wsparciem są dla mnie przyjaciele, znajomi”.*

*Ułatwienia* są to czynniki w otoczeniu jednostki, które poprzez swoją obecność bądź jej brak poprawiają funkcjonowanie diagnozowanej osoby. Należą do nich takie aspekty jak, dostępne środowisko fizyczne, dostępność odpowiedniej technologii wspomagającej czy postawy konkretnych osób. *Bariery* to czynniki w otoczeniu jednostki, które poprzez ich brak lub obecność ograniczają funkcjonowanie i powodują niepełnosprawność. Należą do nich takie aspekty jak niedostępne otoczenie fizyczne, brak istotnej technologii wspomagającej i negatywne postawy ludzi. Czynniki środowiskowe mogą stanowić barierę (powodując lub wzmagając niepełnosprawność) lub ułatwienie (redukując lub nawet eliminując niepełnosprawność). Dlatego oceniając poziom funkcjonowania danej osoby, zawsze należy brać pod uwagę czynniki środowiskowe.

### **Profile kategoryjne ICF jako ocena sposobu funkcjonowaniu pacjentów**

W wyniku wieloletnich starań ekspertów, WHO dokonała częściowej harmonizacji oceny funkcjonalnej człowieka i jego środowiska zdrowotnego opartej o dedykowaną do tego celu

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

klasyfikację ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) z nową bardzo szeroko zakrojoną klasyfikacją ICD-11 (Escorpizo, Kostanjsek, Kennedy, Robinson Nicol, Stucki, Üstün, 2013; Kostanjsek, Rubinelli, Escorpizo, Cieza, Kennedy, Selb,... Üstün, 2011; Selb, Kohler, Nicol, Riberto, Stucki, Kennedy, Üstün, 2015; Stucki, Bickenbach, 2017; World Health Organization, 2021). Stało się to głównie poprzez rekomendację fakultatywnego stosowania oceny funkcjonalnej człowieka za pomocą niektórych narzędzi wywodzących się z klasyfikacji ICF (WHODAS 2.0, MDS). Ocena funkcjonalna znalazła się obecnie w Klasyfikacji ICD 11 w rozdziale „V Supplementary section for functioning assesment”.

W nowej klasyfikacji ICD-11 uwzględniono dodatkowo konieczność systematycznego klasyfikowania interwencji medycznych dotyczących danej jednostki według klasyfikacji *International Classification of Health Interventions* (ICHI). Po raz pierwszy od czasu powstania ICD nadano tej klasyfikacji wyjątkowy charakter i uniwersalność w opisie stanów zdrowia/choroby ale także w opisie samego procesu leczenia, bezpieczeństwa środowiska pacjenta, jakości opieki medycznej i ostatecznie jakości życia człowieka.

W Europie i na świecie od lat podejmowano inicjatywy mające na celu implementację klasyfikacji ICF do oceny stanów klinicznych oraz interwencji rehabilitacyjnych (Stucki, Ewert, Cieza, 2002; Stucki, Cieza, Melvin, 2007; Grill, Zochling, Stucki, Mittrach, Scheuringer, Liman,... Braun, 2007; Grill, Ewert, Chatterji, Kostanjsek, Stucki, 2005), a nawet do zarządzania organizacją procesu rehabilitacji (Stucki, Cieza, Melvin, 2007; Stucki, Melvin, 2007; Stucki, Zampolini, Juocevicius, Negrini, Christodoulou, 2016; Rauch, Cieza, Stucki, 2008). W minionych latach zespołom badawczym z całego świata udało się opracować i wypróbować w praktyce *core-set*. Są to profile kategoryjne zawierające uzgodnione w wieloetapowym procesie zestawy kodów ICF, o różnorodnych zastosowaniach, a także o różnej obszerności i zasięgu oceny (Escorpizo, Ekholm, Gmünder, Cieza, Kostanjsek, Stucki, 2010; Stucki, Cieza, Michel, Stucki, Bentley, Culebras, ..., Partinen, 2008; Stier-Jarmer, Cieza, Borchers, Stucki, 2009; Xie, Wu, Hu, Li, Xiang, Hao, ..., Li, 2020; Karlsson, Gustafsson, 2022). Wiele z pośród tych zestawów, a także narzędzie on-line do

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

tworzenia autorskich profili kategoryalnych można znaleźć na stronie ICF Research Branch<sup>52</sup>.

W obszarze zdrowia psychicznego opracowano 16 profili kategoryalnych<sup>53,54</sup>. Są to:

- 1) schizofrenia (Nuno i in., 2018) - wersja pełna 97 kodów, wersja skrócona 25 kodów
- 2) depresja (Cieza i in., 2004) - wersja pełna 121 kodów, wersja skrócona 31 kodów
- 3) choroba afektywna dwubiegunowa (Vieta., 2007) - wersja pełna 38 kodów, wersja skrócona 19 kodów
- 4) zaburzenia ze spektrum autyzmu (Mahdi i in., 2018) - wersja pełna 111 kodów, wersja skrócona 60 kodów
- 5) zespół nadpobudliwości psychoruchowej (Bolte i inn., 2018) - wersja pełna 72 kodów, wersja skrócona 38 kodów

Metodyka tworzenia profili kategoryalnych jest złożona, obecnie w literaturze światowej, opisywanych jest kilka metod tworzenia core-setów dla różnych populacji, rodzajów rehabilitacji oraz jednostek chorobowych. Za typowy przykład może posłużyć sposób proponowany przez Selb i in. (2015). Na podstawie, którego opracowano szereg core-setów.

Według Autorów tworzenie profili kategoryalnych przebiega z zachowaniem trzech głównych faz: przygotowawczej, fazy I i fazy II. Faza przygotowawcza składa się z czterech badań: analizy systematycznej literatury, badania jakościowego (Mahdi i in., 2018), wywiadów z pracownikami ochrony zdrowia (Limsakul, Noten, Selb, Stam, van der Slot, Roebroek, 2020) oraz badania empirycznego w warunkach klinicznych. Wszystkie istotne dla danej problematyki core-sety koncepty z badań fazy przygotowawczej łączone są z odpowiednimi składnikami Klasyfikacji ICF (Noten, Selb, Troenosemito, Thorpe, Rodby-Bousquet, van der Slot, ..., Gurtner, 2022).

W fazie I rozbudowany zestaw kategorii ICF będący rezultatem poprzedzających działań, wykorzystany jest podczas konferencji uzgodnieniowych, w trakcie których zespół międzynarodowych ekspertów wybiera kluczowe kategorie dla danego profilu kategoryalnego. Kategorie, które są przyjęte przez 75% specjalistów są definitywnie

---

<sup>52</sup> Profile są dostępne pod adresem <https://www.icf-core-sets.org>.

<sup>53</sup> <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets/category/9-mentalhealth>

<sup>54</sup> <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets/category/20-children-youth-2>





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

włączone do zestawu. Kategorie ze stopniem akceptacji pomiędzy 40% a 75% są poddawane wnikliwej dyskusji, a następnie ponownemu głosowaniu, natomiast kategorie zaakceptowane przez mniej niż 40% specjalistów nie są włączane do profilu kategoryjnego. Faza II polega na walidacji wypracowanego profilu kategoryjnego w praktyce klinicznej (Bickenbach, Cieza, Rauch, Stucki, 2012).

### **Zastosowanie profilu kategoryjnego ICF u pacjenta młodzieżowego**

Stefan lat 17<sup>55</sup>. Nastolatek zgłasza trudności w planowaniu i realizowaniu nawet najprostszych zadań. Rzadko udaje mu się wykonać konkretną czynność od początku do końca. Nawet najprostsza aktywność, typu wyrzucanie śmieci, potrafi być rozproszona przez dowolny bodziec. Podobnie ograniczenia występują w obszarze ustalania złożonego planu działania. Realizacja złożonych zadań, takich jak sprzątnięcie jednego pomieszczenia jest niewykonalna w związku z wieloma elementami, które musi skoordynować. Bycie w grupie nie ułatwia zadania, wręcz go utrudnia, bo chłopak nie umie się odnaleźć i uczestniczyć tak jakby się chował za kimś. Nie realizuje swojego zadania, nawet jeśli lider grupy wyznaczy mu je bardzo konkretnie, ponieważ ciągle coś go rozprasza.

Psycholog, do której uczęszczał do tej pory zaproponowała mu działanie według planu dnia. Jednak nawet spisany plan jest dla niego trudny do wykonania, ponieważ zawsze znajdzie się jakiś element rozpraszający, który skutecznie odwiedzie go od sprawdzenia, jaki jest następny punkt w planie. Stefan zgłasza, że zadań w planie jest za dużo i że są zbyt ogólne i nie jest w stanie wykonać ich na jeden raz.

Nastolatek zgłosił również, że próbował zrobić prawo jazdy, ale w trakcie nauki jazdy wielokrotnie zdarzały mu się sytuacje stresowe, takie jak wtargnięcie na pasy lub konieczność nagłego hamowania, gdzie totalnie tracił kontrolę. Również sytuacje zdarzające się częściej, jak na przykład trąbienie innego kierowcy bądź konieczność ruszenia na światłach, które się zmieniły powodowały urtętę panowania, silne drgawki na granicy ataku paniki a kontrolę nad pojazdem musiał przejmować instruktor jazdy.

---

<sup>55</sup> Opis przypadku przygotowany na potrzeby niniejszej publikacji. Dane są oparte o prawdopodobieństwo, nie o rzeczywistego pacjenta. Opis nie jest powiązany z żadnym pacjentem – beneficjentem w/w projektów unijnych.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Mimo wyżej wymienionych trudności Stefan stara się brać czynny udział w życiu społecznym swojej klasy i grupy rówieśniczej. Ma dużo znajomych, jest określany duszą towarzystwa. Jest bardzo lubiany, zapraszany na większość klasowych imprez. Kiedy jest akceptowany przez otoczenie, potrafi zachowywać się adekwatnie do sytuacji, nawiązuje prawidłowe relacje rówieśnicze. Jednak, jeśli zdarzy się, że ktoś go odrzuci reaguje bardzo mocno. Impulsywnie złości się, płacze, krzyczy. Nie potrafi sobie z tym poradzić, co zdarzyło się kilka razy i za każdym razem było powodem do wyśmiewania przez kolegów, którzy na przykład odmówili mu udziału w jakiejś grze bądź wspólnej zabawie. W momencie kiedy poczuje się urażony krzyczy na drugą osobę, potrafi odepchnąć kolegę. W ostatnim czasie takich zachowań zauważono zdecydowanie więcej. Zdarzają się w każdym tygodniu.

Stefan był zawsze bardzo dobrym uczniem. Ostatnio opuścił się w nauce. Od początku roku ma już kilka nieobecności w tym nieusprawiedliwionych. Rodzice są oburzeni zachowaniem syna, który nie myśli o maturze. Trudno im rozmawiać z synem, bo jak twierdzą: „ciągle ma jakąś wymówkę” – budzik mu nie zadzwonił, źle się czuł, autobus nie przyjechał. Zamiast wziąć się za naukę to siedzi tylko przed komputerem i gra, albo nic nie robi. Rodzice chcieli, aby zaczął chodzić na korepetycje i podciągnął się w szkole. Stefan odmówił, uważa, że sam sobie poradzi i że szkoła nie jest najważniejsza. Rodzice uważają, że nie przykłada się do nauki i zdobywa coraz słabsze oceny. W przypadku pojawienia się problemów potrafi je zauważyć oraz właściwie ocenić jak je rozwiązać, w tym jakie będą skutki tego rozwiązania ale ze względu na brak umiejętności w kończeniu powierzonych zadań nie wdraża tych rozwiązań.

Chłopiec nie potrafi się skupić na tym samym zadaniu przez czas wystarczający do jego wykonania. W nieskończoność odracza moment rozpoczęcia odrabiania lekcji. Nie potrafi zarządzać czasem. Nawet jeśli uda mu się nauczyć jakiejś partii materiału to za moment nie pamięta go i nie umie odtworzyć. Biję się z siostrą. Macocha nie potrafi do niego dotrzeć zwyczajną rozmową. Nastolatek słucha się ojca, ponieważ zdarza się, że ten na niego krzyknie. Ojciec uważa, że chłopcu brakuje twardego wychowania. Matka chłopca zostawiła ojca i wyjechała za granicę-kontakt się urwał. Stefan ma trzech kolegów Jasia (16 lat), Stasia (15 lat) i Bolka (17lat), często gra z nimi w piłkę. Po grze w piłkę zdarza się, że



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zażywają razem marihuanę, którą przynoszą koledzy. Relacje z nimi są opisane przez macochę jako dobre. Pomimo dobrego kontaktu z rówieśnikami chłopiec nie bierze udziału w wydarzeniach społecznych takich jak: święta bożego narodzenia, dyskoteki, bal dyniowy.

Jest osoba ugodową i życzliwą wobec dorosłych i kolegów, nie jest sumienny i nie przykłada się do swoich obowiązków. Ulega w różnych sytuacjach drażliwości i pobudzeniu. Często jest labilny emocjonalny a jego nastroje nie są stabilne. Stefan jest osobą, która nie wykazuje ciekawości na nowe doświadczenia. Rzadko podejmuje się nowych zadań.

Często czuje głód. Ma podwyższony apetyt. Zdarza się, że impulsywnie zjada wszystko, co znajdzie w lodówce. Jego energia jest niespożyta, ciągle działa, szybko się ekscytuje, jest w ciągłym ruchu. Nie umie przegrywać, reaguje wtedy nieadekwatnie do sytuacji, rzuca przedmiotami, kopie w nie, niszczy sprzęty w mieszkaniu. Bardzo późno zasypia, ma problem ze wstawaniem do szkoły. Rano chodzi ospały.

### **Opis działania wraz z dokumentacją**

Celem jest pełne opisanie poziomu funkcjonowania pacjenta z perspektywy interdyscyplinarnego zespołu. Aby wypełnić formularz dokumentacji, zebrano wszystkie informacje dotyczące jego deficytów, ograniczeń. Jeżeli w opisie brak jest informacji na temat jakiegoś obszaru tzn. że nie występują tam ograniczenia. Dostępne informacje zostały następnie ocenione przy użyciu kwalifikatorów ICF. Wyniki zostały wpisane w formularzu dokumentacji poniżej - utworzono profil kategorialny dla pana Stefana. W opisywanym przypadku nie występują istotne czynniki środowiskowe które różnicują wykonanie i zdolność osoby opisywanej. Wobec powyższego ocena jego wykonania i zdolności nie różni się.

Poniżej przedstawiony został schemat procesu wsparcia. Proces rozpoczynamy od diagnozy funkcjonowania osoby – profil kategorialny, po opracowaniu profilu planujemy w oparciu o zdiagnozowane deficyty interwencje i po okresie wsparcia dokonujemy ewaluacji osiągniętych efektów wsparcia.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Rysunek 1. Etapy procesu wsparcia



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Tabela 1. Profil Kategorialny**

FUNKCJE CIAŁA Czynności fizjologiczne układów ciała (włączając funkcje psychologiczne) Jaki stopień upośledzenia posiada dana osoba w...		Brak trudności	Niewielkie trudności	Umiarkowane	Znaczne trudności	Skrajne trudności	Nieokreślone	Nie dotyczy
		0	1	2	3	4	8	9
<b>b117</b>	<b>Funkcje intelektualne</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólne funkcje umysłowe niezbędne do rozumienia i twórczego integrowania różnych czynności umysłowych; w tym wszystkie funkcje poznawcze i ich rozwój w trakcie całego życia. Włącza się: funkcje rozwoju intelektualnego; opóźnienie intelektualne, niedorozwój umysłowy, otępienie Wyłącza się: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164) Źródła informacji: <input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne Opis problemu:								
<b>b122</b>	<b>Ogólne funkcje psychospołeczne</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólne funkcje umysłowe, jakie rozwijają się w ciągu całego życia, niezbędne dla rozumienia i twórczego integrowania czynności umysłowych, które prowadzą do kształtowania umiejętności współżycia z ludźmi, koniecznych do nawiązania wzajemnych relacji społecznych w odniesieniu zarówno do ich znaczenia jak i celu Włącza się: funkcje jak w autyzmie Źródła informacji: <input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne Opis problemu:								
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>b126</b>	<b>Funkcje temperamentu i osobowości</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Ogólne funkcje psychiczne związane z konstytucjonalną dyspozycją danej osoby do reagowania na sytuacje w określony sposób, w tym zespół cech psychicznych, odróżniających daną osobę od innych.</p> <p>Obejmuje: funkcje ekstrawersji, introwersji, zgodności, sumienności, stabilności psychicznej i emocjonalnej i otwartości na doświadczenia, optymizm, wyszukiwanie nowości, pewność, wiarygodność</p> <p>Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152)</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: Chłopiec jest osobą ugodową i życzliwą wobec dorosłych i kolegów. Chłopiec nie jest sumienny i nie przykłada się do swoich obowiązków. Ulega w różnych sytuacjach drażliwości i pobudzeniu. Często jest labilny emocjonalny a jego nastroje nie są stabilne. Stefan jest osobą, która nie wykazuje ciekawości na nowe doświadczenia. Rzadko podejmuje się nowych zadań.</p>									
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	
<b>b130</b>	<b>Funkcje energii i napędu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Ogólne funkcje psychiczne, o podłożu fizjologicznym i psychologicznym, pobudzające do nieustannego działania na rzecz zaspakajania swoistych potrzeb i celów ogólnych.</p> <p>Obejmuje: funkcje określające poziom energii, motywację, apetyt, i głód, (w tymi substancji, które mogą być nadużywane) i panowanie nad impulsami.</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje snu (b134); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152).</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: Często czuje głód. Ma podwyższony apetyt. Zdarza się, że impulsywnie zjada wszystko, co znajdzie w lodówce. Jego energia jest niespożyta, ciągle działa, szybko się ekscytuje, jest w ciągłym ruchu.</p>									
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	
<b>b134</b>	<b>Funkcje snu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Ogólne funkcje umysłowe okresowego, odwracalnego i wybiórczego, fizycznego i umysłowego wyłączenia się ze swojego najbliższego otoczenia, któremu towarzysza charakterystyczne zmiany fizjologiczne.

Obejmuje: funkcje ilości snu, początku snu, utrzymywanie snu, jakość snu, cykl snu, bezsenność, nadmierna potrzebę snu, sen napadowy

Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii życiowej i napędu (b130); funkcje uwagi (b140); funkcje aktywności psychoruchowej (b147)

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Bardzo późno zasypia, ma problem ze wstawaniem do szkoły. Rano chodzi ospały.

0 1 2 3 4 8 9

**b140 Funkcje uwagi**

Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające skupienie się przez niezbędny odstęp czasu na bodźcu zewnętrznym lub przeżyciach wewnętrznych.

Obejmuje: funkcje trwałości, przetrzutności, zmiennej podzielności i dzielenia uwagi, koncentracja, rozpraszalność.

Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje snu (b134); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Chłopiec nie potrafi się skupić na tym samym zadaniu przez czas wystarczający do jego wykonania. Ciągłe coś go rozprasza

0 1 2 3 4 8 9

**b144 Funkcje pamięci**

Określone funkcje umysłowe rejestrowania i przechowywania informacji oraz przywoływania w razie potrzeby.

Obejmuje: funkcje pamięci krótkotrwałej i długotrwałej, pamięć natychmiastowa, pamięć świeża i odległa; objętość pamięci; wyszukiwanie w pamięci, zapamiętywanie; funkcje wykorzystywane w trakcie przywoływania z pamięci i poznawania tak jak w niepamięci nominalnej, wybiórczej i dysocjacyjnej.

Wyłącza się: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje uwagi (b140); funkcje

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

postrzegania (b156); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje umysłowe języka (b167); funkcje wykonywania obliczeń (b172)

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Nawet jeśli uda mu się nauczyć jakiejś partii materiału to za moment nie pamięta go i nie umie odtworzyć.

0 1 2 3 4 8 9

**b147 Funkcje psychomotoryczne**

Swoiste funkcje psychiczne nadzorujące tak ruchowe jak i psychiczne zdarzeniami na poziomie ciała.

Obejmuje: funkcje kontroli psychomotoryczne jak: spowolnienie, pobudzenie i niepokój, zastyganie, katatonía; negatywizm; ambiwalencja, echopraksja i echolalia; jakoś funkcji psychomotorycznych.

Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje uwagi (140); funkcje językowe (b167); funkcje psychiczne sekwencjonowania ruchów złożonych (b176).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Jest pobudzony, w ciągłym ruchu

0 1 2 3 4 8 9

**b152 Funkcje emocjonalne**

Swoiste funkcje psychiczne odnoszące się do uczuć i afektywnych składników procesów umysłu.

Obejmuje: funkcje związane z dostosowaniem emocji, regulacją i rozpiętością emocji; afekt, smutek, szczęście, miłość, strach, gniew, nienawiść, napięcie, lęk, radość, żal, chwiejność emocjonalną; sptyczenie afektu.

Nie obejmuje: funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje energii i napędu (b130).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Nie umie przegrywać, reaguje wtedy nieadekwatnie do sytuacji, rzuca przedmiotami, kopie w nie, niszczy sprzęty w mieszkaniu. Labilność emocjonalna, krzyczy, potrafi odepchnąć kolegę.

0 1 2 3 4 8 9



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>b160</b>	<b>Funkcje myślenia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Szczególne funkcje umysłowe dotyczące pojęciowego składnika umysłu            Obejmuje: funkcje tempa, formy, kontroli treści myśli; funkcje myślenia ukierunkowanego na cel, funkcje myślenia nieukierunkowanego na cel; funkcje myślenia logicznego; napór myśli; gonitwę myślową; blokadę myśli; niespójność myślenia; rozkojarzenie myślenia; myślenia drobiazgowo; urojenia; natręctwa myślowe; myślenie przymusowe            Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje pamięci (b144); funkcje aktywności psychoruchowej (b147); funkcje postrzegania (b156); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje umysłowe języka (b167) funkcje wykonywania obliczeń (b172)</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu:</p>									
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	
<b>b1644</b>	<b>Wgląd w siebie</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funkcja umysłowa uświadamiania i rozumienia samego siebie i swojego zachowania.</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu:</p>									
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	
<b>b530</b>	<b>Funkcje dotyczące zachowania masy ciała</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funkcje dotyczące zachowania właściwej masy ciała z uwzględnieniem zwiększania masy ciała w okresie rozwoju.</p> <p>Obejmuje: funkcje utrzymywania akceptowanej wartości wskaźnika masy ciała (BMI); upośledzenia jak: niedobór wagi, wyniszczenie, zanik tkanki mięśniowej, nadwaga, wychudzenie, a także takie jak w pierwotnej i wtórnej otyłości            Nie obejmuje: funkcje przyswajania (b520); ogólne funkcje metaboliczne (b540); funkcje gruczołów wydzielania wewnętrznego (b555)</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu:</p>									



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE

Wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową

Ile trudności ma osoba w...

W = wykonanie...

Z = zdolność w...

		Brak ograniczeń	Niewielkie ograniczeń	Umiarkowane ograniczeń	Znaczne ograniczeń	Skrajne ograniczeń	Nieokreślone	Nie dotyczy
		0	1	2	3	4	8	9
<b>d175 Rozwiązywanie problemów</b>	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzygnięcie sporu pomiędzy dwoma osobami.</p> <p>Obejmuje: rozwiązywanie prostych i złożonych problemów. Nie obejmuje: myślenie (d163), podejmowanie decyzji (d177).</p> <p>Źródła informacji:  <input type="checkbox"/> Historia przypadku    <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta    <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne    <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: W przypadku pojawienia się problemów potrafi je zauważyć oraz właściwie ocenić jak je rozwiązać, w tym jakie będą skutki tego rozwiązania ale ze względu na brak umiejętności w kończeniu powierzonych zadań nie wdraża tych rozwiązań.</p>								
<b>d177 Podejmowanie decyzji</b>	Wykonanie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Dokonywanie wyboru spośród różnych możliwości, wdrażanie wybranego rozwiązania, ocenianie skutków dokonanego wyboru, tak jak podczas wybierania i kupowania określonego artykułu lub podczas decydowania o podjęciu się i podejmowania jakiegoś zadania spośród wielu zadań, które należy wykonać.

Nie obejmuje: myślenie (d163), rozwiązywanie problemów (d175)

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu:

		0	1	2	3	4	8	9
<b>d210</b>	<b>Podejmowanie pojedynczego zadania</b>							
	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wykonywanie prostych lub złożonych, skoordynowanych czynności umysłowych i fizycznych będących elementami realizacji pojedynczego zadania, jak np. inicjowanie zadania, ustalanie czasu, miejsca i materiałów potrzebnych do wykonania zadania, kolejne kroki wykonania zadania, realizowanie zadania, finalizowanie zadania i kontynuowanie wykonywania zadania.

Obejmuje: podejmowanie prostego lub złożonego zadania, podejmowanie pojedynczego zadania samodzielnie lub w grupie.

Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie wielu zadań (d220).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Nastolatek zgłasza trudności w planowaniu i realizowaniu nawet najprostszych zadań. Rzadko udaje mu się wykonać konkretną czynność od początku do końca. Nawet najprostsza aktywność typu wyrzucanie śmieci potrafi być rozproszona przez dowolny bodziec. Problem w samodzielnym i grupowym wykonaniu zadania.

		0	1	2	3	4	8	9
<b>d220</b>	<b>Podejmowanie wielu zadań</b>							
	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, kolejno lub równocześnie, jako elementów wielorakich zintegrowanych i złożonych zadań.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Obejmuje: podejmowanie się wielu zadań; wykonywanie wielu zadań; podejmowanie wielu zadań samodzielnie i w grupie.  
Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie pojedynczego zadania (d210).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Realizacja złożonych zadań, takich jak sprzątnięcie jednego pomieszczenia jest niewykonalna w związku z wieloma elementami, które musi skoordynować. Bycie w grupie nie ułatwia zadania, wręcz go utrudnia, bo chłopak nie umie się odnaleźć i uczestniczyć tak jakby się chował za kimś. Nie realizuje swojego zadania, nawet jeśli lider grupy wyznaczy mu je bardzo konkretnie, ponieważ ciągle coś go rozprasza.

		0	1	2	3	4	8	9
<b>d230</b>	<b>Realizowanie</b>							
	<b>dziennego</b>							
	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>rozkładu zajęć</b>							

Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków. jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia.

Obejmuje: ustalanie i spełnianie codziennego rozkładu zajęć; ustalanie poziomu własnej aktywności w ciągu dnia.

Nie obejmuje: podejmowanie wielu zadań (d220).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: W nieskończoność odracza moment rozpoczęcia odrabiania lekcji. Nie potrafi zarządzać czasem. Wstaje za późno, spóźnia się na zajęcia.

		0	1	2	3	4	8	9
<b>d240</b>	<b>Radzenie sobie</b>							
	<b>ze stresem i</b>							
	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>innymi</b>							



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**obciążeniami psychicznymi**

Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynniki zakłócające lub sytuacje kryzysowe, jak np. w trakcie kierowania pojazdem w czasie wielkiego natężenia ruchu ulicznego lub sprawowania opieki nad liczną grupą dzieci.

Objemuje: ponoszenie odpowiedzialności; radzenie sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi.

Źródła informacji:

- Historia przypadku    Kwestionariusz pacjenta    Badanie kliniczne    Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Nastolatek zgłosił również, że próbował zrobić prawo jazdy, ale w trakcie nauki jazdy wielokrotnie zdarzały mi się sytuacje stresowe, takie jak wtargnięcie na pasy lub konieczność nagłego hamowania, gdzie totalnie tracił kontrolę. Również sytuacje częściej zdarzające się jak na przykład trąbienie innego kierowcy bądź konieczność ruszenia na światłach, które się zmieniły, tracił panowanie, wpadał w silne drgawki na granicy ataku paniki a kontrolę nad pojazdem musiał przejmować instruktor jazdy.

		0	1	2	3	4	8	9
<b>d570</b>	<b>Troska o własne zdrowie</b>							
	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sygnalizowanie potrzeby lub zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zdrowia oraz fizycznego i psychicznego dobrostanu, poprzez zachowywanie pełnowartościowej diety, utrzymywanie właściwego poziomu aktywności fizycznej, ogrzewanie się lub ochładzanie, unikanie czynników szkodzących zdrowiu, respektowanie zasad bezpiecznego seksu, obejmujących używanie prezerwatyw, poddawanie się szczepieniom i regularnym badaniom okresowym.

Objemuje: zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zachowywanie diety i sprawności fizycznej; utrzymywanie dobrego zdrowia

Źródła informacji:

- Historia przypadku    Kwestionariusz pacjenta    Badanie kliniczne    Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Zażywa z kolegami marihuanę, objada się nadmiernie, za dużo czasu spędza przed komputerem, bardzo późno zasypia.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

			0	1	2	3	4	8	9
<b>d710</b>	<b>Podstawowe kontakty międzyludzkie</b>	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Nawiązywanie kontaktów z ludźmi w sposób odpowiedni do sytuacji i akceptowany społecznie , jak np. okazywanie stosownych względów i poważania lub reagowanie na uczucia innych. Obejmuje: okazywanie szacunku, serdeczności, uznania i tolerancji w kontaktach; reagowanie na krytykę i sygnały społeczne we wzajemnych kontaktach; zachowanie odpowiedniego kontaktu fizycznego we wzajemnych relacjach.</p> <p>Źródła informacji: <input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: Potrafi zachowywać się adekwatnie do sytuacji, nawiązuje prawidłowe relacje rówieśnicze. Jednak, jeśli zdarzy się, że ktoś go odrzuci reaguje bardzo impulsywnie, złości się płacze, krzyczy. I nie potrafi sobie z tym poradzić, co zdarzyło się kilka razy i za każdym razem było powodem do wyśmiewania przez kolegów, którzy na przykład odmówili mu udziału w jakiejś grze bądź wspólnej zabawie.</p>									
<b>d720</b>	<b>Złożone kontakty międzyludzkie</b>	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, kontrolowanie werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, działanie zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi. Obejmuje: tworzenie i kończenie wzajemnych kontaktów; kontrolowanie zachowań w ramach wzajemnych kontaktów, nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych i zachowywanie dystansu w relacjach społecznych.</p> <p>Źródła informacji: <input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: W momencie kiedy poczuje się urażony krzyczy, na drugą osobę, potrafi odepchnąć kolegę. W ostatnim czasie takich zachowań zauważono zdecydowanie więcej. Zdarzają się w każdym tygodniu. Bije się z siostrą.</p>									

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

		0	1	2	3	4	8	9
<b>d760</b>	<b>Związki rodzinne</b>	Wykonanie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zdolność	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Tworzenie i utrzymywanie kontaktów opartych na więzi pokrewieństwa jak np. z członkami najbliższej rodziny, dalszą rodziną, przybraną i adoptowaną rodziną, przyrodnią rodziną i opartych na bardziej odległych związkach jak np. z dalszymi kuzynami lub prawnymi opiekunami.</p> <p>Obejmuje: wzajemne związki pomiędzy rodzicami a dzieckiem i pomiędzy dzieckiem a rodzicami, wzajemne związki pomiędzy rodzeństwem i wzajemne związki pomiędzy dalszą rodziną.</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: Chłopiec bije się z siostrą. Chłopiec słucha się ojca, ponieważ zdarza się, że ten na niego krzyknie.</p>								
<b>d920</b>	<b>Rekreacja i organizacja czasu wolnego</b>	Wykonanie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zdolność	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Udział w każdej formie zabawy, działalności związanej z rekreacją i spędzaniem czasu wolnego, jak np. nieformalne lub zorganizowane zabawy i imprezy sportowe, programy podnoszenia sprawności fizycznej, relaks, zabawa i rozrywka, odwiedzanie galerii sztuki, muzeów, kin lub teatrów, zajmowanie się rękodziełem lub hobby, czytanie dla przyjemności, gra na instrumentach muzycznych, zwiedzanie, turystyka i podróżowanie dla przyjemności.</p> <p>Obejmuje: gry, sporty, sztuki piękne i kultura, rękodzieło, hobby i kontakty towarzyskie</p> <p>Nie obejmuje: dosiadanie zwierząt jako środka transportu (d480); zatrudnienie za wynagrodzeniem i praca bez wynagrodzenia (d850 i d855) zaangażowanie w zabawę (d880), religia i duchowa sfera życia (d930); życie polityczne i pełnienie ról obywatelskich (d950)</p> <p>Źródła informacji:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu:</p>								



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

Czynniki środowiskowe stanowią fizyczne, społeczne i związane z systemem postaw otoczenie, w którym ludzie żyją i kierują swoim życiem.

Jaki zakres ułatwienia lub bariery doświadcza osoba w odniesieniu do...

	Całkowite ułatwienie	Znaczne ułatwienie	Umiarkowane ułatwienie	Nieznaczne ułatwienie	Brak bariery/ułatwienia	Nieznaczna bariera	Umiarkowana bariera	Znaczna bariera	Całkowita bariera	Nieokreślone	Nie dotyczy
	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
<b>e1101 Lek</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Każdy naturalny lub wytworzony przez człowieka produkt lub substancja, gromadzony, przetwarzany lub produkowany w celach leczniczych taki jak leki alopacyjne i naturopatyczne.</p> <p>Źródła informacji:  <input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis bariery/ułatwienia: Nie przyjmuje leków</p>											
<b>e310 Najbliższa rodzina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie.                  Nie obejmuje: dalszą rodzinę (e315); opiekunów asystentów osobistych (e340).</p> <p>Źródła informacji:</p>											



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne												
Opis bariery/ułatwienia: Macocha nie potrafi do niego dotrzeć zwyczajną rozmową. Chłopiec słucha się ojca, ponieważ zdarza się, że ten na niego krzyknie. Matka chłopca zostawiła ojca i wyjechała za granicę-kontakt się urwał.												
<b>e320</b>	<b>Przyjaciele</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoby, które pozostają w bliskich i aktualnie istniejących relacjach charakteryzujących się zaufaniem i wzajemnym wsparciem.												
Źródła informacji:												
<input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne												
Opis bariery/ułatwienia: Brak przyjaciół												
<b>e325</b>	<b>Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoby wzajemnie znające się jako rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności, w sytuacjach takich jak praca, szkoła, rekreacja lub inne aspekty życia, oraz posiadające wspólne cechy demograficzne takie jak wiek, płeć, wyznanie religijne lub pochodzenie etniczne lub realizujące wspólne zainteresowania.												
Nie obejmuje: stowarzyszenia i usługi związane ze zrzeszaniem się (e5550).												
Źródła informacji:												
<input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne												
Opis bariery/ułatwienia: Chłopiec ma trzech kolegów Jasia16, Stasia15 i Bolka17, i często gra z nimi w piłkę. Po grze w piłkę zdarza się, że zażywają razem marihuanę, którą przynoszą koledzy.												
<b>e330</b>	<b>Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Osoby, które ponoszą odpowiedzialność za podejmowanie decyzji na rzecz innych i mają społecznie uznany wpływ lub władzę wynikającą z ich społecznej, ekonomicznej, kulturowej lub religijnej roli w społeczeństwie, jak np.: nauczyciele, pracodawcy, osoby sprawujące nadzór, przywódcy religijni, decydenci, kuratorzy, powiernicy.

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis bariery/ułatwienia: Brak informacji - nieokreślona

	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
<b>e355 Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audjologowie, protetycy, medyczni pracownicy socjalni.

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis bariery/ułatwienia: Wsparcie psychologa w ustalaniu dnia.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Opracowanie profilu kategorialnego kończy proces diagnostyczny i pozwala w sposób zindywidualizowany popatrzeć na możliwości, zasoby i deficyty osoby badanej. Jasno wskazuje które obszary w zakresie funkcji ciała, aktywności i uczestniczenia oraz czynników środowiskowych wymagają interwencji. Na podstawie profilu kategorialnego określone jest wsparcie postdiagnostyczne czyli karta interwencji.

### **Karta interwencji**

Po przeprowadzeniu działań diagnostycznych dokonano planowania interwencji w oparciu o zdefiniowane obszary wynikające profilu kategorialnego. Istotne jest, aby określić ważność działania w związku z wymiarami zdrowia psychicznego (Cieciuch i in, 2023). Oprócz trzech wymiarów zaburzeń psychicznych, które są diagnozowane w trakcie badań/karty diagnostycznej, istotne jest określenie celu podejmowanych interwencji i ich związku ze zdrowiem psychicznym opisanym na dwóch wymiarach:

- 1) relacje społeczne
- 2) realizacja własnego potencjału rozwojowego

W trakcie określania interwencji jeden z tych wymiarów może być ważniejszy. Może się zdarzyć, że oba wymiary będą tak samo ważne w planowaniu wsparcia.

Proces zaplanowanego wsparcia może obejmować działania w ramach jednego sektora np. zdrowia ale efektywna interwencja może zakładać także działania międzysektorowe, gdzie niezbędne jest właściwe skoordynowanie zaplanowanych działań. W takim przypadku rolą specjalistów planujących interwencję jest współpraca międzysektorowa i koordynacja procesu wsparcia pomiędzy ekspertami w obszarze np. zdrowia, edukacji, polityki społecznej. Stosując profil kategorialny oraz kartę interwencji każdy ze specjalistów otrzyma bardzo konkretny przekaz dotyczący zaplanowanego procesu wsparcia oraz przyczyn tego działania. Wszyscy specjaliści będą komunikowali się ze sobą na podstawie jednego zunifikowanego dokumentu, co ułatwi im zrozumienie wszystkich zachodzących procesów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Tabela 4. Karta interwencji**

**Oddziaływania syntetyczne zdrowia psychicznego**

(1 – niska potrzeba interwencji w tym obszarze; 5 – wysoka potrzeba interwencji w tym obszarze)

Relacje społeczne, wkład do społeczności lokalnej **2**

Rozwój Ja, realizacja potencjału rozwojowego **4**

**Cele szczegółowe:**

Cel pacjenta: Poprawa jakości życia w tym kontaktów rówieśniczych

Cel krótkoterminowy 1: Poprawa uwagi, koncentracji oraz motywacji do działania

Cel krótkoterminowy 2: Zmniejszenie napięć emocjonalnych

Cel krótkoterminowy 3: Nabycie umiejętności kończenia rozpoczętych zadań

Kategorie ICF		Kwalifikator ICF					Oczekiwany wynik	Rodzaj wsparcia - interwencji	Osoba odpowiedzialna
Kod ICF	Tytuł ICF	0	1	2	3	4			
<b>b 117</b>	Funkcje intelektualne	0					0		
<b>b 122</b>	Ogólne funkcje psychospołeczne	0					0		
<b>b 126</b>	Funkcje temperamentu i osobowości	0	1				1		
<b>b130</b>	Funkcje energii i napędu	0	1				1	Konsultacje z dietetykiem	Dietetyk
<b>b 134</b>	Funkcje snu	0	1				1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
<b>b 140</b>	Funkcje uwagi	0	1	2			1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
<b>b 144</b>	Funkcje pamięci	0	1	2			3		
<b>b 147</b>	Funkcje psychomotoryczne	0	1	2			2		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

<b>b 152</b>	Funkcje emocjonalne		1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
<b>b 160</b>	Funkcje myślenia		0		
<b>b1644</b>	Wgląd w siebie		0		
<b>b 530</b>	Funkcje zachowania masy ciała		0		
<b>d 175</b>	Rozwiązywanie problemów		2	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			2		
<b>d 177</b>	Podjmowanie decyzji		0		
			0		
<b>d 210</b>	Podjmowanie pojedynczego zadania		1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			1		
<b>d 220</b>	Podjmowanie wielu zadań		1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			1		
<b>d 230</b>	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć		1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			1		
<b>d 240</b>	Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi		1	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			1		
<b>d 570</b>	Troska o własne zdrowie		2	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			2		
<b>d 710</b>	Podstawowe kontakty międzyludzkie		0	Psychoterapia indywidualna	Psychoterapeuta
			0		
<b>d 720</b>	Złożone kontakty międzyludzkie		1		
			1		
<b>d 760</b>	Związki rodzinne		1		



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Karta ewaluacji

Po przeprowadzeniu działań wspierających dla każdego pacjenta przygotowywana jest karta ewaluacji, czyli powtórne badanie diagnostyczne mające na celu zobrazowanie poziomu funkcjonowania osoby wspieranej i porównanie do stanu wejściowego. Poniżej karta ewaluacji Pana Stefana po trzymiesięcznym okresie wsparcia.

FUNKCJE CIAŁA								
Czynności fizjologiczne układów ciała (włączając funkcje psychologiczne)		Brak	Niewielkie trudności	Umiarkowana	Znaczne	Skrajne	Nie	
Jaki stopień upośledzenia posiada dana osoba w...		0	1	2	3	4	8	9
<b>b117</b>	<b>Funkcje intelektualne</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólne funkcje umysłowe niezbędne do rozumienia i twórczego integrowania różnych czynności umysłowych; w tym wszystkie funkcje poznawcze i ich rozwój w trakcie całego życia.								
Włącza się: funkcje rozwoju intelektualnego; opóźnienie intelektualne, niedorozwój umysłowy, otępienie								
Wyłącza się: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164)								
Źródła informacji:								
<input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne								
Opis problemu:								
<b>b122</b>	<b>Ogólne funkcje psychospołeczne</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólne funkcje umysłowe, jakie rozwijają się w ciągu całego życia, niezbędne dla rozumienia i twórczego integrowania czynności umysłowych, które prowadzą do kształtowania umiejętności współżycia z ludźmi, koniecznych do nawiązania wzajemnych relacji społecznych w odniesieniu zarówno do ich znaczenia jak i celu								
Włącza się: funkcje jak w autyzmie								
Źródła informacji:								
<input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne								
Opis problemu:								

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

	0	1	2	3	4	8	9
<b>b126 Funkcje temperamentu i osobowości</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Ogólne funkcje psychiczne związane z konstytucjonalną dyspozycją danej osoby do reagowania na sytuacje w określony sposób, w tym zespół cech psychicznych, odróżniających daną osobę od innych. Obejmuje: funkcje ekstrawersji, introwersji, zgodności, sumienności, stabilności psychicznej i emocjonalnej i otwartości na doświadczenia, optymizm, wyszukiwanie nowości, pewność, wiarygodność Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152)</p> <p>Źródła informacji:  <input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: Chłopiec jest osobą ugodową i życzliwą wobec dorosłych i kolegów. Chłopiec przykłada się do swoich obowiązków. Nadal zdarza mu się ulegać w różnych sytuacjach drażliwości i pobudzeniu. Stabilny emocjonalnie. Stefan jest osobą, która nie wykazuje ciekawości na nowe doświadczenia.</p>							
<b>b130 Funkcje energii i napędu</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Ogólne funkcje psychiczne, o podłożu fizjologicznym i psychologicznym, pobudzające do nieustannego działania na rzecz zaspakajania swoistych potrzeb i celów ogólnych. Obejmuje: funkcje określające poziom energii, motywację, apetyt, i głód, (w tymi substancji, które mogą być nadużywane) i panowanie nad impulsami. Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje snu (b134); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152).</p> <p>Źródła informacji:  <input type="checkbox"/> Historia przypadku   <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta   <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne   <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu: Jego energia jest niespożyta, ciągle działa, szybko się ekscytuje, jest w ciągłym ruchu.</p>							
<b>b134 Funkcje snu</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Ogólne funkcje umysłowe okresowego, odwracalnego i wybiórczego, fizycznego i umysłowego wyłączenia się ze swojego najbliższego otoczenia, któremu towarzyszą charakterystyczne zmiany fizjologiczne.

Obejmuje: funkcje ilości snu, początku snu, utrzymywanie snu, jakość snu, cykl snu, bezsenność, nadmierna potrzebę snu, sen napadowy

Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii życiowej i napędu (b130); funkcje uwagi (b140); funkcje aktywności psychoruchowej (b147)

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Brak problemu

0 1 2 3 4 8 9

**b140 Funkcje uwagi**

Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające skupienie się przez niezbędny odstęp czasu na bodźcu zewnętrznym lub przeżyciach wewnętrznych.

Obejmuje: funkcje trwałości, przetrutności, zmiennej podzielności i dzielenia uwagi, koncentracja, rozpraszalność.

Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje snu (b134); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Zdarzają się sytuacje nieuwagi, po krótkotrwałym rozproszeniu wraca do zadania.

0 1 2 3 4 8 9

**b144 Funkcje pamięci**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Określone funkcje umysłowe rejestrowania i przechowywania informacji oraz przywoływania w razie potrzeby.  
Obejmuje: funkcje pamięci krótkotrwałej i długotrwałej, pamięć natychmiastowa, pamięć świeża i odległa; objętość pamięci; wyszukiwanie w pamięci, zapamiętywanie; funkcje wykorzystywane w trakcie przywoływania z pamięci i poznawania tak jak w niepamięci nominalnej, wybiórczej i dysocjacyjnej.  
Wyłącza się: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje uwagi (b140); funkcje postrzegania (b156); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje umysłowe języka (b167); funkcje wykonywania obliczeń (b172)

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Nawet jeśli uda mu się nauczyć jakiejś partii materiału to za moment nie pamięta go i nie umie odtworzyć.

0 1 2 3 4 8 9

**b147 Funkcje psychomotoryczne**

Swoiste funkcje psychiczne nadzorujące tak ruchowe jak i psychiczne zdarzeniami na poziomie ciała.  
Obejmuje: funkcje kontroli psychomotoryczne jak: spowolnienie, pobudzenie i niepokój, zastyganie, katatonie; negatywizm; ambiwalencja, echopraksja i echolalia; jakość funkcji psychomotorycznych.  
Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje uwagi (140); funkcje językowe (b167); funkcje psychiczne sekwencjonowania ruchów złożonych (b176).

Źródła informacji:

Historia przypadku  Kwestionariusz pacjenta  Badanie kliniczne  Badanie specjalistyczne

Opis problemu: Jest pobudzony, w ciągłym ruchu

0 1 2 3 4 8 9

**b152 Funkcje emocjonalne**

Swoiste funkcje psychiczne odnoszące się do uczuć i afektywnych składników procesów umysłu.  
Obejmuje: funkcje związane z dostosowaniem emocji, regulacją i rozpiętością emocji; afekt, smutek, szczęście, miłość, strach, gniew, nienawiść, napięcie, lęk, radość, żal, chwiejność emocjonalną; sptyczenie afektu.  
Nie obejmuje: funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje energii i napędu (b130).

Źródła informacji:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

		0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne Opis problemu: Radzi sobie z porażką, sporadycznie występuje labilność emocjonalna w kontaktach zwłaszcza z kolegami.								
<b>b160</b>	<b>Funkcje myślenia</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szczegółne funkcje umysłowe dotyczące pojęciowego składnika umysłu Obejmuje : funkcje tempa, formy, kontroli treści myśli; funkcje myślenia ukierunkowanego na cel, funkcje myślenia nieukierunkowanego na cel; funkcje myślenia logicznego; napór myśli; gonitwę myślową; blokadę myśli; niespójność myślenia; rozkojarzenie myślenia; myślenia drobiazgowo; urojenia; natręctwa myślowe; myślenie przymusowe Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje pamięci (b144); funkcje aktywności psychoruchowej (b147); funkcje postrzegania (b156); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje umysłowe języka (b167) funkcje wykonywania obliczeń (b172) Źródła informacji: <input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne Opis problemu:								
<b>b1644</b>	<b>Wgląd w siebie</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funkcja umysłowa uświadamiania i rozumienia samego siebie i swojego zachowania. Źródła informacji: <input type="checkbox"/> Historia przypadku <input type="checkbox"/> Kwestionariusz pacjenta <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Badanie specjalistyczne Opis problemu:								
<b>b530</b>	<b>Funkcje dotyczące zachowania masy ciała</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funkcje dotyczące zachowania właściwej masy ciała z uwzględnieniem zwiększania masy ciała w okresie rozwoju. Obejmuje: funkcje utrzymywania akceptowanej wartości wskaźnika masy ciała (BMI); upośledzenia jak: niedobór wagi, wyniszczenie, zanik tkanki mięśniowej, nadwaga, wychudzenie, a także takie jak w pierwotnej i wtórnej otyłości Nie obejmuje: funkcje przyswajania (b520); ogólne funkcje metaboliczne (b540); funkcje gruczołów wydzielania wewnętrznego (b555)								



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

Źródła informacji:

Historia przypadku    Kwestionariusz pacjenta    Badanie kliniczne    Badanie specjalistyczne

Opis problemu:

---

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ICF wyjaśnia, że nie możemy, na przykład, wnioskować o uczestnictwie w życiu codziennym wyłącznie na podstawie diagnozy medycznej - jeśli dana osoba nie może chodzić może to być związane z jednym z wielu różnych stanów zdrowia. Przenosząc uwagę z kondycji zdrowotnej na funkcjonowanie, ICF umieszcza wszystkie warunki zdrowotne na równych zasadach, umożliwiając ich porównywanie pod względem ich funkcjonowania za pomocą wspólnych ram. Klasyfikacja oferuje kompleksowy model zdrowia, który nie ogranicza się tylko do obecności choroby czy niepełnosprawności, ale również uwzględnia pozytywne aspekty zdrowia, takie jak funkcjonowanie i dobre samopoczucie. ICF opiera się na biopsychospołecznym podejściu do zdrowia, co oznacza uwzględnienie interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi w ocenie stanu funkcjonalnego osoby, dostarcza jasnej i zorganizowanej struktury klasyfikacyjnej, która umożliwia systematyczne określanie różnych aspektów funkcjonowania osoby w różnych dziedzinach życia. ICF dzieli funkcjonowanie na trzy główne komponenty: funkcje ciała i struktury, aktywności i uczestnictwo, oraz czynniki środowiskowe. Dzięki temu umożliwia ocenę zarówno zdolności jednostki do wykonywania konkretnych czynności, jak i wpływu otoczenia na jej funkcjonowanie.

Klasyfikacja dostarcza spójnej terminologii i definicji, co pomaga profesjonalistom opieki zdrowotnej porozumiewać się i zrozumieć się nawzajem, niezależnie od ich specjalizacji czy kultury zawodowej. ICF podkreśla znaczenie holistycznego podejścia do opieki zdrowotnej, które uwzględnia nie tylko aspekty biomedyczne, ale także psychospołeczne. Dzięki temu specjaliści różnych specjalności mogą współpracować w ramach zintegrowanego modelu leczenia, który skupia się na potrzebach całościowej osoby. Klasyfikacja umożliwia tworzenie spersonalizowanych planów opieki, które uwzględniają indywidualne potrzeby, cele i preferencje pacjentów. Dzięki wspólnemu językowi i zintegrowanemu podejściu specjaliści mogą wspólnie opracować plany terapii, które są skuteczne i dostosowane do konkretnych sytuacji. ICF zapewnia wspólny język, terminy i koncepcje do wykorzystania przez osoby świadczące odpowiednie usługi. Jest to ważne, ponieważ osoby mające problemy z funkcjonowaniem mogą wchodzić w interakcje z wieloma specjalistami i systemami, na przykład ze służbą zdrowia, edukacją i opieką



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

społeczną. Procesy są bardziej wydajne, jeśli wszyscy zaangażowani opierają swoje podejścia i komunikację na wspólnym języku i pojęciach. Wspólny język jest niezbędny do wspierania tej zintegrowanej opieki (Stucki, Ewert, Cieza, 2002)

Klasyfikacja umożliwia dokładną ocenę potrzeb i możliwości każdego pacjenta, co pozwala na indywidualne dostosowanie planów opieki do konkretnych sytuacji. Dzięki temu profesjonaliści mogą świadczyć bardziej spersonalizowaną i skuteczną opiekę, która lepiej odpowiada na potrzeby pacjentów, profesjonaliści zdrowia mogą uzyskać pełniejsze zrozumienie funkcjonowania pacjenta we wszystkich jego aspektach, a nie tylko w kontekście choroby czy niepełnosprawności. To pozwala na lepsze uwzględnienie różnych czynników wpływających na zdrowie i dobre samopoczucie pacjenta. ICF może być używane do planowania skoordynowanej opieki, która uwzględnia potrzeby pacjenta we wszystkich dziedzinach życia. Dzięki wspólnemu językowi i zrozumieniu funkcjonowania pacjenta, różni profesjonaliści mogą współpracować w celu zapewnienia kompleksowej opieki, która obejmuje różne aspekty zdrowia i dobrostanu pacjenta. ICF umożliwia monitorowanie postępów pacjenta w trakcie leczenia oraz ocenę skuteczności różnych interwencji terapeutycznych. Dzięki temu profesjonaliści mogą szybko reagować na zmiany w stanie pacjenta i dostosowywać plany leczenia w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników.

Klasyfikacja rozumie zdrowie jako wynik interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. W tym kontekście czynniki środowiskowe mają kluczowe znaczenie dla zrozumienia, w jaki sposób środowisko wpływa na zdrowie i funkcjonowanie jednostki. ICF definiuje czynniki środowiskowe jako wszystkie elementy otoczenia, w którym jednostka żyje i działa, takie jak warunki pracy, warunki społeczne, wsparcie społeczne, dostęp do usług zdrowotnych, ale również bariery architektoniczne czy kulturowe. Te czynniki mogą mieć istotny wpływ na zdrowie i funkcjonowanie jednostki. Jednocześnie umożliwia ocenę wpływu czynników środowiskowych na zdrowie i funkcjonowanie jednostki poprzez identyfikację barier i ułatwień, które mogą wpływać na możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, wykonywanie codziennych czynności oraz osiągnięcie satysfakcji i dobrostanu. Poprzez uwzględnienie czynników środowiskowych, ICF przyczynia się do zwiększenia świadomości społecznej na temat roli otoczenia w kształtowaniu zdrowia i



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

funkcjonowania jednostki oraz może promować działania mające na celu eliminację barier i tworzenie bardziej sprzyjającego środowiska dla wszystkich osób.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (Eds.). (2012). *ICF core sets: manual for clinical practice for the ICF research branch, in cooperation with the WHO collaborating centre for the family of international classifications in Germany (DIMDI)*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Escorpizo, R., Ekholm, J., Gmünder, H. P., Cieza, A., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2010). Developing a core set to describe functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *Journal of occupational rehabilitation*, 20, 502-511. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9241-9>
- Escorpizo, R., Reneman, M. F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S. U., ... & Chan, C. C. (2011). A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of occupational rehabilitation*, 21, 126-133. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9292-6>.
- Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Kennedy, C., Robinson Nicol, M. M., Stucki, G., & Üstün, T. B. (2013). Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC public health*, 13, 1-5. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-742>
- Grill, E., Ewert, T., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2005). ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and rehabilitation*, 27(7-8), 361-366. <https://doi.org/10.1080/09638280400013974>
- Grill, E., Zochling, J., Stucki, G., Mittrach, R., Scheuringer, M., Liman, W., ... & Braun, J. (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for patients with acute arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 25(2), 252. <https://doi.org/10.1007/s10067-005-0156-3>
- Karlsson, E., & Gustafsson, J. (2022). Validation of the international classification of functioning, disability and health (ICF) core sets from 2001 to 2019—a scoping



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

review. *Disability and rehabilitation*, 44(14), 3736-3748.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878562>.

Kostanjsek, N., Rubinelli, S., Escorpizo, R., Cieza, A., Kennedy, C., Selb, M., ... & Üstün, T. B.

(2011). Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disability and*

*rehabilitation*, 33(15-16), 1475-1482. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.527032>.

Limsakul, C., Noten, S., Selb, M., Stam, H. J., van der Slot, W. M., & Roebroek, M. E. (2020).

Developing an ICF Core Set for adults with cerebral palsy: A Global expert survey of relevant functions and contextual factors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), 1-

9. <https://doi.org/10.2340/16501977-2669>

Mahdi, S., Viljoen, M., Yee, T., Selb, M., Singhal, N., Almodayfer, O., ... & Bölte, S. (2018). An

international qualitative study of functioning in autism spectrum disorder using the World Health Organization international classification of functioning, disability and

health framework. *Autism Research*, 11(3), 463-475.

<https://doi.org/10.1002/aur.1905>.

Noten, S., Troenosemito, L. A., Limsakul, C., Selb, M., de Groot, V., Konijnenbelt, M., ... & van

Eeghen, A. M. (2021). Development of an ICF Core Set for adults with cerebral palsy: capturing their perspective on functioning. *Developmental Medicine & Child*

*Neurology*, 63(7), 846-852. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14841>

Noten, S., Selb, M., Troenosemito, L. A., Thorpe, D. E., Rodby-Bousquet, E., van der Slot, W.

M., ... & Gurtner, B. (2022). ICF Core Sets for the assessment of functioning of adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(5), 569-577.

<https://doi.org/10.1111/dmcn.15104>

Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of

Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 44(3), 329-342.

Selb, M., Kohler, F., Nicol, M. M. R., Riberto, M., Stucki, G., Kennedy, C., & Üstün, B. (2015).

ICD-11: a comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(1), 2-8.

<https://doi.org/10.2340/16501977-1928>.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Stier-Jarmer, M., Cieza, A., Borchers, M., & Stucki, G. (2009). How to apply the ICF and ICF core sets for low back pain. *The Clinical journal of pain*, 25(1), 29-38.  
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31817bcc78>
- Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and rehabilitation*, 24(17), 932-938.  
<https://doi.org/10.1080/09638280210148594>.
- Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(4), 279-285.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-0041>.
- Stucki, G., & Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation medicine*, 39(4), 286-292.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-0044>.
- Stucki, A., Cieza, A., Michel, F., Stucki, G., Bentley, A., Culebras, A., ... & Partinen, M. (2008). Developing ICF Core Sets for persons with sleep disorders based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sleep Medicine*, 9(2), 191-198.  
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.01.019>.
- Stucki, G., Zampolini, M., Juocevicius, A., Negrini, S., & Christodoulou, N. (2016). Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(2), 299-307. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04436-1>.
- Stucki, G., & Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(1), 134-138. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

World Health Organization. (2021). Groups that were involved in ICD-11 Revision

Process. *World Health Organization*. [https://www.who.](https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/groupsthat-were-involved-in-icd-11-revision-process)

[int/standards/classifications/classification-of-diseases/groupsthat-were-involved-in-icd-11-revision-process](https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/groupsthat-were-involved-in-icd-11-revision-process).

Xie, L., Wu, Q., Hu, W., Li, W., Xiang, G., Hao, S., ... & Li, S. (2020). Performance of brief ICF-sleep disorders and obesity core set in obstructive sleep apnea patients. *Respiratory Research*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01404-1>.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Skuteczne włączenie do zespołów diagnostyczno-terapeutycznych asystentów zdrowia**

Mrozowicz-Grodzka Dorota

Centrum Zdrowia Psychicznego przy szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, dorota.mrozowicz@malysak.org

Burcon Karolina

Centrum Terapii „Zielony Przylądek” w Sosnowcu, karolinaburcon86@gmail.com

Gaweł Lidia

Centrum Zdrowia Psychicznego Psyche-Med w Mikołowie, lidia.gawel1@o2.pl

Struk Emilia

Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku, emila-waldowska@wp.pl

### **Streszczenie**

Rozdział przedstawia podstawowe aspekty pracy asystentów zdrowia. Włączanie asystentów do zespołów diagnostyczno-terapeutycznych nie jest proste, ale także nie jest na tyle złożone by nie była możliwa zmiana w podejściu do Pacjentów w Centrum Zdrowia Psychicznego. W ramach projektów współfinansowanych przez Europejski Fundusz Społeczny wdrażano do pracy zespołów asystentów zdrowia z różnym rezultatem. Od stycznia 2023 roku na kierowników Centrów Zdrowia Psychicznego nałożony został obowiązek zatrudniania asystentów zdrowia. Praca asystentów w zespołach CZP budziła i nadal budzi wiele kontrowersji. Rozdział jest próbą usystematyzowania roli asystentów zdrowia, przedstawia propozycję skutecznego włączenia ich w pracę na rzecz osób w kryzysach psychicznych. Asystenci mogą wnieść określone korzyści do zespołu terapeutycznego zarówno dla usługobiorców, jak i współpracowników. Pokazujemy perspektywę asystentów zdrowia i problemy, z którymi zarówno sami się stykają, jak i ich pracodawcy i współpracownicy. Odwołując się do praktyk zagranicznych, szczególnie niemieckich i brytyjskich oraz własnego doświadczenia, zaproponowaliśmy wytyczne odnoszące się do kwalifikacji zawodowej, w tym procesu szkolenia, procedury wdrażania asystentów zdrowia do pracy oraz zakresu obowiązków. Rozdział zawiera rekomendacje dotyczące pracy asystenta zdrowia, w tym jego wynagrodzenia, konieczności



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

umieszczenia świadczonych przez nich usług w koszyku świadczeń gwarantowanych i zasadności funkcjonowania Klubów Pacjenta, które prowadzą. Jednolite zasady kwalifikacji zawodowej oraz wyznaczona ścieżka zatrudniania asystentów zdrowienia są konieczne, by proces wdrażania przebiegał efektywnie i bez przeszkód.

**Słowa kluczowe:** asystent zdrowienia; reforma opieki psychiatrycznej; proces zdrowienia; eksperci przez doświadczenie; Centrum Zdrowia Psychicznego

## Wprowadzenie

Znaczenie wsparcia udzielanego przez osoby, które doświadczyły kryzysu psychicznego nie wydaje się czymś naturalnym i bezdyskusyjnym. W psychiatrii zwyczaj zatrudniania osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego sięga osiemnastowiecznej Francji (Davidson i in., 2012). W obecnych czasach asystenci zdrowienia wspierają osoby w kryzysie zdrowia psychicznego w krajach, takich jak Niemcy, Norwegia, Wielka Brytania, USA, Kanada, a nawet Argentyna czy Australia, gdzie nazywani są *peer workers*, *recovery assistants* czy *ex-ins*. Doświadczenie wielu asystentów zdrowienia i osób, które są przez nich wspierane wskazują na skuteczność tego wsparcia, dając nadzieję na zwiększenie odsetka powrotów do funkcjonowania społecznego osób z doświadczeniem kryzysów psychicznych przy zmniejszonym odsetku hospitalizacji, ale także, np. na zmiany społeczne dotyczące stygmatyzowania osób z zaburzeniami psychicznymi (von Peter i in., 2024).

Włączenie asystentów zdrowienia do zespołów diagnostyczno-terapeutycznych stanowi istotny postęp w reakcji na wciąż rosnące zapotrzebowanie na usługi sektora związanego z opieką zdrowia psychicznego. Jak pokazują prognozy, wskaźnik zaburzeń psychicznych wzrośnie o 20,81% w roku 2028<sup>56</sup>, co znacząco zwiększy popyt na odpowiednie usługi specjalistyczne. Jeden z sześciu filarów systemu opieki zdrowia psychicznego proponowanych przez specjalistów w ramach EUCOMS (*The European Community based Mental Health Service Providers*) – *Stosowanie ekspertyzy asystentów zdrowienia w projektowaniu i dostarczaniu usług* (Keet i in., 2019) – promuje rolę asystentów zdrowienia

---

<sup>56</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.  
<https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

w tym sektorze, definiując tym samym kierunek przyszłego rozwoju opieki psychiatryczno-psychologicznej. Wprowadzenie asystentów zdrowienia, zwanych także ekspertami przez doświadczenie, do zespołu diagnostyczno-terapeutycznego jest ważnym elementem w procesie zmian w ochronie zdrowia psychicznego. Środowiskowy model opieki zdrowia psychicznego koncentruje się na towarzyszeniu w procesie zdrowienia oraz wsparciu środowiskowym, różniącym się od tradycyjnego podejścia, w którym przewlekłe (często traktowane jako nieuleczalne) zaburzenia psychiczne leczone są przede wszystkim farmakologicznie. Zatrudnienie osób z doświadczeniem kryzysu i zdrowienia wydaje się wobec tych zmian czymś niezwykle pomocnym, wręcz niezbędnym, orientującym opiekę psychiatryczną w kierunku orientacji na zdrowienie, a nie tylko na leczenie objawów. Zmiana ta polega na przedefiniowaniu pojęcia zdrowia psychicznego, o czym szerzej napisali Ciecuch i in., w tym tomie. Istotnym w tym kontekście jest fakt, iż za osobę zdrową psychicznie nie uważa się wyłącznie osoby, której nigdy nie postawiono żadnej diagnozy psychiatrycznej, ale także taką, która pomimo swej diagnozy zachowuje dobrostan psychofizyczno-społeczny, funkcjonuje w społeczeństwie, nawiązuje relacje i radzi sobie z trudnościami. W kontekście zmian w opiece psychiatrycznej nowym kierunkiem jest spojrzenie na doświadczenie kryzysu zdrowia psychicznego, rozumianego jako proces, który przy odpowiednim wsparciu może mieć pozytywne zakończenie, a asystent zdrowienia może w tym procesie odgrywać kluczową rolę.

Dyskurs przeniesiony został z pytania *Czy warto zatrudniać asystentów zdrowienia? Na Jak zrobić to skutecznie?* Jak zauważają Gillard i in. (2013), proces przyjęcia asystentów zdrowienia do zespołu wymaga podjęcia odpowiednich kroków. W innym wypadku wspierająca rola asystentów może zostać osłabiona. Jasne wytyczne wydają się być niezbędne również w Polsce, gdyż rola ekspertów przez doświadczenie stanowi *novum* w systemie polskiej opieki psychiatrycznej. Niniejszy rozdział ma na celu opracowanie zaleceń, które mogą wesprzeć proces przyjmowania osób na stanowisko asystentów zdrowienia oraz włączanie ich w pracę zespołów Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) na terenie Polski. W tej pracy oparto się zarówno na własnym doświadczeniu, zauważając trudności i proponując rozwiązania, jak i na dobrych praktykach stosowanych w Polsce oraz za granicą.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Historia wprowadzenia asystentów zdrowia w Polsce rozpoczęła się w 2013 roku wraz z inauguracyjnym kursem szkoleniowym dla osób z doświadczeniem kryzysu zorganizowanym przez Polski Instytut Otwartego Dialogu. Jednak dopiero w styczniu 2023 roku, wraz z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>57</sup>, ustawodawca zarządził pracodawcom obowiązek zatrudniania asystentów zdrowia w centrach zdrowia psychicznego. Choć niektórzy asystenci pracują już od 10 lat, będąc integralną częścią zespołu, inni spotykają się z niezrozumieniem, stygmatyzacją, utrudnianiem wykonywania obowiązków zawodowych. Kluczem wydaje się zrozumienie, jaką rolę może odgrywać ekspert przez doświadczenie dla świadczeniobiorcy i jego bliskich, ale także dla zespołu czy lokalnej społeczności.

Asystenci zdrowia mogą pełnić niezwykle istotną funkcję w zespole diagnostyczno- terapeutycznym, wnosząc unikalne doświadczenia i perspektywy, które znacząco wzbogacają proces terapeutyczny. Głównym celem asystentów zdrowia jest poprawa dobrostanu psychicznego Pacjentów poprzez indywidualne i grupowe wsparcie, wzmacnianie i edukację. Ich działalność jest zgodna z misją oraz wartościami stojącymi u podstaw CZP. Przykład asystentów zdrowia stanowi dowód na to, iż przebycie kryzysu zdrowia psychicznego nie jest związane z dożywotnią izolacją. Ich obecność na oddziałach może przynieść osobom w kryzysie nadzieję na wyzdrowienie czy remisję, a zespołowi wartościowego współpracownika. Należy podkreślić, że zatrudnienie asystenta jest korzystne nie tylko dla świadczeniobiorców, ale także dla świadczeniodawców. Aktywne zaangażowanie osób z bezpośrednim doświadczeniem kryzysu psychicznego w projektowanie usług jest bowiem kluczowe, aby te usługi były skuteczne i dostosowane do realnych potrzeb (Mazur, 2022). Zastosowanie znajduje tu znana z podejścia Otwartego Dialogu zasada: nic o nas bez nas (Keet i in., 2019). Asystenci jako osoby, które korzystały lub korzystają z usług opieki psychiatrycznej doskonale wiedzą, co wspiera, a co spowalnia lub wręcz uniemożliwia zdrowienie. Mimo że włączenie asystentów zdrowia do zespołów terapeutycznych otwiera przestrzeń dla nowych rozwiązań i inspirowanie do innowacyjnych

---

<sup>57</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001953>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

praktyk (Sierpowski, 2022), to wiąże się także z licznymi wyzwaniem i wątpliwościami, które postaramy się omówić w niniejszym rozdziale.

### **Kryteria kwalifikacji zawodowej**

Warunkiem *sine qua non* w uzyskaniu kwalifikacji zawodowej asystenta zdrowienia jest przebycie i wyjście z kryzysu zdrowia psychicznego. Warunek ten może budzić kontrowersje, ale jednocześnie daje nadzieję wielu osobom zmagającym się z kryzysem psychicznym. Pokazuje bowiem, iż kryzys jest czymś, co może zakończyć się lub wyciszyć, dodatkowo przynosząc korzyści tym, którzy zmagają się z podobnymi doświadczeniami. Asystenci zdrowienia jako eksperci przez doświadczenie w swojej pracy opierają się na własnej drodze ku zdrowieniu, o czym mówi Rogalska (2021) w czasopiśmie *Dla nas* (nota bene współtworzonego przez asystentów zdrowienia):

*Czyż nie jest profesjonalistą człowiek, który nierzadko całe życie zmagają się z chorobą i jej nawrotami lub przez lata próbuje nie dopuścić do kryzysu, a następnie mierzy się, próbując wyjść z sytuacji patowej? Życzyłabym sobie, by asystentów zdrowienia nazywano profesjonalistami i takowym się czuję. Próby zrozumienia, co się ze mną dzieje, dlaczego nikt inny tego nie pojmuje, a piętnują obcy i bliscy, dlaczego nie pomagają medycyna i psychologia – to dostateczny kapitał i nie do wycenienia unikalne doświadczenie (s. 15).*

### **Kwestia diagnozy i stanu zdrowia**

Obecnie w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji<sup>58</sup> zapisano, iż osoba pragnąca kształcić się na asystenta zdrowienia winna mieć doświadczenie psychozy. Stoimy na stanowisku, iż nie należy zawęzić kryterium umożliwiającego pracę w roli asystenta wyłącznie do występowania w przeszłości psychozy. Uważamy, iż głęboki kryzys zdrowia psychicznego jest pojęciem szerszym niż psychoza. Takie ograniczenie jest dyskryminujące dla osób, które doświadczyły zaburzeń lękowych, afektywnych czy depresyjnych. Wśród osób z doświadczeniem depresji, PTSD (*post-traumatic stress disorder*; zespół stresu pourazowego)

<sup>58</sup> [https://kwalifikacje.gov.pl/k?id\\_kw=13926](https://kwalifikacje.gov.pl/k?id_kw=13926)





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

czy choroby afektywnej dwubiegunowej można znaleźć wiele osób, które doskonale sprawdziłyby się w roli asystenta zdrowienia. Dowodem na to są osoby, które już pracują na tym stanowisku w Polsce, ale także za granicą, np. w USA czy Norwegii, gdzie nie ma takich ograniczeń. Oddziały psychiatryczne przyjmują osoby z różnorodnymi diagnozami, dla których wsparcie asystenta może być równie pomocne, jak dla osób w kryzysie psychotycznym. Choć osoba będąca w kryzysie depresji czy zmagająca się z objawami PTSD może skorzystać z psychoterapii, niedostępnej dla osoby w psychozie, zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne jest zazwyczaj wyższe niż możliwości oddziału. Co za tym idzie, asystent może być wsparciem dla osób potrzebujących porozmawiać w sytuacji, w której pozostałe osoby z zespołu są niedostępne. Wsparcie, które oferuje asystent zdrowienia jest wsparciem innego rodzaju niż to oferowane przez psychologa czy psychiatrę i jako takie może być pomocne każdemu usługobiorcy. Z usług asystentów korzystają także osoby, które nie mają zaufania do personelu medycznego czy psychologicznego i również w tym wypadku nie ma znaczenia diagnoza asystenta.

Należy również podkreślić, że zagraniczni praktycy uznają za istotne, by asystenci zdrowienia mieli wielorakie zaburzenia, ponieważ znacząco poprawia to jakość kształcenia. Różnorodność bowiem poszerza spektrum wiedzy na temat zaburzeń, objawów i sposobów radzenia sobie z nimi (Petersen, 2022). Wiedza uczestników kursu jest wprost proporcjonalna do bogactwa ich doświadczeń. Dodatkowo, na kursach dla asystentów zdrowienia uczy się, że nie należy skupiać się na diagnozie, tylko na człowieku. Czy wobec tego przesłania, kryterium zawężające kwalifikacje zawodowe do jednej diagnozy jest konsekwentne?

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia stanu zdrowia osoby ubiegającej się o stanowisko asystenta zdrowienia. W związku z tym, iż przebyty kryzys zdrowia psychicznego jest niezbędny w tej ścieżce, to warunkiem koniecznym pozwalającym na rozpoczęcie tej drogi jest terapia własna asystenta w wymiarze co najmniej 75 godzin, a także stabilny stan psychiczny kandydata. Przez wspomnianą stabilność rozumiemy:

- umiejętność radzenia sobie z trudnościami,
- wgląd w swój stan psychiczny oraz



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- samoświadomość, która pozwala na odpowiednią i szybką reakcję w sytuacji, gdy ów stan się pogarsza.

Asystent nie musi być zatem osobą, która nie ma objawów, ale powinien być osobą, której objawy nie powodują zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu. Warto przyjrzeć się praktyce Niemców, którzy uznają za zasadne przyjmowanie na kursy kwalifikacyjne osób będących na różnych etapach procesu zdrowienia, co przynosi bogatsze doświadczenia i korzyść dla kursantów. Choć mogłoby się wydawać, że konieczna jest pełna remisja objawowa, Petersen (2022) zauważa, że:

*Gdyby w kursach uczestniczyli tylko „wysoce zmotywowani, zdolni do pracy, całkowicie wolni od objawów, stabilni uczestnicy” (co jest nierealistyczne, ponieważ asystenci zdrowienia nigdy nie są całkowicie wolni od objawów), którzy tylko czekają na podjęcie roli w opiece psychiatrycznej, znacznie ograniczylibyśmy różnorodność, a co za tym idzie jakość uczenia się (s. 44).*

W Niemczech asystentami zdrowienia zostają także osoby z orzeczoną całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy. W Polsce jest to również formalnie możliwe i wydaje się pożądane w kontekście pracy asystentów. Osoba, której proces zdrowienia jeszcze się nie zakończył, powinna być w czasie trwania kursu pod opieką psychoterapeuty.

Pracodawca ma prawo wymagać oświadczenia o stanie zdrowia psychicznego asystenta, którego zatrudnia do pracy. Uwagę na to powinny zwracać również osoby rekrutujące asystentów na kurs kwalifikacyjny. Rola eksperta przez doświadczenie może być jedyną możliwością na podjęcie pracy, a przy tym przynosi dający nadzieję przykład osobom, które są przez takiego asystenta wspierane.

### **Kwalifikacje asystenta zdrowienia**

Wdrażanie zawodu asystenta do polskiego systemu opieki zdrowia psychicznego stanowi nie tylko wyzwanie związane z koniecznością zmiany perspektywy, ale także – z powodów formalnych – z kwalifikacją zawodową. „Jeśli bowiem warunkiem koniecznym do uznania danej osoby za asystenta zdrowienia jest doświadczenie choroby, to trudno zakładać istnienie zaplanowanego cyklu kształcenia na tym stanowisku. Można natomiast przewidzieć

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

możliwość dodatkowej edukacji kompetencyjnej, ukierunkowanej na stosowanie doświadczenia w opiece nad Pacjentem” (Karniej, 2022, s. 97).

Personel medyczny może obawiać się, że asystent zdrowienia nie posiada odpowiednich kwalifikacji i kompetencji do udzielania wsparcia Pacjentom. Konieczne jest zbudowanie zaufania poprzez przedstawienie zakresu zadań, które może wykonywać asystent (poruszamy tę kwestię w dalszej części rozdziału) oraz klarowne wytyczne dotyczące ścieżki kwalifikacji zawodowej. Z założenia asystent przyjmowany do pracy powinien mieć ukończony kurs kwalifikujący go do zawodu. Jeśli jednak takiego kursu nie ukończył, to pracodawca powinien zapewnić mu możliwość wzięcia udziału w odpowiednim szkoleniu.

Obecnie osoby chcące zostać asystentami zdrowienia mają do wyboru kursy w kilku miejscach w Polsce lub online. Kursy najczęściej są odpłatne, choć zdarza się, że organizator uzyskuje dofinansowanie, dzięki któremu kursanci uczestniczą w szkoleniu bezpłatnie. Programy kursów są niejednolite, choć zakres tematyczny w dużej mierze się pokrywa. Ujednolicenie programu poprzez stworzenie podstawy programowej byłoby zasadne i pożądane. Poniżej w tabeli 1 przedstawiamy propozycję, która może stanowić wskazówkę dla organizatorów kursów.

**Tabela nr 1.** *Wskazówki dotyczące efektów uczenia się w ramach organizacji kursów kwalifikacyjnych dla asystentów zdrowienia*

---

Kurs kwalifikacyjny asystenta zdrowienia – zakres zagadnień
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dzielenie się swoim doświadczeniem oraz zapoznawanie się z doświadczeniami innych</li><li>• Doświadczenie zaburzenia – sposoby radzenia sobie z objawami</li><li>• Zdrowienie</li><li>• Wzmacnianie</li><li>• Podstawowe zagadnienia z dziedziny psychologii</li><li>• Prawa Pacjenta i rzecznictwo</li><li>• Interwencja kryzysowa</li><li>• Plan kryzysowy i plan zdrowienia</li><li>• Trening umiejętności miękkich – komunikacja ze świadczeniobiorcą</li><li>• Wspieranie osób w kryzysie – sposoby obniżania napięcia, stresu, aktywne słuchanie</li></ul>

---

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 
- Kodeks Etyczny Asystentów Zdrowienia oraz przepisy dotyczące opieki zdrowia psychicznego i działania CZP
  - Destygmatyzacja, działania profilaktyczne
- 

#### Umiejętności asystenta zdrowienia

---

- Aktywne słuchanie
  - Dzielenie się swoim doświadczeniem kryzysu i zdrowienia w profesjonalny, nieobciążający sposób
  - Komunikowanie się w sposób bezprzemocowy, nieoceniający, nienarzucający (komunikat „ja”; koncepcja „Wiedza JA–TY–MY”)
  - Znajomość Kodeksu Etycznego Asystentów Zdrowienia i jego przestrzeganie
  - Znajomość praw Pacjenta i zaangażowanie w działalność na ich rzecz
  - Podstawowa wiedza z zakresu psychologii obejmująca wiedzę na temat objawów poszczególnych zaburzeń
  - Znajomość zasad funkcjonowania CZP
  - Interwencja kryzysowa na podstawowym poziomie
  - Umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciem i zdolność do dzielenia się tym
  - Umiejętność wspierania Pacjentów w tworzeniu planu kryzysowego i planu zdrowienia
  - Wysoki poziom samoświadomości – umiejętność krytycznej oceny własnych działań
  - Znajomość przepisów dotyczących zdrowia psychicznego
  - Zdolność do pracy w zespole
  - Świadomość ról w zespole terapeutyczno-diagnostycznym
  - Zarządzanie konfliktem
- 

Kurs powinien obejmować co najmniej 240 godzin wykładowych. Choć praca asystenta opiera się na własnym doświadczeniu, proces szkoleniowy powinien obejmować podstawową wiedzę z zakresu psychologii, interwencji kryzysowej oraz uwzględniać trening umiejętności miękkich. Praca na kursie powinna być oparta o pracę warsztatową, umożliwiającą kursantom odegranie roli asystenta pracującego z osobami w kryzysie. Osoby, którym udało się wyzdrowieć, zyskać odporność i prowadzić satysfakcjonujące życie pomimo doświadczonych zaburzeń psychicznych, mogą być wzorem do naśladowania. Istnieją różne, indywidualne sposoby radzenia sobie z procesem zdrowienia. W związku z tym wskazane jest, by szkolenie pokazywało także różnorodne ścieżki powrotu do zdrowia, różne formy zaburzeń psychicznych i różne strategie radzenia sobie z nimi. W Niemczech korzysta się z teorii uczenia się opartej na doświadczeniu, definiowanej przez Kolba (1984, za: Streiber i in., 2022) jako „proces, w którym wiedza jest tworzona poprzez transformację



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

doświadczenia. Wiedza wynika z połączenia chwytania i przekształcania doświadczenia” (s. 38).

Ważne jest, by asystent zdrowienia miał pełną świadomość tego, iż to, co pomogło jemu, nie musi być wspierające dla innej osoby w kryzysie. W zrozumieniu tego może pomóc koncepcja „Wiedza JA–TY–MY” (Utschakowski, 2016), która uczy aktywnego słuchania drugiej osoby, szukania wspólnej perspektywy, ale także szacunku dla odrębności drugiego człowieka. W pracy asystenta istotne jest dzielenie się doświadczeniem własnym, przepracowanym i podanym refleksji, zrozumienie dla emocji, objawów i kryzysu drugiego człowieka, ale także poszerzanie swojej perspektywy poprzez otwartość na Pacjenta, na jego doświadczenie, przeżywanie objawów i radzenie sobie z nimi.

Integralną częścią kursu powinien być staż obejmujący 240 godzin pracy w placówce zajmującej się ochroną zdrowia psychicznego. Zaświadczenie o odbytym stażu pozwala na wystawienie certyfikatu ukończenia kursu i tym samym zdobyciu kwalifikacji zawodowych uprawniających do aplikowania na stanowisko asystenta zdrowienia. Ze względu na wymagający charakter pracy na oddziale stacjonarnym, związany z tym, iż hospitalizowane na nim są osoby w najgłębszych kryzysach, rekomendujemy, by osoby, które zaczynają staż w roli asystentów zdrowienia zostały skierowane do pracy na oddziale stacjonarnym dopiero po pewnym czasie stażu na oddziale dziennym, w Zespołach Leczenia Środowiskowego i w Klubie Pacjenta. Stażyści powinni mieć możliwość wypracowania podobnej liczby godzin we wszystkich strukturach CZP.

Często bywa, że asystenci zdrowienia dążą do poszerzania wiedzy, biorąc udział w kursach, studiując psychologię lub kierunki pokrewne. Opłacenie szkolenia, wzięcie asystenta pod uwagę przy planowaniu szkoleń wewnętrznych czy choćby umożliwienie skorzystania z urlopu szkoleniowego byłyby dla nich niezwykle cenne, szczególnie biorąc pod uwagę niskie zarobki.

Niezmiernie ważne wydaje się także wsparcie osób pragnących zostać asystentami zdrowienia, które są w trudnej sytuacji majątkowej. Powinno być możliwe, by osoba taka mogła skorzystać z dofinansowania na pokrycie kosztów kursu kwalifikacyjnego. Żeby tak się stało, zawód asystenta zdrowienia musi zostać wpisany na listę Indeksu Zawodów i

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Specjalności. Aby nie wykluczać osób, które nie mieszkają w dużych miastach i/lub ich sytuacja materialna nie pozwala na dojazd na kurs stacjonarny, powinna być dostępna możliwość odbycia kursu w formie online. Jak wskazują doświadczenia pandemiczne, edukacja online również może być pełnowartościowa. Doświadczenia wielu asystentów zdrowienia pokazują, że gdyby nie możliwość odbycia kursu w formie online, nie byłiby oni w stanie (z przyczyn organizacyjnych, finansowych czy zdrowotnych) wziąć udziału w szkoleniu. Biorąc jednak pod uwagę wykluczenie cyfrowe, należałoby umożliwić odbycie kursu blisko miejsca zamieszkania. Wiązałoby się to z większym zapotrzebowaniem na osoby szkolące przyszłych asystentów zdrowienia, dlatego kluczowe jest udostępnienie kursów również dla trenerów (Bartosiewicz-Niziołek i in., 2021).

### **Onboarding, czyli jak przygotować zespół do przyjęcia asystenta zdrowienia i jak przygotować go do tworzenia zespołu?**

Wdrażanie asystentów zdrowienia do systemu opieki zdrowia psychicznego stanowi wyzwanie dla pracodawców nie tylko w Polsce (Repper i in., 2013). Z badania Ibrahim i in. (2020) analizującego proces wdrażania asystentów zdrowienia w pięciu krajach wynika, iż najważniejszymi czynnikami wpływającymi na efektywny proces są kultura organizacyjna, szkolenia i definicja ich ról. W niniejszym podrozdziale skupimy się na praktykach pomagających usprawnić procedury przyjmowania osób na stanowisko asystenta zdrowienia w oparciu o praktyki zagraniczne, jak i własne doświadczenie.

#### **1. Szkolenie personelu i kierownictwa CZP oraz mentoring**

Niezwykle istotna wydaje się wiedza personelu oraz kierownictwa instytucji zatrudniającej asystentów zdrowienia na temat ich ról i obowiązków. Opierając się na doświadczeniach niemieckich (Petersen, 2022) i brytyjskich (Repper i in., 2013) oraz na doświadczeniach ekspertów przez doświadczenie pracujących w Polsce, stoimy na stanowisku, iż niezbędne jest szkolenie przygotowujące cały personel CZP na przyjęcie asystentów zdrowienia do zespołu. Szkolenie powinno określać rolę eksperta przez doświadczenie, jego obowiązki oraz sposoby ich wykonywania.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Placówka powinna przygotować miejsce do odbycia stażu przez asystentów zdrowienia i stworzyć opis stanowiska, w którym zostanie zdefiniowany zakres świadczonych przez nich usług. Taki opis powinien obejmować konkretne obszary praktyki, kompetencje, a także limity działań. Standardy praktyki służą jako ramy dla zapewnienia bezpieczeństwa i skuteczności świadczonych usług, a także ułatwiają monitorowanie i ewaluację działań asystenta. Na tym etapie kierownictwo placówki powinno odpowiedzieć sobie także na pytanie o motywację zatrudnienia asystentów zdrowienia. Decyzja ta bowiem może być kluczowa dla zmian w podejściu personelu do świadczeniobiorców. Powinno ono być nastawione na osobę, jej proces zdrowienia i przejęcia kontroli nad własnym życiem. Jak wskazuje Petersen (2022), podejście to może być w Polsce dużym wyzwaniem z uwagi na mocno rozwiniętą psychiatrię azylową, a słabo środowiskową. Jest to jednak warunek konieczny wynikający nie tyle z wdrażania ekspertów przez doświadczenie, ale z reformy psychiatrii w Polsce. Co za tym idzie, być może konieczna będzie zmiana kultury pracy z usługobiorcami, a asystenci zdrowienia mogą stanowić swego rodzaju agentów zmian (Rogers i in., 2014), ułatwiając pracę pozostałemu personelowi, pokazując perspektywę nakierowaną na wyzdrowienie (*recovery-oriented culture*; Petersen, 2022).

Pomocne byłoby wyłonienie osoby, która pełniłaby rolę mentora wprowadzającego asystentów zdrowienia do zespołu. Doświadczony asystent zdrowienia bądź inny członek zespołu może pełnić tę rolę, udzielając wskazówek, dzieląc się swoimi doświadczeniami, służąc jako wsparcie w rozpoczęciu pracy, ale też dostarczając feedbacku i monitorując postępy czy pełniąc rolę mediatora w ewentualnych konfliktach.

## **2. Określenie roli i odpowiedzialności asystentów zdrowienia**

Ramy pracy asystentów zdrowienia powinny zostać stworzone podczas przygotowywania stanowiska pracy, jednak ich dookreślenie powinno odbywać się podczas procesu rekrutacyjnego (asystent powinien mieć możliwość przedstawienia swojej wizji pracy) oraz po przyjęciu na stanowisko – we współpracy z zespołem. Należy określić, jaki typ pracy będzie odpowiedni dla zatrudnianego asystenta zdrowienia (praca grupowa, indywidualna, doradcza). Warto także zweryfikować, czy asystent ma dodatkowe



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

kwalifikacje, które pozwolą na pełne wykorzystanie potencjału, ponieważ wśród nich są osoby, które wciąż podnoszą swoje kwalifikacje lub są przedstawicielami różnych zawodów (np. nauczyciele jogi, dietetycy, poeci, terapeuci zajęciowi), więc można poszerzyć zakres zadań o te dodatkowe umiejętności. Warto podejść do zadań asystentów elastycznie, aby były one dopełnieniem pracy zespołu. Za przykład może posłużyć szpital z Bremy, w którym to szukano asystentów zdrowienia z diagnozą osobowości typu borderline (Petersen, 2021) ze względu na to, że personel jednego z oddziałów właśnie pracował z osobami z taką diagnozą. Udało się zatrudnić właściwego pracownika, a jego doświadczenie wzbogaciło zespół.

Wprowadzenie asystentów zdrowienia może wymagać pewnej reorganizacji zespołu i dostosowania sposobu pracy. Personel medyczny może mieć obawy wobec zmiany ustalonych procedur i rutynowych praktyk. Ważne jest, aby zostały one rozpoznane i skonfrontowane w ramach procesu wprowadzania asystentów, a także, aby zostało stworzone otwarte środowisko komunikacyjne, w którym członkowie zespołu będą mogli dzielić się problemami czy trudnościami i podejmować próby ich rozwiązania.

### **3. Otwarta komunikacja i wypracowanie zasad współpracy w zespole**

Niezwykle istotne jest przedstawienie asystenta zdrowienia zespołowi CZP jako równoprawnego członka tegoż zespołu. Asystent powinien poznać swoich współpracowników oraz ich zakres obowiązków. Pozostali członkowie zespołu powinni natomiast zapoznać się z zakresem zadań asystenta, możliwościami, jakie niesie ze sobą jego rola, dlatego niezbędne wydaje się zaplanowanie dla nich szkoleń. Zespół powinien mieć także możliwość wspólnego wypracowania dobrych praktyk dotyczących zakresu współpracy i sposobów komunikacji w zespole. Istotne jest, by ustalić, do kogo należy decyzja o rozmowach indywidualnych z Pacjentami CZP i jak asystent może wesprzeć Pacjenta, który jest już pod opieką psychologiczną.

Bardzo ważne jest, by personel terapeutyczny korzystał z potencjału asystentów zatrudnionych w CZP. Asystent może być szczególnie pomocny w sytuacji, gdy kontakt z Pacjentem jest utrudniony w związku z brakiem zaufania do personelu medycznego. Może



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

także pomóc w przyjęciu diagnozy osobie, która ma z tym trudność, jak i w dostosowaniu się do zaleceń lekarzy w kwestii farmakoterapii. Personel może także skonsultować z asystentem swoje wątpliwości odnoszące się do zachowania czy objawów Pacjenta.

Komunikacja powinna działać w obie strony, zatem asystent powinien dzielić się spostrzeżeniami i wątpliwościami z osobami, które pracują z danym Pacjentem, rozmawiać na temat zasadności indywidualnego wsparcia asystenta. Praca asystenta powinna uzupełniać pracę psychoterapeutyczną i psychiatryczną. Asystent powinien pamiętać, iż nie jego rolą jest prowadzenie psychoterapii, diagnozowanie czy udzielanie rad odnośnie do farmakoterapii.

W praktyce klinicznej, która opiera się na konkretnej modalności psychoterapeutycznej relacje z terapeutą mają ściśle wyznaczone ramy. Psychoterapeuci ustalają z Pacjentami tzw. *setting*, który nadaje pracy terapeutycznej określoną formę (długość i częstotliwość sesji, miejsce spotkania). Asystenci z kolei mają odpowiadać na nieoczekiwane potrzeby, interweniować w sytuacjach zmiany. Rolą asystenta jest wówczas obniżenie napięcia, zapewnienie oparcia, gdy Pacjent odczuwa silne emocje. Warto zatem informować Pacjentów, na czym polega różnica w zadaniach psychoterapeuty i asystenta, ich metodach pracy czy podejściu do granic w relacji Pacjent-personel, aby unikać niepożądanych komplikacji.

Praca w zespole terapeutyczno-diagnostycznym powinna się uzupełniać, a zadania poszczególnych osób powinny wynikać z potrzeb Pacjentów. W wyniku pogłębienia relacji terapeutycznej zaczynamy lepiej rozumieć potrzeby osoby, którą wspieramy, dlatego asystent zdrowienia mógłby przekazywać pozostałemu personelowi wiedzę nt. potrzeb Pacjenta. Warto tu również przywołać biopsychospołeczny model opieki (Wade i Halligan, 2017), który wpisuje się w ideę reformy opieki psychiatrycznej. W tym wypadku można rozumieć go jako holistyczne podejście, w którym Pacjent otrzymuje kompleksową opiekę złożoną z odpowiednio dobranej farmakoterapii, psychologicznego oraz socjalnego wsparcia, a rola asystenta zdrowienia stanowi dopełnienie pracy w tym modelu.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

#### **4. Zapobieganie stygmatyzacji asystenta w zespole**

Asystenta zdrowienia należy traktować jako równoważnego współpracownika, który tak samo, jak pozostała część zespołu jest odpowiedzialny za dobro Pacjenta, a jego rola jest komplementarna z rolą pozostałego personelu.

Kultura organizacyjna może wpływać na akceptację i integrację asystentów zdrowienia. Jeśli w organizacji panuje hierarchiczne podejście do pracy, to zmiany w strukturze zespołu i wprowadzenie nowych ról może napotykać opór po stronie asystentów. W skrajnej sytuacji może dojść nawet do stygmatyzacji asystenta i zmiany postawy pozostałych pracowników wyrażającej niezrozumienie dla zasadności ich zatrudniania. Doświadczenia niektórych asystentów pracujących w Polsce pokazują, iż zdarza się, że są oni traktowani jako Pacjenci. Taka sytuacja jest krzywdząca dla samego asystenta, dla obserwujących to Pacjentów, którzy mogą utwierdzić się w przekonaniu, że rola osoby chorej psychicznie jest dożywotnia i niezbywalna (co przeczy ideom przyświecającym reformie psychiatrii), a także dla całego zespołu. Asystent bowiem nie będzie mógł w pełni wykorzystać swojego potencjału, a ryzyko jego dekompensacji wzrośnie. Rozwiązaniem tego problemu może być szkolenie dla personelu przyjmującego do zespołu asystentów zdrowienia oraz stworzenie procedury wdrażania pracownika i ustalanie zasad komunikacji.

#### **5. Dostęp do dokumentacji medycznej**

Wgląd asystenta w dokumentację medyczną Pacjenta jest kwestią, która wymaga uwzględnienia pewnych zasad. Niemniej warto podkreślić, że sam zawód medyczny został już uregulowany w postaci w/w kwalifikacji rynkowej. Należy jednak zadbać o to, by asystent podpisał dokument o obowiązującej go tajemnicy zawodowej i zaznajomił się z polityką prywatności instytucji, w której pracuje. Należy także zapoznać go z podstawami prawnymi z tym związanymi oraz z możliwymi konsekwencjami złamania tajemnicy zawodowej dla niego samego, CZP, w którym pracuje, a także dla Pacjenta, którego sprawa dotyczy. Nie mamy jednak wątpliwości, że asystenci zdrowienia powinni mieć wgląd w dokumentację i/lub historię Pacjenta, ze względu na potrzebę dostosowania wsparcia do potrzeb danej osoby, a także ze względów bezpieczeństwa (jeśli mamy do czynienia z osobą



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wykazującą zachowania (auto)agresywne). Możliwość sporządzania przez asystentów zdrowienia notatek służbowych w systemie komputerowym mogłaby również stanowić wartość dla pozostałego personelu, należy zatem zapewnić asystentom indywidualny dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej.

## 6. Superwizja

Superwizja w pracy asystentów zdrowienia jest istotnym elementem zapewniającym jakość świadczenia usług, rozwój zawodowy oraz bezpieczeństwo zarówno dla niego samego, jak i dla osób, z którymi pracuje. Daje ona nie tylko wsparcie emocjonalne, ale może też przynosić refleksję etyczną, identyfikować ewentualne ryzyko i zapobiegać mu, co przyczynia się do zapewnienia bezpieczeństwa. Może też stanowić pewien rodzaj ewaluacji pracy asystenta, wskazywać na obszary, które należy rozwinąć oraz na te, które stanowią zasób pracownika. Pomaga w rozwijaniu samoświadomości oraz w budowaniu relacji z Pacjentami i współpracownikami.

Opracowanie wytycznych i standardów praktyki asystentów zdrowienia jest kluczowe w dalszym wprowadzaniu tego zawodu do systemu opieki zdrowotnej. Zastosowanie się do nich może zwiększyć zaufanie społeczne, akceptację środowiska medycznego oraz wsparcie instytucji finansujących, a co najważniejsze przynieść korzyść usługobiorcom korzystającym ze świadczeń oferowanych przez asystentów zdrowienia.

### **Praca asystentów zdrowienia w zespołach CZP**

Asystent zdrowienia stanowi pomost między Pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym. Dzięki doświadczeniu własnego kryzysu psychicznego pomaga personelowi lepiej zrozumieć Pacjenta, jego ograniczenia, możliwości oraz potrzeby w całym procesie leczenia. Potrafi też spojrzeć na różne kwestie z perspektywy użytkownika opieki psychiatrycznej. Motywuje Pacjenta do działania, wspiera, towarzyszy. Umie słuchać oraz asystować w drodze zdrowienia zarówno choremu, jak i jego otoczeniu.

### ***Wsparcie indywidualne***

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Uważamy, iż praca asystentów zdrowienia powinna przede wszystkim opierać się na wsparciu indywidualnym osoby w kryzysie. Podczas takiej indywidualnej sesji ekspert przez doświadczenie mógłby pomóc w zrozumieniu procesu terapeutycznego i dostępnych opcji leczenia, w tym farmakoterapii, a także pomóc w zrozumieniu własnych doświadczeń, związanych m.in. z objawami, emocjami oraz potrzebami. Asystent może także pomóc w przyjęciu diagnozy czy pozbyciu się poczucia winy. Może wskazać na zasadność korzystania ze wsparcia specjalistów. Jego rolą jest identyfikowanie zasobów i wzmacnianie Pacjenta w korzystaniu z nich, poszukiwaniu możliwości, ale także w radzeniu sobie z wyuczoną bezradnością, radzeniu sobie ze stygmatyzacją i odcinaniem się od czynników traumatyzujących, czy stresorów. Asystent zdrowienia może także udzielić w ograniczonym zakresie wsparcia osobom zgłaszającym się do Punku Zgłoszeniowo-Konsultacyjnego oraz skontaktować się z Pacjentem telefonicznie, jeśli zajdzie taka potrzeba, np. w ramach interwencji.

Zdarza się, że asystentom nie pozwala się prowadzić indywidualnych rozmów. Tymczasem często potrzeba ta płynie od Pacjentów, którzy chcą rozmawiać na osobności i wyłącznie z asystentami zdrowienia. Indywidualna praca z asystentem ma głęboki sens, ponieważ ich metodyka pracy związana jest z indywidualnym podejściem, zorientowanym na osobę i wzmacnianie jej w zdrowieniu. Dodatkowo, taki zakaz jest niezgodny z zapisami standardu diagnostyczno-terapeutycznego. Kolejnym problemem jest częsty brak miejsca, w którym takie rozmowy mogłyby być przeprowadzane, co sprawia, że często odbywają się na korytarzu. Może to naruszać granice usługobiorcy. Należy udostępnić asystentowi zdrowienia przestrzeń, w której mógłby przeprowadzać rozmowy indywidualne.

### ***Grupy wsparcia***

Asystent zdrowienia może organizować spotkania grup wsparcia dla osób zmagających się z trudnościami natury psychicznej i społecznej oraz dla ich rodzin. Może także organizować zajęcia umożliwiające dzielenie się doświadczeniami i wspieranie się nawzajem, na których może pełnić rolę facylitatora. Może także zachęcać do wspólnych aktywności (gry



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

planszowe, oglądanie filmów, ćwiczenia, słuchanie muzyki itd.), co wspiera proces zdrowienia.

### ***Psychoedukacja***

Asystent zdrowienia może prowadzić zajęcia psychoedukacyjne związane m.in. z procesem zdrowienia, sposobami radzenia sobie z napięciem i stresem, lękiem społecznym. Może korzystać na nich z narzędzi, np. planu kryzysowego, gwiazdy zdrowienia, dziennika zdrowienia itp. Takie zajęcia mogą służyć także wspieraniu w przyjęciu diagnozy, która może stanowić punkt wyjścia umożliwiający rozpoczęcie procesu zdrowienia.

Asystentom często uniemożliwia się samodzielnie prowadzenie zajęć. Tymczasem, mogłoby to być wspierające dla pracy oddziału, szczególnie w wypadku nieobecności innych osób do tego wyznaczonych. Dodatkowo, asystent może pokazać Pacjentom perspektywę osoby, która przeszła kryzys i która zmagająca się z podobnymi objawami związanymi nie tylko z chorobą, ale także ze skutkami niepożądanymi leków czy kwestią pobytu na oddziale psychiatrycznym. Jest to również niezgodne z zapisami standardu diagnostyczno-terapeutycznego.

Rozwiązaniem wydaje się omówienie programu zajęć podczas spotkania zespołu terapeutycznego. Dodatkowo, psycholog, terapeuta zajęciowy czy psychoterapeuta mógłby wdrożyć asystenta w proces prowadzenia zajęć, na początku w charakterze obserwatora, później współprowadzącego, a następnie prowadzącego zajęcia samodzielnie. Asystent zdrowienia może też pomagać w prowadzeniu terapii zajęciowej, służyć wsparciem organizacyjnym, ale także czuwać nad przebiegiem zajęć i bezpieczeństwem.

### ***Wsparcie rodzin i bliskich***

Asystent zdrowienia może wspierać członków rodzin osób doświadczających kryzysu poprzez spotkania indywidualne czy grupowe. Eksperti przez doświadczenie mogą przybliżyć bliskim, co czuje i przeżywa osoba doznająca kryzysu zdrowia psychicznego, a także, co wspiera, a co wpływa negatywnie na człowieka w takiej sytuacji.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### ***Praca w zespołach terapeutycznych***

Asystent zdrowienia może dzielić się swoimi spostrzeżeniami z zespołem, a także doświadczeniem związanym z własnym kryzysem, które mogłoby pomóc w pracy z danym Pacjentem, np. poprzez zrozumienie jego objawów. Jak podkreślano wcześniej, często osoby w kryzysie chętniej rozmawiają z asystentem zdrowienia niż z personelem. Może się zatem zdarzyć, że informacje posiadane przez asystenta są kluczowe w tworzeniu planu terapeutycznego dla danej osoby. Jak pokazuje doświadczenie wielu osób z Polski, asystenci zdrowienia często nie mogą w takich spotkaniach uczestniczyć. Jest to niezgodne z zapisami standardu oraz uniemożliwia wykorzystanie pełni potencjału asystenta.

### ***Wsparcie osób w kryzysie psychotycznym***

Osoby będące w kryzysie psychotycznym wymagają szczególnego podejścia. Doświadczenie pokazuje, że są one często zaopatrzone jedynie farmakologicznie, a na rozpoczęcie pozostałych działań czeka się do momentu wyciszenia objawów wytwórczych. Tymczasem, co potwierdzają obserwacje i doświadczenie własne asystentów, wsparcie w pierwszym okresie wystąpienia objawów jest kluczowe i może ułatwić pracę terapeutyczną, przyspieszając proces wyciszenia symptomów.

### ***Towarzystwo osobom przebywającym w przymusie bezpośrednim***

Asystent może także wspierać osoby, wobec których zastosowano przymus bezpośredni. Z perspektywy osoby zapiętej w pasy, obecność drugiego, wykazującego empatyczną postawę, człowieka jest niezwykle ważna i prowadząca do szybszego wyregulowania układu nerwowego. Pacjent, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni, powinien mieć możliwość kontrolowania czasu. W tym również może pomóc asystent. Warunkiem koniecznym przy takiej formie wsparcia jest poczucie bezpieczeństwa asystenta, a także Pacjenta.

### ***Tworzenie bezpiecznego środowiska***

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Asystent zdrowienia może odgrywać znaczącą rolę w tworzeniu atmosfery bezpieczeństwa i akceptacji wszystkich osób opiekowanych przez CZP, z którymi ma do czynienia. Może on zapoznać nowoprzybyłych Pacjentów z zasadami funkcjonowania oddziału i z jego topografią, zapewniać Pacjentom przestrzeń do wyrażania swoich uczuć i myśli czy zbierać potrzeby i prośby Pacjentów i przekazywać je personelowi. Asystent może także wspierać Pacjentów podczas wyjść indywidualnych czy grupowych, udzielać praktycznych wskazówek dotyczących radzenia sobie w trudnych sytuacjach czy motywować do aktywności, uczestnictwa w zajęciach i korzystania z przysługujących im usług i praw Pacjenta.

### ***Działalność w społeczności lokalnej***

Niebagatelne znaczenie mają działania związane z profilaktyką zdrowia psychicznego, np. organizowanie pikników profilaktycznych, obchodów Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego itp. Jak pokazuje doświadczenie, asystenci zdrowienia chętnie angażują się w takie inicjatywy. Często też współpracują z organizacjami pozarządowymi, instytucjami zdrowia i innymi partnerami społecznymi, które mogą wspierać Pacjentów.

### **Klub Pacjenta**

Należy pamiętać, że Klub Pacjenta może stać się jednym z możliwych rozwiązań dla szukających wsparcia psychicznego osób z rejonu, który CZP obejmuje swym zasięgiem, a personel CZP może kierować do Klubu Pacjenta osoby, dla których takie dodatkowe wsparcie byłoby przydatne, np. kończących pobyt na oddziale dziennym. Klub Pacjenta to również właściwe miejsce do wypełniania wskaźników związanych z profilaktyką i współpracą z innymi podmiotami.

Klub Pacjenta często jest niedofinansowany, a zdarza się nawet, że nie funkcjonuje wcale. Nie ma puli środków na zakup materiałów plastycznych, gier czy na wynagrodzenia dla gości, którzy mogliby ubogacić ofertę Klubu. Brakuje także wsparcia promocyjnego, co może prowadzić do niskiej frekwencji. Należy podkreślić, że rolą CZP jest także dbanie o profilaktykę oraz pokazywanie dostępnych ścieżek osobom, które znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zaburzeń psychicznych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Klub Pacjenta we Wrocławiu.** Jak pokazuje doświadczenie miejsca, takiego jak Klub „Dobre Miejsce” należący do Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzielnicy Psie Pole we Wrocławiu, bogata oferta, atrakcyjna dla wielu mieszkańców danego rejonu może być niezwykle przydatna z perspektywy osób potencjalnie zagrożonych wystąpieniem kryzysu zdrowia psychicznego. Beneficjentami Klubu „Dobre Miejsce” stają się osoby mieszkające na terenie obszaru należącego do rejonu Centrum Zdrowia Psychicznego. Mogą one przekazać informacje o jego funkcjonowaniu sąsiadom, rodzinie czy innym osobom zamieszkałym na terenie danego rejonu. Biorąc pod uwagę wytyczne Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące liczby osób z rejonu korzystających z usług danego CZP, rola Klubów Pacjenta w pozyskiwaniu Pacjentów może być kluczowa. Korzystający z oferty Klubu Pacjenta prawdopodobnie chętniej skorzystają z pozostałych usług, zamiast poszukać prywatnej opieki. Zatem oferta Klubów Pacjenta dostosowana do potrzeb mieszkańców jest niezwykle ważna z perspektywy zapobiegania wystąpieniu zaburzeń psychicznych.

Na Psim Polu klienci Klubu Pacjenta korzystają nie tylko z rozmów z asystentami zdrowia, ale także z zajęć ruchowych, językowych, arteterapeutycznych czy spotkań z dietetykiem, doradcą zawodowym, biblioterapeutą. Klub Pacjenta może zatem stać się miejscem, które nie tylko wspiera osoby w kryzysie, ale poprzez kompleksowe, holistyczne podejście dba o dobrostan psychospołeczny mieszkańców obszaru przynależącego do CZP. Asystenci mogą być gospodarzami takiego miejsca – tworzyć bezpieczną przestrzeń do spotkań i dyskusji, ale też tworzyć kalendarz wydarzeń, pomagać w ich organizacji i prowadzeniu, prowadzić rejestrację osób i w końcu korzystać ze swoich dodatkowych kwalifikacji, które mogłyby poszerzyć ofertę Klubów Pacjenta.

Aby Klub Pacjenta spełniał swoje funkcje należy włączyć tę jednostkę do struktur CZP, tak, aby centra były zobligowane do ich otwierania (wizyta w Klubie Pacjenta powinna być włączona do koszyka świadczeń), a w już funkcjonujących zwiększyć środki przeznaczone na Kluby Pacjenta i umożliwić asystentom zdrowia ustalanie i koordynowanie tam działań. Uważamy, że Kluby Pacjenta powinny funkcjonować codziennie lub przynajmniej w dni robocze i przedstawiać ofertę złożoną z różnorodnych form wsparcia.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Hostel/mieszkania treningowe**

Asystent może także dyżurować w hostelu. Bezpieczne miejsce, w którym osoba wychodząca z kryzysu zdrowia psychicznego może zakotwiczyć się na krótki czas, zanim nie będzie w stanie funkcjonować samodzielnie, jest często kwestią kluczową, szczególnie w zapobieganiu rehospitalizacji. Asystent zdrowienia może wspierać taką osobę we wzmacnianiu się, szukaniu i korzystaniu z własnych zasobów, a także w tworzeniu planu zdrowienia. Może pomagać w przełamywaniu lęku społecznego i pokonywaniu konsekwencji wyuczonej bezradności.

## **Potencjalne ryzyka w pracy asystentów**

### ***Nieprzestrzeganie granic w relacjach z Pacjentami i łamanie tajemnicy zawodowej***

Asystenci powinni pracować zgodnie z zasadami Kodeksu Etycznego Asystentów Zdrowienia, a jednostka szkoląca winna ten dokument przedstawić i omówić. Jedną z procedur związanych z zatrudnieniem asystentów zdrowienia powinno być również przeszkolenie ich z polityki prywatności, co już wcześniej zostało podkreślone. Sytuacje, w których naruszone byłyby zasady etyki i poufności powinny być rozpatrywane zgodnie z zasadami funkcjonowania danej jednostki i procedurami obowiązującymi wszystkich innych pracowników. Inne postępowanie byłoby polem do stygmatyzacji i dyskryminacji. Profilaktyką takich niepożądanych sytuacji może być superwizja.

### ***Dekompensacja Pacjentów CZP korzystających z usług asystentów zdrowienia***

Można mieć obawy, iż dzielenie się przez asystenta swoją własną historią chorowania będzie prowadzić do dekompensacji u usługobiorców. Należy podkreślić, iż kursy kwalifikacyjne przygotowujące do roli asystenta zdrowienia wyposażają uczestników w kompetencję aktywnego słuchania, skupionego na rozmówcy. Asystenci dowiadują się, że ich rolą jest towarzyszenie w zdrowieniu, wspieranie w szukaniu zasobów na przykładzie własnego doświadczenia, ale bez narzucania własnych rozwiązań. Historia kryzysu i wychodzenia z niego czyni ich autentycznymi, budzi zaufanie i daje nadzieję oraz stanowi sedno tego



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zawodu, dlatego nie sposób zakazać asystentom zdrowienia dzielenia się tym doświadczeniem.

W zawodach zajmujących się zdrowiem psychicznym nie jest możliwe, by przewidzieć z całą pewnością reakcję Pacjenta czy w stu procentach zapobiec dekompensacji. Praca w CZP to jednak praca zespołowa, co pozwala na reagowanie w trudnych sytuacjach i wspieranie się w pracy z Pacjentem. Dobra komunikacja w zespole, dostępność psychologa/psychoterapeuty, który mógłby zainterweniować/wesprzeć asystenta zdrowienia w trudnej sytuacji związanej ze zdekompensowanym Pacjentem wydają się możliwymi rozwiązaniami tego problemu.

### ***Dekompensacja asystentów zdrowienia***

Zawód asystenta zdrowienia może być niezwykle trudny dla osoby, która go wykonuje. Jest to bowiem praca w dużej mierze oparta o własne doświadczenia nie tylko z okresu zdrowienia, ale także z okresu kryzysu. Dlatego wyjątkowo ważna jest terapia własna asystenta, która pozwoli mu przepracować kryzys i pozostawić go w przeszłości. Kontakt z osobami, które przeżyły podobne kryzysy może prowadzić do doświadczenia traumy zastępczej czy dekompensacji. Aby tego uniknąć konieczne wydają się superwizje i wspierająca atmosfera w zespole. Jednocześnie, asystent zdrowienia powinien dbać o siebie i odpowiednio wcześnie reagować na symptomy, które mogą świadczyć o początku kryzysu. Pracodawca powinien o takiej sytuacji zostać poinformowany, a w odpowiedzi umożliwić asystentowi skorzystanie z urlopu. By jednak nie tworzyć precedensów w miejscach pracy, co w konsekwencji może prowadzić do stygmatyzacji asystentów, stoimy na stanowisku, że taka sytuacja powinna mieć miejsce w każdym wypadku, kiedy osoba z personelu doświadcza trudności psychicznych związanych ze swoją pracą.

### ***Praca z asystentem, który korzystał z opieki danego oddziału***

Szczególnym wyzwaniem może być sytuacja, w której asystent był hospitalizowany na oddziale, na którym pracuje. Jest to praktykowane – np. w Wielkiej Brytanii (Gillard i in., 2013) – i wydaje się nieść ze sobą zarówno pozytywne, jak i niepożądane konsekwencje.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Osoba, która wyszła z kryzysu, ma zasoby, wgląd w chorobę, jest beneficjentem opieki danego oddziału, może podzielić się swoimi doświadczeniami i w znaczący sposób wesprzeć pracę jego personelu. Jej doświadczenie jest bowiem przykładem na to, że kryzys można pokonać, a także, że dany oddział jest bezpiecznym miejscem, w którym jest to możliwe. Może to jednak wzbudzać emocje personelu, który potencjalnie będzie miał trudności w zaufaniu osobie, którą znał do tej pory od strony historii Pacjenta. Wymaga to pewnej elastyczności w podejściu do roli eksperta przez doświadczenie. Istnieje ryzyko, iż pozostały personel wciąż będzie traktował takiego asystenta jako osobę, której stan może ulec pogorszeniu czy po prostu jako Pacjenta. Może także zdarzyć się sytuacja, w której pozostali Pacjenci oddziału pamiętają asystenta jako współpacjenta, a nawet utrzymują z nimi kontakty, co byłoby niezgodne z etyką zawodową. Może także stanowić wyzwanie dla samego asystenta, który „nagle staje się kolegą z pracy, słyszy o rzeczach, w które nie był wtajemniczony, a to wydaje się dziwne i wymaga czasu, aby się zaaklimatyzować” (Gillard i in., 2013, s. 6). Biorąc to pod uwagę, zalecane jest poszukiwanie pracy z wyłączeniem miejsca, w którym odbyła się hospitalizacja. Czasami zdarza się jednak, iż osoba ubiegająca się o stanowisko asystenta była leczona w większej liczbie placówek lub nie ma blisko miejsca zamieszkania alternatywy. W związku z tym nie należy zakazywać pracy w miejscu własnej hospitalizacji, ale traktować taką sytuację jako szczególną.

### ***Kwestia wysokości wynagrodzenia asystenta***

Bywa, że asystenci zdrowienia są przyporządkowywani do najniższej grupy zawodowej – *pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego* – na podstawie *Ustawy z dn. 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach medycznych*<sup>59</sup>. Jest to sprzeczne z faktem, że do rozpoczęcia kursu na asystenta zdrowienia wymagane jest wykształcenie średnie. Niska klasyfikacja w siatce płac prowadzi do sytuacji, w której zarobki asystentów zdrowienia są nieadekwatne do zdobytych kwalifikacji. Taka niespójność między wymaganym wykształceniem a poziomem

---

<sup>59</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001473>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wynagrodzeń może wywoływać niechęć do podjęcia pracy na stanowisku asystenta zdrowienia oraz obniżać motywację do zaangażowania się w pełnienie tej roli.

Wprowadzenie wyższych zarobków dla asystentów zdrowienia, uwzględniając ich specjalistyczną rolę i doświadczenie, stanowiłoby uznanie ich jako autentycznych uczestników systemu opieki zdrowotnej. To również motywowałoby do utrzymania wysokiego standardu pracy, pomagając jednocześnie zminimalizować obciążenia związane z pracą emocjonalną. Dzięki temu asystenci zdrowienia mogliby efektywnie pełnić swoją rolę, samodzielnie się utrzymując ze swojej pracy. Pełniłoby to również funkcję motywującą dla usługobiorców, pokazując, że możliwe jest prowadzenie satysfakcjonującego, niezależnego finansowo życia mimo trudności natury psychicznej. To, że asystent zdrowienia jest w stanie utrzymać się ze swojej pracy, może przyczynić się do destygmatyzacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, ukazując, że są w stanie pełnić aktywną i produktywną rolę społeczną. To może z kolei wpływać na zwiększenie zainteresowania społecznego i akceptacji dla roli ekspertów przez doświadczenie, co jest istotne zarówno dla ich samorozwoju, jak i dla ogólnego postrzegania zdrowia psychicznego w społeczeństwie.

Warto zauważyć, że w Polsce funkcjonują Centra, które wynagradzają asystentów zdrowienia wyżej, niż to wynika z siatki płac. Zdarza się nawet, iż wynagrodzenie jest odpowiednio wyższe, jeśli asystent ma wyższe wykształcenie.

### ***Kodeks Etyczny asystentów zdrowienia***

W ramach projektu *Nowy Zawód: Ekspert przez Doświadczenie („EX-IN”)* opracowano Kodeks Etyczny Asystentów Zdrowienia. Jest to dokument, z którym powinna zapoznać się każda osoba planująca pracę w charakterze asystenta zdrowienia. Kodeks ten powinni znać także przełożeni, mentorzy i opiekunowie praktyk asystentów. Z treścią Kodeksu można się zapoznać w rozdziale Panka i Waltera, w tym tomie.

### **Rekomendacje dla ustawodawcy**

#### ***Aktualizacja kwalifikacji rynkowej***



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Stoimy na stanowisku, iż należy poszerzyć kryterium kwalifikacji zawodowej asystenta (uwzględniające, jak dotychczas jedynie osoby z doświadczeniem kryzysu psychozy) o osoby z doświadczeniem depresji, PTSD czy zaburzeń osobowości.

### ***Monitorowanie warunków pracy asystentów z uwzględnieniem atmosfery w miejscu pracy w związku z ryzykiem dyskryminacji asystentów***

W związku z wysokim ryzykiem dyskryminacji asystentów zdrowienia w miejscu pracy, opierając się na doświadczeniu ekspertów przez doświadczenie, którzy zatrudnieni są w Polsce, stoimy na stanowisku, że należy przeprowadzać monitoring warunków pracy asystentów, aby zapobiec niepożądanym sytuacjom.

### ***Powołanie stanowiska rzecznika asystentów***

Asystent powinien mieć także możliwość zgłoszenia się do osoby pełniącej funkcję rzecznika asystentów. Powinna zostać ustanowiona ścieżka w przypadku stygmatyzacji asystentów, uniemożliwiania mu wykonywania pracy, trudnych warunków pracy itp.

### ***Usługi świadczone przez asystentów w koszyku świadczeń***

Wydaje się, iż jedną z największych barier do pokonania jest kwestia związana z „niewzględnienie(m) asystentów zdrowienia w pakiecie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego jako pracownika wymaganego w procesie kontraktowania świadczeń medycznych w określonym obszarze” (Karniej, 2022, s. 97), co pociąga za sobą konsekwencje związane z brakiem finansowania usług asystenta. Wymogiem Narodowego Funduszu Zdrowia, umożliwiającym podpisanie umowy na prowadzenie CZP, jest zatrudnienie asystentów zdrowienia, ale świadczenia przez nich realizowane nie są uwzględniane w koszyku świadczeń, co z perspektywy osoby kierującej danym podmiotem może być poważną wadą.

Niezbędne jest zatem: „określenie kwalifikacji zawodowych asystenta zdrowienia na podstawie dyplomów (certyfikatów) na poziomie 5 ERK [*Europejska Rama Kwalifikacji*] lub innych form zdobywania kompetencji, w tym wynikających z obserwacji zewnętrznej (np.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

superwizji w psychoterapii) i oceny pracowników” (Karniej, 2022, s. 97). Należy także „uwzględnić asystentów zdrowienia w katalogu stanowisk pracy w publicznych podmiotach leczniczych, określając ich minimalne kwalifikacje (np. posiadanie co najmniej średniego wykształcenia) i umożliwiając pracodawcy ocenę kompetencji i przydatności do zatrudnienia” (Karniej 2022, s. 98).

Brak usług asystentów w koszyku świadczeń może tłumaczyć praktykę odsuwania ich od obowiązków poprzez namawianie do pracy zdalnej, ograniczanie do roli osoby, która ma zapewnić usługobiorcom rozrywkę czy obecność jedynie w Klubie Pacjenta. Wnioski, które nasuwają się w związku z taką praktyką, świadczą o tym, że czasami obecność asystenta traktowana jest jedynie jako dostosowanie się do wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia. Gdyby usługi pełnione przez asystentów zdrowienia uwzględnione zostały w koszyku świadczeń, mogłoby to zapobiec podobnym niepożądanym działaniom, zachęcając pracodawców do korzystania z potencjału ekspertów przez doświadczenie.

Asystenci zdrowienia wpływają realnie na jakość życia Pacjentów, a ich działania mają istotny wpływ na skuteczność leczenia, co uzasadnia umieszczenie usług asystenta zdrowienia w ramach świadczeń gwarantowanych. Umieszczenie pracy asystenta zdrowienia w koszyku świadczeń gwarantowanych byłoby krokiem w kierunku uznania ich roli w procesie zdrowienia psychicznego. To także mogłoby pomóc w zwiększeniu widoczności ich działań w ramach systemu opieki zdrowotnej.

### ***Zwiększenie liczby etatów asystentów zdrowienia na 100 tys. mieszkańców***

Biorąc pod uwagę rosnące potrzeby na usługi psychiatryczne i psychologiczne, postulujemy o podniesienie wskaźnika dotyczącego liczby etatów asystentów zdrowienia na ilość mieszkańców rejonu, który znajduje się pod danym CZP. W tej chwili jest to jeden etat na 100 tys. mieszkańców<sup>60</sup>. Biorąc pod uwagę wszystkie jednostki organizacyjne CZP, stoimy na stanowisku, iż etatów powinno być więcej. Czas pracy asystenta zdrowienia w danej jednostce CZP powinien być dostosowany do potrzeb, jednak zasadne jest, by mógł on

---

<sup>60</sup> Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220002079>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

realizować usługi w każdej jednostce CZP – oddziale stacjonarnym, dziennym, Zespole Leczenia Środowiskowego czy Klubie Pacjenta.

### ***Ujednolicenie zapisów w Rozporządzeniu dotyczącym zastrzeżeń związanych z dostępem asystentów zdrowienia do dokumentacji medycznej***

Pierwsza wersja Rozporządzenia z dnia 27 kwietnia 2018 roku (Dz.U. 2018 poz. nr 852) zawiera zapis odnoszący się do możliwości zatrudniania asystentów zdrowienia jednak z *zastrzeżeniem przepisów dotyczących dostępu do dokumentacji medycznej oraz uprawnień do wykonywania zawodów medycznych*. Ówczesnie nie było takiego zawodu medycznego, ale aktualnie już on obowiązuje i został zdefiniowany w krajowych ramach kwalifikacji. W późniejszych Rozporządzeniach zapis ten nie został ani uchylony, ani też rozwinięty. Stoimy na stanowisku, iż powinien zostać uchylony lub powinno się zmienić jego treść na taką, która umożliwiałaby asystentom dostęp do dokumentacji medycznej Pacjentów – ograniczony do historii opieki w CZP.

### **Podsumowanie**

Asystent zdrowienia może odgrywać niezwykle ważną rolę w zespole CZP. Jego doświadczenie chorowania i zdrowienia mogą przynieść korzyść nie tylko osobom w kryzysie, ale także bliskim tych osób i zespołowi, który wspiera te osoby w procesie zdrowienia. Z uwagi na specyfikę ich pracy, metodologię, która często odbiega od metod pracy pozostałego personelu (dzielenie się doświadczeniem własnym) oraz fakt, iż jest to funkcja stosunkowo nowa, należy potraktować ten temat z uwagą oraz stworzyć procedury, które pozwolą najpełniej wykorzystać potencjał asystentów. Poniżej przedstawiamy propozycję procedury wdrożenia asystentów zdrowienia.

### **Tabela 2**

*Ścieżka wdrożenia asystentów zdrowienia w pracę zespołów diagnostyczno-terapeutycznych*

---

Szkolenie personelu (przed przyjęciem do pracy asystenta zdrowienia)

---

- Wiedza na temat tego, kim jest asystent zdrowienia
  - Znajomość zakresu zadań asystenta zdrowienia w CZP
-



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 
- Korzyści roli asystenta zdrowienia
  - Kodeks Etyczny Asystentów Zdrowienia

---

#### Adaptacja asystenta zdrowienia i procedury

---

- Szkolenie na temat wdrażania asystenta zdrowienia do pracy w zespole CZP dla pracowników jednostek, w których będzie on pracował
  - Opracowanie zasad dla stanowiska
  - Opracowanie możliwego zakresu obowiązków asystenta zdrowienia
  - Rozmowa kwalifikacyjna
  - Opracowanie wraz z pracownikiem zasad jego funkcjonowania w strukturach danego CZP (sposób pracy, zakres obowiązków, mentor, superwizja)
  - Przedstawienie zespołowi
  - Zapoznanie ze strukturą CZP i zasadami funkcjonowania poszczególnych jednostek
  - Przeszkolenie z polityki prywatności danego CZP
  - Przeszkolenie z zasad bezpieczeństwa danego CZP
- 

Stoimy na stanowisku, iż pomoże to w skutecznym wdrażaniu asystentów zdrowienia do zespołów CZP, a w konsekwencji, przyniesie korzyść dla świadczeniobiorców oraz świadczeniodawców. Jako osoby z doświadczeniem kryzysu oraz związanej z tym stygmatyzacji, podkreślamy, iż uznanie roli asystenta zdrowienia jako istotnej w procesie zmian polskiej opieki psychiatrycznej jest krokiem milowym dla osób, które doświadczyły i doświadczają trudności natury psychicznej. Zdrowienie jest często niezwykle żmudnym procesem, który nie byłby możliwy bez poczucia sprawczości, ale też wsparcia osób, których doświadczenie udowadnia, że warto zaważyć o siebie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Bartosiewicz-Niziołek, M., Kaczmarczyk-Partyka, S., Olszewski, B., Ostrowska, M. (2021). Rola i funkcjonowanie asystentów zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. *Studia Psychologica: Teoria et praxis*, 21(2), 5–18.  
<https://doi.org/10.21697/sp.2021.21.2.01>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: A qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13, 188–201.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-188>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(3), 285-293.
- Karniej, P. (2022). Using European qualifications framework level 5 to build a European competence model for peer support workers. W: I. Sierpowska i I. Mazur (red.), *Social, Organizational and Legal Determinants of the Profession of Peer Support Workers in Europe* (s. 89–100). Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR. [https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B\\_Book.pdf](https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B_Book.pdf)
- Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., van Weeghel, J., Bahler, M., Mulder, C. L., van Zelst, C., Murphy, B., Westen, K., Nas, C., Petrea, I., Pieters, G. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*, 19, 174–185.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2162-z>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Mazur, I. (2022). Mental health as a public good: Implications for the transformation of psychiatric health services. W: I. Sierpowska i Mazur (red.), *Social, Organizational and Legal Determinants of the Profession of Peer Support Workers in Europe* (s. 121–136). Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR. [https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B\\_Book.pdf](https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B_Book.pdf)
- Petersen, J. (2022). Experiences with the implementation of the EX-IN peer support worker in psychiatric services in Germany. W: I. Sierpowska i I. Mazur (red.), *Social, Organizational and Legal Determinants of the Profession of Peer Support Workers in Europe* (s. 29–48). Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR. [https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B\\_Book.pdf](https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B_Book.pdf)
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., Rennison, J. (2013). *Peer support workers: a practical guide to implementation*. <https://imroc.org/resource/7-peer-support-workers-a-practical-guide-to-implementation>
- Rogalska, J. (2021). Życzliwy profesjonalizm. *Dla nas*, 48(3), 15, [https://otworzciedrzwi.org/wp-content/uploads/2022/03/dlanas\\_nr48\\_suma.pdf](https://otworzciedrzwi.org/wp-content/uploads/2022/03/dlanas_nr48_suma.pdf)
- Rogers, E. M., Singhal, A., Quinlan, M. M. (2014). Diffusion of innovations. W: D. W. Stacks i M. B. Salwen (red.), *An integrated approach to communication theory and research* (wyd. 2, s. 432–448). Routledge.
- Sierpowski, T. (2022). A peer support worker as an active agent of organisational learning and an opportunity to benefit organisations by hiring diverse employees. W: Sierpowska, I., Mazur, I. (red.), *Social, Organizational and Legal Determinants of the Profession of Peer Support Workers in Europe*, s. 101-120. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR. [https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B\\_Book.pdf](https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B_Book.pdf)
- Streiber, F., Tönnies, G., Montag, R. (2022). Teaching prerequisites for recognising the professional qualification of peer support workers in Germany. W: Sierpowska, I., Mazur, I. (red.), *Social, Organizational and Legal Determinants of the Profession of Peer Support Workers in Europe* (s. 65–88). Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR. [https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B\\_Book.pdf](https://grone-geso.de/wp-content/uploads/2022/03/IO6B_Book.pdf)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Utschakowski, J. (2016). Training programme for people with experience in mental health crisis to work as trainer and peer supporter. Ex-In Curriculum. 2007.

von Peter, S., Kraemer, U. M., Cubellis, L., Fehler, G., Ruiz-Pérez, G., Schmidt, D., Ziegenhagen, J., Kuesel, M., Ackers, S., Mahlke, C., Nugent, L., Heuer, I. (2024). Implementing peer support work in mental health care in Germany: The methodological framework of the collaborative, participatory, mixed-methods study (ImpPeer-Psy5). *Health Expectations*, 27(1), artykuł e13938.  
<https://doi.org/10.1111/hex.13938>

Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.  
<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Asystent zdrowienia w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego – perspektywa pracodawcy**

Mariusz Panek

Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce, Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo, daVinci Sp. z o.o., panekmariusz@wp.pl

Beata Walter

Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo, daVinci Sp. z o.o.<sup>61</sup>,  
walterbeata@wp.pl

### **Streszczenie**

Asystenci psychicznego zdrowienia są nową rolą wśród zawodów pomocowych z zakresu ochrony zdrowia w Polsce. Powstanie tej grupy związane jest z rozwojem idei odchodzenia od hospitalizacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w dużych szpitalnych ośrodkach na rzecz przeprowadzania procesu leczenia w środowisku lokalnym. Główna funkcja asystentów zdrowienia koncentruje się na towarzyszeniu osobom zmagającym się z kryzysem psychicznym w procesie ich zdrowienia. Asystenci, którzy są członkami zespołów terapeutycznych, pełnią unikalną rolę, przedstawiają wartościową perspektywę w procesie zdrowienia, zaspokajając potrzeby osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskich. Rola ta polega na poznawaniu, zrozumieniu, wzmacnianiu, dawaniu nadziei na wyzdrowienie i przekazywaniu osobom w kryzysie praktycznej wiedzy dotyczącej tego procesu oraz dostępnych metod leczenia. W rozdziale zarysowano koncepcję asystentów zdrowienia jako wzajemnego wsparcia (peer support) oraz ideę ich funkcjonowania w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Opisano działalność w środowisku lokalnym, sieciach społecznych oraz ze specjalistami. Zwrócono uwagę na funkcję jaką pełnią asystenci zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego z uwzględnieniem niezbędnych kompetencji i kwalifikacji do pełnienia takiej roli.

---

<sup>61</sup> Rozdział został napisany we współpracy z zespołem specjalistów Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Leonardo Da Vinci w Wieliczce. Są to:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Słowa kluczowe:** asystent zdrowienia, pracodawca, centrum zdrowia psychicznego

## Wprowadzenie

Historia zawodu asystent zdrowienia, związana z ruchem EX-IN (*Experienced Involvement*), stanowi ważny rozdział w upodmiotowieniu Pacjentów oraz rozwoju opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego (Bartosiewicz-Niziołek, Kaczmarczyk-Partyka, Olszewski, Ostrowska, 2021; Cechnicki, Liberadzka, 2012; Davidson, Chinman, Sells, Rowe, 2006; Mead, Hilton, Curtis, 2001). Próba włączenia asystentów zdrowienia w leczeniu psychiatrycznym sięga XVIII wieku. Od tego czasu pojawiło się wiele badań i analiz oraz przewodników i rekomendacji dotyczących włączania asystentów zdrowienia w ramach rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia (por. World Health Organization, 2019). Oprócz danych naukowych potwierdzających pozytywny wpływ na zdrowienie i jakość życia Pacjentów jest jeszcze jeden ważny aspekt w roli asystenta zdrowienia: podejście prawnocłowiecze i rzecznik osób niepełnosprawnych (*self-advocacy*) w systemie usług publicznych.

Zaangażowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego ma pozytywny wpływ na jakość opieki psychiatrycznej oraz na bliskich/rodziny Pacjentów (Cechnicki i in, 20120; Davidson, Bellamy, Guy, Miller, 2012, World Health Organization, 2019). Założenie to było ważne w realizacji niemieckiego projektu w latach 2005-2007 o charakterze edukacyjno-rozwojowym EX-IN. Następnie nieformalny ruch EX-IN opierał się na idei, że osoby, które same doświadczyły problemów ze zdrowiem psychicznym, mogą skutecznie wspierać innych w ich drodze do zdrowienia. Jest to podejście, w którym doświadczenie osobiste kryzysu psychicznego zaczyna być traktowane jako wartościowy zasób. Osoby z takim zasobem są zdolne pomóc innym w radzeniu sobie z podobnymi wyzwaniami. Podejście to zostało przeniesione do Polski. Jednak z uwagi na różnice systemów prawnych, jego implementacja nie może być prostym odtworzeniem rozwiązań niemieckich. Samo określenie „asystent zdrowienia” powstało w Polsce w wyniku wielu dyskusji społecznych i ostatecznie ugruntowało się w projekcie pt. „Nowy zawód: Ekspert przez doświadczenie: (Ex-In)”, realizowanego w latach 2016 - 2019 przez Fundację „Leonardo”, Polski Instytut Otwartego

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Dialogu, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz Stowarzyszenie „Feniks”.<sup>62</sup>

Wsparcie jakie oferują asystenci zdrowienia w Centrum Zdrowia Psychicznego/Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)<sup>63</sup> nie zastępuje wsparcia profesjonalnych terapeutów czy lekarzy, lecz oferuje dodatkowe. Ich doświadczenie poddawane jest własnej refleksji i pozytywnemu przewartościowaniu i dopiero wówczas jest podstawą do zrozumienia Pacjentów. Wprowadzenie zawodu asystent zdrowienia, miało na celu wypełnienie luki w tradycyjnych systemach opieki zdrowotnej, które często skupiały się na leczeniu farmakologicznym i terapii, bez bezpośredniego zaangażowania doświadczeń życiowych Pacjentów (Crane, Lepicki, Knudsen, 2016). Nowy zawód znalazł uznanie w wielu krajach, stając się ważnym elementem programów zdrowia psychicznego (Basset, Faulkner, Repper, Stamou, 2010; World Health Organization, 2019). Przełomowe było uznanie, że osobiste doświadczenie w zdrowieniu jest równie ważne, co formalna wiedza medyczna. Pozwoliło to na włączenie nowego rodzaju specjalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego w proces zdrowienia.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, rozwój zawodu asystent zdrowienia był także odpowiedzią na potrzebę zmniejszenia stygmatyzacji chorób psychicznych i promowania większej świadomości oraz ich zrozumienia w społeczeństwie (Cechnicki i in., 2012). Wprowadzenie tego zawodu miało na celu nie tylko świadczenie bezpośredniego wsparcia osobom w procesie zdrowienia, ale także edukację społeczeństwa i pracę nad zmianą negatywnych stereotypów związanych z chorobami psychicznymi. Programy szkoleniowe dla asystentów zdrowienia koncentrują się na rozwoju umiejętności interpersonalnych, empatii, a także na przekazywaniu wiedzy na temat zdrowia psychicznego. Kładą one również nacisk na rozwój osobisty asystentów, umożliwiając im refleksję nad własnym doświadczeniem i jego wykorzystanie w pracy.

Sam zawód jako profesja medyczna jest w Polsce nową funkcją w systemie opieki psychiatrycznej (por. Mrozowicz Burcon Gawęł i Struk, 2023). Rolę tę pełnią w CZP osoby,

---

<sup>62</sup> Więcej o samym projekcie znajduje się na stronie <http://fundacja-leonardo.pl/nowy-zawod/>

<sup>63</sup> W rozdziale Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego i Centrum Zdrowia Psychicznego są traktowane jednakowo. Pomimo różnic dotyczących organizacji, w dalszej części rozdziału będzie używany skrótowiec CZP.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

które same doświadczyły kryzysów psychicznych i przepracowały proces własnego zdrowienia, tj. poddały swoje przeżycia refleksji podczas psychoterapii i pracy własnej, dzięki czemu mogą asystować i wspierać inne osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym. Odpowiednio przeszkolone osoby, które przeszły przez kryzys, będą wspierać pacjentów w aktywnej fazie zaburzeń psychicznych, dzieląc się z nimi swoją wiedzą i przeżyciami, a także dając im nadzieję na satysfakcjonujące życie w okresie remisji/ po zakończeniu kryzysu. Przy takim założeniu, istotne staje się szkolenie oraz dokładne określenie zadań i zasad współpracy asystentów zdrowienia.

### **Podstawowa zasada szkoleń**

Wypracowany program szkolenia „asystent zdrowienia - nowy zawód”, porusza kluczowe kwestie dotyczące różnic między indywidualnym a wspólnym doświadczeniem w kontekście zdrowia psychicznego (Kaczmarczyk, Kowalska-Dąbrowska, Panek, Walter, Starzomska, Rosińska, Jastrzębski, 2019). Założenia programowe szkolenia bazują na podstawowej różnicy pomiędzy dwoma rodzajami wiedzy – JA i MY. "Wiedza JA" odnosi się do indywidualnego doświadczenia zdrowienia, które jest unikalne dla każdej osoby. Wpływają na nie różnorodne czynniki, takie jak osobista historia, kontekst kulturowy, środowisko, w którym żyje osoba oraz jej indywidualne cechy charakteru. Rozumienie tego wymiaru jest kluczowe dla asystentów zdrowienia, ponieważ pozwala im lepiej zrozumieć i wspierać indywidualne potrzeby osób, z którymi pracują. Z drugiej strony, "Wiedza MY" odnosi się do wspólnego doświadczenia grupy, społeczności, a także wiedzy specjalistycznej. Jest to wiedza budowana na podstawie wspólnych doświadczeń, kultur i praktyk społeczności. Ta forma wiedzy ma ogromne znaczenie w kontekście wsparcia grupowego i ruchu *peer support* u dorosłych, ponieważ pozwala osobom, które doświadczają podobnych wyzwań zdrowotnych na dzielenie się doświadczeniami, wzajemne uczenie się i budowanie poczucia wspólnoty. Integracja "Wiedzy JA" i "Wiedzy MY" w procesie zdrowienia jest fundamentalna. Rozumienie i szanowanie indywidualnych doświadczeń, przy jednoczesnym wykorzystaniu wiedzy specjalistycznej wpływającej z obiektywnej wiedzy naukowej może przynieść znaczne korzyści w procesie zdrowienia. Ukończenie przeznaczonego dla asystentów zdrowienia



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

kursu, koncentruje się na rozwoju umiejętności i kompetencji niezbędnych do zrozumienia i skutecznego wspierania zarówno indywidualnych, jak i grupowych procesów zdrowienia. Podkreśla się w nim potrzebę głębokiego zrozumienia różnorodności doświadczeń zdrowotnych oraz umiejętności adaptacji do indywidualnych potrzeb i oczekiwań osób wspieranych. Podsumowując, "Wiedza JA i Wiedza MY" wskazuje na ważność równowagi między indywidualnym, a wspólnym doświadczeniem w procesie zdrowienia, z uwzględnieniem specjalistycznej wiedzy.

### **Zadania asystenta zdrowienia w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego**

Rola asystentów zdrowienia w polskim Systemie Ochrony Zdrowia Psychicznego, nie jest jeszcze precyzyjnie określona. Niemniej, istnieje wiele dobrych praktyk, które pokazały możliwości i kierunki zaangażowania asystentów zdrowienia do różnorodnych zadań. W Centrum Zdrowia Psychicznego powiatu wielickiego – bazując na wcześniejszych doświadczeniach – zdefiniowano zadania asystent zdrowienia. W przypadku ich zatrudnienia, tak może być sformułowany zakres obowiązków, tj.:

- 1) wspieranie osoby po kryzysach psychicznych w dążeniu do samodzielności życiowej;
- 2) motywowanie osób po kryzysach psychicznych do codziennej aktywności społecznej i zawodowej, podejmowania różnych ról społecznych, powrotu do szkoły lub pracy, bądź poszukiwania nowych możliwości w tym zakresie;
- 3) świadczenie usług doradczych w zakresie radzenia sobie z różnymi problemami zdrowia psychicznego na podstawie własnych doświadczeń radzenia sobie z kryzysami oraz prowadzenie działań promujących zdrowy styl życia;
- 4) udzielanie informacji na temat działania grup pomocowych i samopomocowych, funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zajmujących się zdrowiem psychicznym oraz na temat praw pacjenta itp.;
- 5) wskazywanie możliwości szukania wsparcia dla osób bliskich, ujawnianie własnych doświadczeń kontaktu z rodziną w kontekście kryzysu psychicznego;





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 6) dzielenie się indywidualnymi wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego z zespołami terapeutycznymi w celu działania na rzecz osoby w kryzysie;
- 7) dzielenie się indywidualnymi wnioskami płynącymi z osobistego doświadczenia kryzysu psychicznego ze wspieranymi osobami w celu ich umacniania;
- 8) komunikowanie się z osobą w kryzysie, członkami rodziny i innymi osobami z sieci oparcia społecznego;
- 9) motywowanie osoby doświadczającej kryzysu psychicznego do zdrowienia, w tym do szukania własnych sposobów na powrót do zdrowia i dobrego samopoczucia;
- 10) działanie jako pośrednik pomiędzy osobą doświadczającą kryzysu a odpowiednimi służbami i instytucjami;
- 11) udział w superwizji indywidualnej własnej oraz zespołowej;
- 12) udział w spotkaniach klinicznych zespołu multidyscyplinarnego;
- 13) udział w planowaniu grupowego i indywidualnego Planu Terapii i Zdrowienia;
- 14) dostarczenie opartej na autopsji wiedzy na temat kryzysu psychicznego różnym profesjonalistom (np. kadrze medycznej, psychologom, pracownikom socjalnym);
- 15) edukowanie i przełamywanie zakorzenionych w społeczeństwie stereotypów dotyczących zaburzeń psychicznych;
- 16) poświęcanie czasu klientom w formie zajęć indywidualnych i grupowych;
- 17) współudział w sesjach otwartego dialogu;
- 18) współudział w prowadzeniu grup terapeutycznych.

Asystent zdrowienia wykonuje swój zawód we współpracy z personelem lekarskim, pielęgniarskim, psychologami, terapeutami środowiskowymi, i innymi specjalistami działającymi w ramach struktur oparcia społecznego i innych specjalistów współpracujących w sieci CZP. Asystenci mogą przyczyniać się do wzmacniania trwałości rezultatów pracy całego zespołu leczącego, mogą podejmować kontakt i towarzyszyć Pacjentom w kontynuacji leczenia. Dzięki pracy całego zespołu, następuje skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu i pojawia się możliwość wspierania go w środowisku. Asystenci mogą przewidywać kolejne



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

etapy i potencjalne kryzysy, występujące w trakcie zdrowienia. Mogą być nieodzownym wsparciem w motywowaniu pacjentów do współpracy (np. przyjmowania leków).

### **Propozycja zasad i wartości w pracy asystenta zdrowienia**

Wartości, którymi kierują się asystenci zdrowienia, odzwierciedlają ich zaangażowanie w realizacji opieki opartej na szacunku, współczuciu i wzajemnym zrozumieniu. Zasady pracy asystenta zdrowienia, obejmują szereg wytycznych i standardów, które mają na celu zapewnienie efektywnego i etycznego wsparcia dla Pacjentów zmagających się z problemami zdrowia psychicznego. Zatrudnienie może obejmować różnorodne formy, od pracy w instytucjach publicznych po organizacje pozarządowe i prywatne placówki ochrony zdrowia psychicznego. Do wykonywania tego rodzaju pracy, niezbędne są odpowiednie kwalifikacje i szkolenia, a także umiejętności interpersonalne i empatia. Warunki pracy powinny zapewniać wsparcie i bezpieczeństwo a także możliwości rozwoju zawodowego. Asystenci zdrowienia współpracują z innymi profesjonalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego, co wymaga umiejętności pracy zespołowej i komunikacji. Dotychczasowe doświadczenia płynące z ich pracy pokazują, jakie zasady powinny obowiązywać przy świadczeniu usług asystenckich w obszarze zdrowia psychicznego.

W swojej pracy asystent zdrowienia powinien:

- 1) kierować się zasadą dobra osób, którym służy i poszanowania ich godności a także prawa tych osób do samostanowienia;
- 2) przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę lub grupę osób doświadczających kryzysów psychicznych;
- 3) udzielać osobom zgłaszającym się po pomoc informacji o przysługujących im i dostępnych formach pomocy;
- 4) zachować w tajemnicy informacje uzyskane w toku wykonywania czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia;
- 5) podnosić swoje kwalifikacje zawodowe poprzez udział w np. szkoleniach, konferencjach i innych formach samokształcenia;
- 6) stosować się do zasad etyki zawodowej.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Oprócz przedstawionych zasad, często asystenci zdrowienia kierują się wartościami, które opisują ich stosunek do pacjentów i ich bliskich w trakcie współpracy w procesie zdrowienia. Najczęściej wskazywanymi wartościami są:

- 1) empatia to nie tylko wymiar emocjonalny ale także umiejętność odzwierciedlenia tych emocji, co pozwala na budowanie głębszej relacji z pacjentem;
- 2) zrozumienie odnosi się do umiejętności przyjęcia perspektywy życiowej/poznawczej Pacjenta, uznania i szacunku dla indywidualnych historii życiowych i doświadczeń pacjentów, co jest kluczowe dla skutecznego wsparcia;
- 3) profesjonalizm obejmuje odpowiedzialność, rzetelność i zaangażowanie w utrzymaniu wysokich standardów pracy oraz szacunek dla etyki zawodowej;
- 4) rozwój osobisty podkreśla znaczenie ciągłego doskonalenia się zarówno na poziomie zawodowym, jak i osobistym, co przekłada się na jakość świadczonych usług;
- 5) współpraca wskazuje na konieczność efektywnej pracy zespołowej z innymi specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego, aby zapewnić kompleksową opiekę;
- 6) respektowanie autonomii to promowanie niezależności i samostanowienia pacjentów, uznając ich prawo do podejmowania własnych decyzji;
- 7) holizm oznacza podejście, które uwzględnia wszystkie aspekty życia człowieka od fizycznych po duchowe w procesie zdrowienia;
- 8) otwartość i szacunek są rozumiane jako akceptacja różnorodności i unikanie uprzedzeń, co jest kluczowe w pracy z różnymi grupami społecznymi.

Te wartości są konieczne aby zapewnić jakość wsparcia, które jest zarówno empatyczne, jak i efektywne, zawsze z naciskiem na dobro pacjenta.

### **Wymagania, kwalifikacje i umiejętności asystenta zdrowienia**

Oprócz doświadczenia osobistego asystentów, wymagane jest odpowiednie wykształcenie i szkolenie. Istotne są także umiejętności interpersonalne, takie jak empatia, aktywne słuchanie oraz zdolność do nawiązywania profesjonalnych relacji z pacjentami. Ponadto,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

asystenci zdrowienia muszą wykazywać się zdolnością adaptacyjną aby skutecznie funkcjonować w różnorodnych środowiskach i sytuacjach, które napotykają w swojej pracy. Z doświadczenia pracodawcy, który zatrudnia asystentów zdrowienia, proponujemy następujące warunki kwalifikacji formalnych kandydatów do pracy na to stanowisko w Centrum Zdrowia Psychicznego:

- 1) jest przede wszystkim w wieku aktywności zawodowej;
- 2) osobiście doświadczył kryzysu psychicznego (np. psychozy) lub choruje psychicznie i jest w stanie to udokumentować;
- 3) odbył stosowne szkolenie w wymiarze co najmniej 240 godzin zajęć teoretycznych;
- 4) może udokumentować min. 75 godzin pracy własnej w ramach psychoterapii;
- 5) odbył staż zawodowy w wymiarze co najmniej 420 godzin w placówce ochrony zdrowia psychicznego pod merytorycznym nadzorem opiekuna stażu np. psychologa, psychiatry, pracownika socjalnego, pielęgniarki lub innego specjalisty, który ponosi odpowiedzialność za czynności zawodowe, wykonywane przez asystenta zdrowienia – stażystę;
- 6) ewentualnie uzyskał certyfikat asystenta zdrowienia lub jest w trakcie jego uzyskiwania;

W pracy niezbędna będzie także znajomość obsługi komputera i pakietu MS Office oraz – jak w przypadku innych specjalistów – umiejętność myślenia analitycznego i formułowania syntetycznych wniosków na podstawie różnych informacji. Ponadto, powinien w stopniu podstawowym mieć kompetencje osobiste tj. :

- 1) umiejętność krytycznej refleksji nad swoimi doświadczeniami i radzenia sobie z nimi;
- 2) gotowość do ujawnienia swoich osobistych doświadczeń i krytycznej dyskusji na ich temat;
- 3) zdolność do aktywnego wykorzystania własnych doświadczeń jako zasobów w pracy z innymi ludźmi;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 4) krytyczne i konstruktywne podejście do stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób z problemem zdrowia psychicznego;
- 5) zainteresowanie i gotowość do rozwijania się.

Niemniej w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, niezbędne jest posiadanie kompetencji profesjonalnych typowych dla każdego specjalisty pracującego w CZP, tj. umiejętności:

- 1) wspierania osób po kryzysach psychicznych;
- 2) zwiększania efektywności działań na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób po kryzysach psychicznych;
- 3) współpracy z zespołem i przyjmowania perspektywy innych specjalistów;
- 4) spojrzenia z odmiennej perspektywy;
- 5) radzenia sobie ze stygmatyzacją obecną w kontaktach społecznych.

### **Miejsce i warunki pracy asystentów zdrowia**

Miejsce i warunki pracy asystenta zdrowia są zróżnicowane i zależą od charakteru zatrudnienia oraz specyfiki placówki. Asystenci mogą pracować w różnych środowiskach, takich jak szpitale psychiatryczne, ośrodki zdrowia psychicznego, organizacje pozarządowe, zajmujące się wsparciem psychicznym, a także w programach wsparcia społecznego i samopomocy. Warunki pracy często wymagają umiejętności dostosowania się do emocjonalnie trudnych sytuacji, umiejętności pracy zespołowej oraz komunikacji interpersonalnej. Asystenci zdrowia mogą także pełnić rolę mediatorów pomiędzy pacjentami a lekarzami lub terapeutami, a bliskimi. Ważnym aspektem pracy jest również dbałość o własne zdrowie psychiczne i korzystanie z superwizji oraz wsparcia aby efektywnie radzić sobie ze stresem związanym z pracą.

Asystenci zdrowia mogą być zatrudniani przez instytucje, ośrodki i inne jednostki organizacyjne, właściwe dla spraw związanych z problemami zdrowia psychicznego, a w szczególności:

- 1) centra zdrowia psychicznego;
- 2) szpitale psychiatryczne;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 3) oddziały dzienne i stacjonarne;
- 4) zespoły leczenia środowiskowego;
- 5) poradnie zdrowia psychicznego;
- 6) środowiskowe domy samopomocy;
- 7) ośrodki świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze;
- 8) kluby samopomocy;
- 9) warsztaty terapii zajęciowej;
- 10) domy pomocy społecznej.

Omówienie warunków zatrudniania asystentów zdrowienia zobowiązuje do wzięcia pod uwagę wielu istotnych aspektów. Przede wszystkim, zawód ten jest stosunkowo nowy, co oznacza, że ramy prawne i regulacje mogą być nadal w fazie rozwoju i dostosowywania do specyficznych warunków pracy. Asystenci zdrowienia pełnią kluczową rolę we wspieraniu osób z problemami zdrowia psychicznego, stąd istotne jest, aby warunki ich zatrudnienia odzwierciedlały zarówno charakter pracy, jak i potrzeby tej grupy zawodowej. Poniżej zdefiniowano główne warunki zatrudnienia:

- 1) kwalifikacje i szkolenie - asystenci zdrowienia muszą posiadać odpowiednie kwalifikacje, które mogą obejmować ukończenie specjalistycznego kursu szkoleniowego. Wiele programów szkoleniowych, kładzie nacisk na połączenie teoretycznej wiedzy z praktycznym doświadczeniem a także na rozwijanie umiejętności interpersonalnych i empatii;
- 2) rodzaje umów i wynagrodzenie - formy zatrudnienia mogą się różnić w zależności od placówki i charakteru pracy. Mogą to być umowy o pracę, kontrakty czy praca na zlecenie. Wynagrodzenie powinno być adekwatne do kwalifikacji, doświadczenia i zakresu obowiązków;
- 3) warunki pracy - bezpieczne i wspierające środowisko pracy jest kluczowe, ze względu na często emocjonalnie wymagający charakter pracy. Asystenci zdrowienia powinni mieć dostęp do wsparcia i superwizji jak również możliwości rozwoju zawodowego i edukacji;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 4) współpraca z innymi profesjonalistami - asystenci zdrowienia często pracują w zespołach multidyscyplinarnych, współpracując z lekarzami, psychologami, pracownikami socjalnymi i innymi specjalistami. Wymaga to umiejętności pracy zespołowej i efektywnej komunikacji;
- 5) miejsca zatrudnienia - potencjalne miejsca zatrudnienia obejmują publiczne i prywatne placówki zdrowia psychicznego, organizacje pozarządowe, ośrodki oparcia społecznego oraz instytucje edukacyjne;
- 6) praca mobilna i zdalna - w odpowiedzi na rosnące potrzeby, coraz częściej pojawiają się możliwości pracy zdalnej lub mobilnej, co pozwala na lepszą dostępność i elastyczność wsparcia dla osób potrzebujących;
- 7) elastyczność godzin pracy - godziny pracy mogą być różnorodne, dostosowane do potrzeb środowisk, w których pracują asystenci. Elastyczność ta jest ważna, aby umożliwić skuteczną pomoc w różnych sytuacjach i środowiskach. W tym jest również uwzględnienie osobistych warunków i możliwości asystentów;
- 8) wsparcie psychologiczne i superwizja - z uwagi na trudności emocjonalne jakie mogą pojawić się w pracy, istotne jest, aby asystenci mieli dostęp do wsparcia psychologicznego i regularnej superwizji;
- 9) rozwój zawodowy i szkolenia dodatkowe - asystenci zdrowienia powinni mieć możliwości uczestnictwa w dalszych szkoleniach i warsztatach, które umożliwiają rozwój zawodowy i aktualizację wiedzy.
- 10) zakres obowiązków i odpowiedzialności - zakres pracy asystenta może obejmować wsparcie indywidualne, prowadzenie grup wsparcia, współpracę z rodziną osoby zdrowiejącej, a także działania edukacyjne i promocyjne w zakresie zdrowia psychicznego;
- 11) ochrona danych i poufność - asystenci zdrowienia muszą przestrzegać zasad ochrony danych osobowych i poufności informacji, co jest szczególnie ważne w pracy z osobami z problemami zdrowia psychicznego;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 12) aspekty prawne zatrudnienia - zatrudnienie asystentów zdrowienia powinno być zgodne z obowiązującymi przepisami prawa pracy, w tym z zasadami dotyczącymi umów o pracę, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Zatrudnienie asystentów zdrowienia wymaga zrozumienia specyfiki tego zawodu i dostosowania warunków pracy do jego wymagań – zasobów i ograniczeń. Obejmuje to nie tylko aspekty prawne i formalne ale także zapewnienie wsparcia, możliwości rozwoju oraz środowiska pracy, które umożliwi efektywne i empatyczne wsparcie osób z problemami zdrowia psychicznego. Warto nadmienić, że asystenci zdrowienia nie powinni być nadmiernie obciążeni obowiązkami zawodowymi ani narażeni na sytuacje bardzo stresujące w obawie przed powtórny kryzysem, nawrotem choroby. Ponadto, tak zdefiniowana rola asystentów zdrowienia jest bezpieczna dla pracodawcy oraz dla nich jako pracownika i może być elementem zdrowienia dla nich samych.

### **Wprowadzenie asystentów zdrowienia do pracy**

Wprowadzenie asystentów zdrowienia do CZP jest procesem, który wymaga ustrukturalizowanej ścieżki wdrożenia aby zapewnić efektywną integrację i współpracę. Oto kroki na które warto zwrócić uwagę:

- 1) szkolenie i edukacja personelu - przed wprowadzeniem asystentów zdrowienia ważne jest przeprowadzenie sesji szkoleniowych dla personelu CZP. Szkolenia te powinny obejmować omówienie roli asystentów zdrowienia, ich kwalifikacji, metod pracy oraz zasad udziału w zespołach leczących;
- 2) zapoznanie z placówką - asystent zdrowienia powinien przejść szczegółową orientację w funkcjonowaniu CZP, zapoznając się z lokalem, procedurami, zasadami bezpieczeństwa, etyką pracy oraz strukturą zespołu leczącego;
- 3) definiowanie roli i oczekiwań - należy jasno, w sposób formalny, określić zakres obowiązków asystenta zdrowienia, oczekiwania względem jego pracy oraz sposób współdziałania z innymi członkami zespołu;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 4) wprowadzenie do zespołu leczniczego - zorganizowanie spotkań na których asystenci zdrowienia będą mogli poznać pozostałych członków zespołu, a także zaprezentować swoje umiejętności i doświadczenie;
- 5) współpraca międzyresortowa - wspieranie interakcji i współpracy między asystentami zdrowienia a innymi specjalistami, takimi jak psychiatrzy, psychologzy, pielęgniarki, terapeuci środowiskowi czy pracownicy socjalni itp.;
- 6) superwizja i wsparcie - zapewnienie regularnej superwizji dla asystentów zdrowienia, umożliwiając im dzielenie się doświadczeniami, wyzwaniem oraz uzyskiwanie wsparcia i porad;
- 7) komunikacja i przekazywanie informacji zwrotnych - zachęcanie do otwartej komunikacji między asystentami zdrowienia a zespołem leczącym. Regularne spotkania i feedback są kluczowe dla oceny postępów i rozwiązywania problemów;
- 8) integracja z Indywidualnym Planem Terapii i Zdrowienia - asystenci zdrowienia powinni być włączeni w proces planowania leczenia, oferując swoje perspektywy i doświadczenia, które mogą wzbogacić podejście terapeutyczne;
- 9) edukacja pacjentów i ich rodzin - poinformowanie pacjentów i ich rodzin o roli asystentów zdrowienia, o ich kompetencjach oraz sposobach jakimi mogą wspierać proces leczenia;
- 10) rozwój zawodowy - zapewnienie możliwości rozwoju zawodowego takiego jak szkolenia, kursy i warsztaty, które pomogą im rozwijać swoje umiejętności i wiedzę;
- 11) budowanie świadomości w społeczności CZP - praca nad zwiększaniem świadomości o roli i znaczeniu asystentów zdrowienia wśród całej społeczności CZP;
- 12) promowanie zdrowia i dobrostanu - uważność na zdrowie i dobrostan asystentów zdrowienia, które polega na możliwości otrzymania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem zawodowym i osobistym;
- 13) budowanie sieci wsparcia - zachęcanie asystentów do budowania sieci wsparcia zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz CZP, aby mogli dzielić się doświadczeniami i najlepszymi praktykami;



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 14) dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjentów - upewnienie się, że asystenci zdrowienia są w stanie dostosować swoje podejście do indywidualnych potrzeb i sytuacji pacjentów z którymi pracują;
- 15) wsparcie w zarządzaniu zmianą - w kontekście wprowadzenia nowej roli w CZP ważne jest aby zarówno asystenci zdrowienia, jak i pozostali pracownicy byli wspierani w procesie zarządzania zmianą;
- 16) promowanie inkluzji i różnorodności - podkreślanie wartości różnorodności doświadczeń i perspektyw, jakie asystenci zdrowienia wnoszą do zespołu;
- 17) zarządzanie konfliktami i wyzwaniami - przygotowanie na zarządzanie potencjalnymi konfliktami lub wyzwaniami, które mogą wynikać z integracji nowej roli w zespole;
- 18) ocena skuteczności wprowadzenia - regularne przeprowadzanie oceny aby zrozumieć, jak wprowadzenie asystentów zdrowienia wpływa na jakość opieki i efektywność pracy zespołu;
- 19) tworzenie kultury współpracy i wzajemnego szacunku - praca nad stworzeniem kultury organizacyjnej, która promuje współpracę, wzajemny szacunek i docenianie różnorodnych ról i kompetencji w zespole;
- 20) długoterminowe planowanie i strategia - myślenie strategiczne o roli asystentów zdrowienia w długoterminowym planowaniu i rozwoju usług zdrowia psychicznego;
- 21) dostosowanie do zmieniających się potrzeb - otwartość na dostosowywanie roli asystentów zdrowienia w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby pacjentów i organizacji;
- 22) zapewnienie zasobów i narzędzi - sprawdzenie czy, asystenci zdrowienia mają dostęp do niezbędnych zasobów i narzędzi, które umożliwią im efektywną pracę.

Proces wprowadzenia asystentów zdrowienia w Systemie Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce wymaga strategicznego podejścia, które uwzględnia zarówno potrzeby pacjentów jak i dynamiczną naturę pracy zespołowej w środowisku opieki psychiatrycznej. Ważne jest aby proces ten był elastyczny, inkluzywny i oparty na ciągłym uczeniu się oraz adaptacji.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Narzędzia pomocne w placówce zatrudniającej asystentów zdrowienia zostały zamieszczone w załącznikach:

- 1) Karta opisu pracy na stanowisku asystent zdrowienia – zał.nr 1,
- 2) Oświadczenie – zał. nr 2,
- 3) Kodeks etyczny – zał. nr 3.

### **Podsumowanie**

Wprowadzenie roli asystenta zdrowienia do polskiego Systemu Ochrony Zdrowia Psychicznego, stanowi znaczącą zmianę w podejściu do opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Rola asystentów zdrowienia w Polsce wiąże się z holistycznym podejściem do zdrowia psychicznego. Ich praca koncentruje się na wsparciu emocjonalnym, motywacyjnym i praktycznym, które jest kluczowe dla pacjentów w trakcie procesu zdrowienia. Integracja tej roli z istniejącym systemem opieki zdrowotnej ma na celu nie tylko poprawę jakości świadczonych usług ale również przyczynia się do zmniejszenia stygmatyzacji chorób psychicznych. Wprowadzenie asystentów zdrowienia jest także wyrazem rosnącej świadomości znaczenia wsparcia koleżeńskiego i korzystania z doświadczeń życiowych innych pacjentów w opiece zdrowotnej. Asystenci wykorzystując swoją wiedzę i doświadczenie, mogą efektywnie doradzać, wspierać i kierować pacjentów, pomagając im w odnajdywaniu własnych ścieżek do zdrowia psychicznego. W kontekście Polskiego Systemu Opieki Zdrowotnej, wprowadzenie asystentów zdrowienia stanowi ważny krok w kierunku bardziej zintegrowanego i pacjentocentrycznego modelu opieki.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Załącznik nr 1. Karta opisu stanowiska asystenta zdrowia

---

### KARTA OPISU PRACY NA STANOWISKU

---

#### ASYSTENT ZDROWIENIA

---

**1. Komórka organizacyjna**

**2. Podległość służbowa**

**3. Zastępstwa**

**4. Cel stanowiska**      Udzielanie wsparcia osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego

**5. Obowiązki**

- wspieranie procesu terapeutycznego/ psychoedukacyjnego;
- współpraca z rodziną i siecią oparcia;
- współpraca z innymi specjalistami;
- działanie w środowisku/ miejscu pobytu pacjenta;
- budowanie sieci oparcia społecznego;
- udział w planowaniu grupowego i indywidualnego planu działań terapeutycznych/ psychoedukacyjnych;
- udział w sesjach terapeutycznych np. Otwartego Dialogu;
- edukacja zdrowotna i promowanie profilaktyki kryzysów, chorób i zaburzeń psychicznych;
- psychoedukacja, konsultacje w zakresie radzenia sobie z kryzysem psychicznym i/ lub działaniem systemu opieki zdrowotnej;
- dokumentowanie obserwacji klienta;
- znajomość i przestrzeganie obowiązujących na terenie placówki regulaminów, procedur, instrukcji, przepisów bhp, p/poż.;
- znajomość i stosowanie się do procedur, instrukcji wdrożonego systemu zarządzania jakością;
- przestrzeganie zapisów Kodeksu Pracy;
- wykonywanie innych poleceń przełożonego nie wymienionych w niniejszym zakresie zadań, a związanych z wykonywaną pracą.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

**6. Odpowiedzialność**

- zindywidualizowane i odpowiednie podejście do osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego;
- dobór odpowiednich metod wsparcia i/ lub interwencji;
- racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów;
- przestrzeganie zasad ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych oraz przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, a także wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, w szczególności zachowanie w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia.

---

**7. Uprawnienia**

- do służbowej poczty elektronicznej;
- do wnioskowania we wszelkich sprawach dotyczących realizowania misji placówki;
- do wglądu dokumentacji medycznej pacjenta i innych dokumentów, będących w posiadaniu danego podmiotu w zakresie ustalonym przez bezpośredniego przełożonego (podpisanie oświadczenia o poufności uzyskanych danych oraz przestrzeganiu przepisów RODO).

---

**8. Kryteria oceny**

- przygotowanie merytoryczne;
- zdolności organizacyjne;
- terminowość i prawidłowość wykonywanych zadań;
- dyscyplina pracy;
- stosunek do pacjentów, współpracowników, przełożonych.

---

**Niezbędne**

**Pożądane**

---

**9. Kwalifikacje**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• ukończone stosowne dla asystentów zdrowienia szkolenie;</li><li>• polski certyfikat asystenta zdrowienia;</li><li>• ukończony stosowny staż zawodowy.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• znajomość obsługi komputera i pakietu MS Office;</li><li>• znajomości narzędzi analitycznych, wyciągania wniosków.</li></ul> |
|---|--|
-



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 
- 10. Umiejętności**
- umiejętności i kompetencje w zakresie wspierania osób po kryzysach psychicznych;
  - umiejętności i kompetencje w zakresie zwiększania efektywności działań na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób po kryzysach psychicznych;
  - sprawne zarządzanie zadaniami i procesami;
  - dobra organizacja pracy własnej;
  - umiejętność współpracy z zespołem.
- 

Przyjmuję do wiadomości opis mojego stanowiska i zobowiązuję się wykonywać powierzone mi zadania, zgodnie z przyznanymi uprawnieniami, przepisami prawa, moją najlepszą wiedzą i umiejętnościami.
---

(miejsowość, data)
--------------------

(czytelny podpis pracownika)
------------------------------



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Załącznik nr 2. Oświadczenie asystenta zdrowienia

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a .....

zamieszkały/a w .....

oświadczam, że:

- 1) podejmuję się roli asystenta zdrowienia w okresie remisji choroby;
- 2) nie będę pełnił/a roli asystenta zdrowienia w okresie, gdy mój stan zdrowia pogorszy się i uniemożliwi mi skuteczne wykonywanie pracy;
- 3) w przypadku nawrotu choroby, która utrudni mi pracę, dobrowolnie oddalę się od pełnienia roli asystenta zdrowienia, zgodnie z zaleceniami bezpośredniego przełożonego oraz lekarza prowadzącego;
- 4) w przypadku utraty kontroli nad swoim stanem zdrowia lub świadomego złamania zasad pracy / kontraktu, wyrażam zgodę na oddalenie / zwolnienie mnie z pełnienia roli asystenta zdrowienia.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis asystenta zdrowienia)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### Załącznik nr 3. Kodeks Etyczny Asystenta Zdrowienia

#### Kodeks Etyczny Asystenta Zdrowienia

##### Preambuła

Kodeks Etyczny Asystenta Zdrowienia ma na celu ukierunkowanie codziennego postępowania zawodowego, szczególnie w pracy z klientami, osobami doświadczonymi kryzysami psychicznymi i relacji ze współpracownikami. Etyczne działania stanowią fundament pracy asystenta zdrowienia, która jest oparta na współpracy, wzajemnym zaufaniu i poszanowaniu podstawowych praw człowieka.

Niniejszy Kodeks jest zbiorem wartości i zasad wynikających z ogólnych norm etycznych. Wszystkie zapisy przedstawione w dokumencie, określają postawy i zachowania najistotniejsze w obszarze społecznym i kulturowym dla zawodu asystenta zdrowienia. Ma ułatwić dążenie do realizacji wspólnych celów. Ma być informacją o wzorcach postępowania respektowanych przez Zespół Asystentów Zdrowienia oraz uwzględniać potrzeby, prawa i oczekiwania zarówno asystentów zdrowienia jak i odbiorców wsparcia.

Kodeks etyczny jest narzędziem wspierającym budowanie reputacji i wizerunku asystentów zdrowienia jako zawodu profesjonalnego, odpowiedzialnego, rzetelnego i zaangażowanego.

##### Dział I

###### Ogólne zasady i postawa asystenta zdrowienia

1. W pracy asystent zdrowienia przestrzega prawa krajowego, międzynarodowego i podstawowych standardów postępowania etycznego.
2. Asystent zdrowienia powinien cechować się wysokimi standardami moralnymi zarówno w obszarze jego działań zawodowych jak i osobistych.
3. Asystent zdrowienia uznaje, że każda osoba doświadczająca trudności w zakresie zdrowia psychicznego ma szansę na poprawę jakości życia.
4. Asystent zdrowienia zobowiązuje się wykonywać swoją pracę w oparciu o podejście skoncentrowane na osobie i ukierunkowane na proces zdrowienia. Zobowiązuje się do przeciwdziałania stygmatyzacji i izolacji osób doświadczających kryzysów psychicznych.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Powinien działać w kierunku deinstytucjonalizacji w systemie ochrony zdrowia psychicznego.

## Dział II

### Zasady współpracy z klientami/odbiorcami wsparcia

1. Asystent zdrowienia powinien przestrzegać zasady, że jego podstawowym obowiązkiem zawodowym jest udzielenie wsparcia osobom w kryzysach psychicznych i kierowanie się zasadą dobra odbiorcy usług.
2. Asystent zdrowienia dba o poprawny, czyli uczciwy i jednoznaczny kontakt z osobami, którym udziela wsparcia.
3. Asystent zdrowienia jest zobowiązany do poszanowania godności odbiorcy wsparcia i jego prawa do samostanowienia. Respektuje prawo do wolności wyboru, prawo do intymności i prywatności. Zobowiązuje się do równego traktowania klientów bez względu na wiek, płeć, stan cywilny, orientację seksualną, cechy osobiste, narodowość, wyznanie, stan zdrowia, sytuację materialną, przekonania polityczne, rasę, kolor skóry oraz wszelkie inne preferencje.
4. W każdym przypadku, gdy problemy osobiste lub zdrowotne asystenta zdrowienia mogą wpływać na przebieg i jakość udzielanego wsparcia, należy zasięgnąć pomocy specjalistów lub skorzystać z konsultacji z mentorem lub superwizorem.
5. Asystent zdrowienia nie może wykorzystywać kontaktów z osobami, którym udziela wsparcia dla własnych korzyści. Wszelkie formy bliskości seksualnej, nadużywania emocjonalnego lub materialnego wobec klienta są uznawane za nieetyczne.
6. Jeśli ocena problemu z jakim zgłasza się klient pozwala uznać kwalifikacje asystenta zdrowienia za niewystarczające, obowiązkiem Asystenta jest zgłoszenie klientowi potrzeby podjęcia leczenia przez osobę o bardziej specjalistycznych kwalifikacjach.
7. Asystent zdrowienia zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od klienta w toku współpracy, czyli zobowiązuje się do respektowania tajemnicy zawodowej.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

8. Asystent zdrowienia wystrzega się używania w odniesieniu do swoich klientów określenia „pacjent”. W relacji z klientem Asystent zobowiązuje się wyznawać zasadę równości i partnerstwa.

### Dział III

Odpowiedzialność etyczna asystenta zdrowienia wobec pracodawcy i współpracowników

1. Asystent zdrowienia zobowiązuje się wykonywać czynności i obowiązki zawodowe z zachowaniem rzetelności, terminowości, odpowiedzialności oraz dbałości o jakość.
2. Asystent zdrowienia uznaje potrzebę ciągłego podnoszenia swoich kompetencji i kwalifikacji, uczestnicząc w kursach, szkoleniach, konferencjach i innych tego typu wydarzeniach.
3. Asystent zdrowienia dba o kulturę osobistą oraz nie spożywa alkoholu i innych środków psychoaktywnych w trakcie i na miejscu pracy (z wyjątkiem przepisanych przez specjalistów leków).
4. W relacji ze współpracownikami i z przełożonymi, komunikacja asystenta zdrowienia opiera się na zasadzie otwartości, szczerości, uczciwości oraz równości i akceptacji.
5. Asystent przestrzega prawa, regulacji i standardów przyjętych w miejscu pracy oraz ogólnie przyjętych norm obyczajowych i etycznych w kontaktach interpersonalnych.

### Dział IV

Zobowiązania etyczne wobec zawodu

1. Obowiązkiem asystenta zdrowienia jest dbałość o integralność zawodową, zachowanie tożsamości zawodowej i właściwą rangę zawodu.
2. Asystent zdrowienia powinien dzielić się ze środowiskiem zawodowym własnymi osiągnięciami, spostrzeżeniami i opracowaniami, tworząc tym samym wspólny dorobek merytoryczny zawodu asystenta zdrowienia.
3. Asystent zdrowienia powinien domagać się zmian w ustawodawstwie sprzyjających poprawie warunków życia osób doświadczających kryzysów oraz usankcjonowania prawnego zawodu asystenta zdrowienia.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

### Postanowienia końcowe

Kodeks etyczny stanowi podstawę do rozwiązywania sporów etycznych gdy zachodzi wątpliwość, że asystent zdrowienia nie spełnia warunków w nim zawartych lub z niego wynikających. Jednocześnie Kodeks etyczny będzie spełniał swoje zadanie tylko wtedy, gdy wszyscy przedstawiciele tego zawodu będą przestrzegać jego zapisów oraz stale doskonalić zawarte w nim zapisy.

Treści zawarte w kodeksie nie są ostateczne i mogą ulegać zmianom oraz tworzyć potrzeby doskonalenia nowych obszarów w pracy asystenta zdrowienia, istotnych z etycznego punktu widzenia.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Bartosiewicz-Niziołek, M., Kaczmarczyk-Partyka, S., Olszewski, B., & Ostrowska, M. (2021). The role and functioning of Mental Health Recovery Assistants (Ex-In) in the community model of psychiatric care. *Studia Psychologica: Theoria Et Praxis*, 21(2), 5–18. <https://doi.org/10.21697/sp.2021.21.2.01>
- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way: Peer support in mental health*. Londyn: Together UK.
- Bronowski, P., Chotkowska, K., Bednarzak, J. (2016). Ruch samopomocowy osób z doświadczeniem choroby psychicznej – Grupa Wsparcia TROP. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(3), 190–195.
- Cechnicki, A., Liberadzka, A. (2012). Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia. *Psychiatria Polska*, 16(6), 995–1005.
- Crane, D. A., Lepicki, T., Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282–288. <https://doi.org/10.1037/prj0000186>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Kaczmarczyk, S., Kowalska-Dąbrowska, M., Panek, M., Walter, B., Starzomska, M., Rosińska, P., Jastrzębski, J. (2019). *Asystent Zdrowienia. Model programu szkoleniowego i nowego zawodu*. Kraków: Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego Leonardo.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Mokrzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski, T. (2015). Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji. *Psychiatria Polska*, 49(2), 403–412.

Zadrożna, A. (2019). Grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie.

*Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(32), 63–79.

World Health Organization (2019). *Peer support mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Dostępne:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025783>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Działania antystygmatyzacyjne w środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego**

„Zmień swój język, a zmienisz swoje myśli” (Karl Albrecht)

Marta Jabłońska,

Instytut Psychiatrii i Neurologii, mjablonska@ipin.edu.pl

Joanna Krzyżanowska-Zbucka

Instytut Psychiatrii i Neurologii, krzyzano@ipin.edu.pl;

Katarzyna Szczerbowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii, kszczerbowska@ipin.edu.pl

### **Streszczenie**

Rozdział przedstawia katalog dobrych praktyk w zakresie działań antystygmatyzacyjnych, rekomendowanych działań w ochronie zdrowia psychicznego, w centrach zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Można jest zastosować w ramach ośrodków I lub II poziomu referencyjnego w psychiatrii dzieci i młodzieży oraz w centrach zdrowia psychicznego. Rekomendowane dobre praktyki w zakresie działań antystygmatyzacyjnych poprzedzono zdefiniowaniem pojęcia stygmatyzacji i autostygmatyzacji, przywołaniem najczęstszych działań antystygmatyzacyjnych oraz przedstawieniem przykładów dobrych praktyk w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej. W ramach działań podstawowych rekomenduje się dbałość o język wypowiedzi, psychoedukację dla pacjentów i ich rodzin jako obowiązkowy element leczenia, szeroko pojętą edukację, identyfikowanie i korzystanie z potencjału osób po kryzysie psychicznym, a także tworzenie warunków do dzielenia się swoim doświadczeniem. Działania antystygmatyzacyjne powinny być podejmować i realizowane w każdej sytuacji z czynnym udziałem osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

**Słowa kluczowe:** stygmatyzacja, autostygmatyzacja, antystygmatyzacja, leczenie środowiskowe



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Wprowadzenie

Problematyka stygmatyzacji (od greckiego słowa *stigma* – piętno) jest przedmiotem zainteresowania wielu badaczy, gdyż dotyka ona licznej części społeczeństwa (m.in. Corrigan, 2012, Goffman, 2005; Wciórka, 2012). Stygmatyzacja wiąże się ze skłonnością do dzielenia społeczeństwa w oparciu o kategorię my i inni (oni), przy czym ci oni/inni zwykle nie wpisują się w ogólnie przyjętą normę lub należą do antagonistycznej grupy. Według Słownika języka polskiego PWN stygmatyzacja to: publiczne potępienie jakiejś osoby lub grupy osób i odrzucanie ich w kontaktach społecznych (Doroszewski, 1950-1967).

Obiektem stygmatyzacji czyli przypisania krzywdzących stereotypów i idących za nimi uprzedzeń oraz dyskryminacji mogą być osoby z zaburzeniami psychicznymi, imigranci, kobiety, rozwodnicy, osoby postrzegane jako nieatrakcyjne, osoby jękające się, mniejszości etniczne, osoby utrzymujące się z nierządu i takie, które długo zwlekają z wejściem w związek małżeński (por. Bańbura, 2020; Świgost, 2017). Podstawą stygmatyzacji często jest wyznanie, poglądy polityczne, orientacja seksualna, niski status społeczny, miejsce urodzenia, choroba AIDS, pochodzenie, wykształcenie, bezdomność, brak pracy, przebywanie w więzieniu, światopogląd, ubranie, fryzura, rozwód, życie z kimś bez ślubu, widoczna niepełnosprawność czy posiadanie diagnozy psychiatrycznej (por. Wykes, Haro, Belli, Obradors-Tarragó, Argano, Ayuso-Mateos, ..., Wittchen, 2015). Osoby te doświadczają stygmatyzacji na wielu poziomach. Stykają się z infantylizowaniem, odrzuceniem, dystansowaniem się, poniżaniem, piętnowaniem, izolowaniem, unieważnianiem, pogardą, litością i niezrozumieniem (Bedyńska, Rycielski, 2010). Postawa negatywna opiera się najczęściej na niewiedzy, niedocenianiu, przypisywaniu niższej kategorii społecznej, błędnym pojęciu o ograniczeniach wynikających jedynie z posiadanej diagnozy.

Jednym z największych autorytetów zajmujących się piętnem społecznym był Goffman (2005), amerykański socjolog i pisarz, który określił piętno jako społeczny nurt naznaczania, zwrócił uwagę, że tożsamość jednostki uwarunkowana jest kontekstem, w jakim się znalazła. Już w 1959 r. przedstawił koncepcję, wg której wszyscy w kontaktach społecznych wchodzimy wobec siebie w role, które zmieniają się zależnie od tego, kogo mamy przed sobą i wokół siebie oraz w jakich okolicznościach się znaleźliśmy. Zakładamy maski by zyskać



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

aprobatę, przetrwać, osiągnąć jakieś korzyści. W teatrze życia jesteśmy zarazem aktorami i widzami. (Goffman, 2008). Zapewne zupełnie co innego pomyślimy o tej samej kobiecie z nieładem na włosach siedzącej na krawędzi łóżka w szpitalu psychiatrycznym i na krześle w filharmonii. Stygmatyzacja nie uwzględnia indywidualnych cech osoby piętnowanej, takich jak charakter, osobowość, wykształcenie, pasje a jedynie ogranicza się do postrzegania jej przez stereotypowe cechy przypisywane grupie, w którą jest celowana. Przyjmuje się, że „osoby stygmatyzowane to takie, które posiadają społeczny atrybut głęboko je dyskredytujący i które są postrzegane jako niepełnowartościowe z tego właśnie powodu” (Goffman, 2008).

Należy pamiętać, że piętno nie zawsze jest budowane z pojęć nacechowanych pejoratywnie. Jednym ze stereotypów dotyczących osób czarnoskórych jest przekonanie, że mają one poczucie rytmu. W przypadku osób niewidomych powszechnie uważa się, że mają nadzwyczajnie rozwinięte zmysły słuchu i dotyku. Osobom doświadczającym kryzysu psychicznego przypisywane są takie cechy jak wrażliwość, delikatność. Z diagnozą schizofrenii wiąże się stereotyp, że psychozy dotyczą ludzi ponadprzeciętnie inteligentnych. To właśnie osoby doświadczające kryzysu psychicznego są najczęściej stygmatyzowane (Corrigan, Kleinlein, 2005), co stanowi jedno z największych wyzwań systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Zgodnie z ideą leczenia środowiskowego ma on pomóc cierpiącemu nie tylko opanować objawy kryzysu, ale także istotne jest utrzymanie pełnionych ról społecznych i utrzymanie swojego miejsca w społeczeństwie. Ważny jest powrót do pełnionych ról lub do edukacji, wykształcenia nowego pomysłu na siebie tak, by wieść satysfakcjonujące życie pozwalające samo stanowić o sobie w sieci relacji interpersonalnych (Czykwin, 2008).

Kryzys psychiczny jest cierpieniem, z którym wiąże się nierzadko zmiana pozycji społecznej. Osoby doświadczające kryzysu tracą relacje, pracę, często jakiegokolwiek społeczne wsparcie w momencie, kiedy najbardziej go potrzebują. Jej negatywny komponent przekłada się na wiele aspektów życia (Thornicroft, 2006). Wyniki kompleksowych badań stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań „Ezop II na lata 2016-2020” obejmujących próbę losową wszystkich mieszkańców kraju w wieku 18-64 lata, wykazały, że większość badanych nie chce mieszkać obok osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, pracować z





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

nią, ani się z nią przyjaźnić. Wyznanie, że posiada się diagnozę psychiatryczną dla wielu ludzi mogłoby być społecznym samobójstwem. Fakt załamania zdrowia psychicznego jest zatajany w lęku przed reakcją otoczenia. Konsekwencją widocznych problemów psychicznych i ich stygmatyzacji jest wykluczenie społeczne, izolacja, pogorszenie jakości życia, nierzadko utrata pracy, dotkliwa autostygmatyzacja a nawet zwiększenie ryzyka popełnienia samobójstwa (Rüsch, Zlati, Black, Thornicroft, 2014). Deprecjonowanie, unikanie, umniejszanie kompetencji osób z diagnozą psychiatryczną powoduje obniżenie ich samooceny i poczucia własnej wartości, przyczynia się do społecznego wykluczenia i osamotnienia osób doświadczających kryzysu psychicznego a nie rzadko także ich rodzin (Jackowska, 2009). Cierpi nie tylko jednostka, cierpi całe otoczenie, koszty w różnych wymiarach życia społecznego ponosi całą rodzina, pracodawcy i lokalna społeczność, w tym szkoła. Stygmatyzacja stanowi poważną przeszkodę w leczeniu i procesie zdrowienia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Stawia przed dodatkowymi trudnościami również rodziny (Chudzicka-Czupała, Biernat, 2018; Czyżewska, 2021; Świgost, 2017; Świtaj, 2009; Wciórka, 2012).

Natomiast odpowiednio indywidualnie dobrane wsparcie w zderzeniu z kryzysem psychicznym, wzmacnianie osobę doświadczającą kryzysu na różne sposoby w zależności od jej potrzeb, elastyczność planu zdrowienia dostosowywanego do dynamiki kryzysu psychicznego to rola, którą bierze na siebie nowoczesny system ochrony zdrowia psychicznego. Opierający się na idei zdrowienia, wzmacniania osoby doświadczającej kryzysu w oparciu o jej potencjał i sieć oparcia społecznego. (Lin, Phelan, 2006; Noorani, 2013; Slade, 2009)

Prof. Jacek Wciórka zaangażowany w reformatorski ruch na rzecz psychiatrii środowiskowej na konferencji 11 lipca 2018 roku tuż po uruchomieniu pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w ramach którego zaczęto tworzyć Centra Zdrowia Psychicznego mówił: „Chciałbym podkreślić, że istota zmiany tkwi w procesach mentalnych. W odkryciu prostej i dostępnej dość powszechnie prawdy, że sposób widzenia kryzysów poważnych, głębokich kryzysów, przez społeczność lokalną i przez społeczeństwo, decyduje o tym, jaki jest ich przebieg i jaką perspektywę mają osoby, które takiego kryzysu doświadczają.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Czy spotka je poczucie bezradności, osamotnienia, odrzucenia, wykluczenia, poniżenia czy też przeciwnie – wyciągnięta zostanie do nich w porę oferta pomocy. Odpowiednio kompleksowej, skoordynowanej, dostosowanej i dostępnej blisko. Centrum Zdrowia Psychicznego jest projektem tworzenia ośrodka, instytucji, która ma te oczekiwania spełnić”.

### **Działania antystygmatyzacyjne na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi**

Podejmowanie działań antystygmatyzacyjnych to ogromny postęp w polskiej psychiatrii, który umożliwia nie tylko zdrowienie, lecz także utrzymanie zdrowia nie tylko psychicznego w dalszej perspektywie (Belide, den Boer, Brain, Constant, Figueira, Filipic, ..., Wancata, 2012; Borschmann, Greenberg, Jones, Henderson, 2014)

Aktualne definicje (Cieciuch, Strus, Ponikiewiska, 2023) zdrowia psychicznego wskazują na jego dwa aspekty: relacje interpersonalne oraz samostanowienie/rozwój osobisty. Działania antystygmatyzacyjne pomagają zmieniać kulturowy obraz osoby z doświadczeniem kryzysu, zobaczyć w niej człowieka a nie pacjenta tak, jak mówił o osobach, które wspierał, prekursor psychiatrii humanistycznej w Polsce, prof. Antoni Kępiński. Skupić się nie na objawach kryzysu, ale na potencjale człowieka, który go doświadcza, na jego mocnych stronach w tym sieci oparcia społecznego. Wspiera się pacjenta ale także ludzi ważnych dla niego. Psychiatria środowiskowa widzi pacjenta w kontekście społecznym, ważnych dla niego relacji, ról, które pełnił przed kryzysem - matki, pracownika, ucznia. Sam fakt, że w procesie wspierania mówi się o zdrowieniu a nie chorowaniu ma moc przywracania nadziei na możliwość prowadzenia satysfakcjonującego życia. Powszechnie używana definicja opisuje zdrowienie jako „głęboko osobisty, niepowtarzalny proces zmiany postaw, wartości, uczuć, celów, umiejętności i/lub ról społecznych. Jest to sposób na prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia oraz wnoszenia do niego własnego wkładu, nawet przy ograniczeniach spowodowanych przez chorobę. Zdrowienie obejmuje nadanie nowego znaczenia i celu życiu człowieka, wyrastającego ponad katastrofalne skutki choroby psychicznej” (Anthony, 1993).

Obowiązek podejmowania działań przeciwdziałających stygmatyzacji osób z niepełnosprawnościami został ujęty w Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 2006 r. Ratyfikacja Konwencji przez Polskę od 2012 r. gwarantuje prawo do ochrony i korzystania z praw człowieka przez osoby z niepełnosprawnościami na równi ze wszystkimi obywatelami, a także zobowiązuje do podejmowania działań mających na celu przeciwdziałanie negatywnym skutkom stereotypowego postrzegania osób z zaburzeniami psychicznymi.

Prawo do ochrony zdrowia psychicznego w przepisach prawnych jest podstawą do ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi w praktyce. W artykule 8 Podnoszenie świadomości znajdziemy wprost obowiązek „zwalczania stereotypów, uprzedzeń i szkodliwych praktyk wobec osób niepełnosprawnych, w tym związanych z płcią i wiekiem, we wszystkich dziedzinach życia”.

Wśród podejmowanych inicjatyw, na poziomie lokalnym, ogólnopolskim i globalnym są działania antystygmatacyjne na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego:

- kampanie medialne mające na celu zmianę postrzegania osób z zaburzeniami psychicznymi;
- „dawanie świadectw zdrowienia”, „żywa biblioteka”;
- edukacja przez kontakt z ekspertami przez doświadczenie;
- włączanie w skład personelu medycznego asystentów zdrowienia, by mogli być częścią zespołu wspierającego pacjentów i ich bliskich;
- organizowanie warsztatów i szkoleń o tematyce antystygmatacyjnej;
- webinary w mediach społecznościowych na temat zdrowia psychicznego;
- prelekcje edukacyjne, wystąpienia publiczne;
- grupy wsparcia i psychoedukacyjne dla rodzin i bliskich osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego;
- aktywizacja zawodowa, pomoc w wejściu na rynek pracy i utrzymaniu się na nim;
- realizacja projektów i działań społecznych;
- poradniki, raporty, publikacje poświęcone tematowi zdrowia psychicznego
- przeciwdziałanie samonapiętnowaniu;
- ćwiczenia z zakresu ACT (aktywne leczenie środowiskowe) polegające w dużej mierze na rozpoznawaniu własnych uprzedzeń, większej świadomości i defuzji;

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- udział Centrów Zdrowia Psychicznego w eventach dla lokalnej społeczności.

Osoby stygmatyzowane często ukrywają rozpoznanie psychiatryczne, wycofują się z kontaktów społecznych, rezygnują z aktywności zawodowej lub starają się wpływać na odbiór społeczny podejmując się różnych form edukacji społeczeństwa (Świtaj, 2008; 2009). Działają w fundacjach i stowarzyszeniach na rzecz osób trwających w kryzysie i ich bliskich. Występują na konferencjach, na prelekcjach na uczelniach medycznych, udzielają wywiadów, tworzą grupy samopomocowe w internecie, dzielą się swoim świadectwem zdrowienia w podcastach. Kontakt z osobą z zaburzeniami psychicznymi, poznanie jej historii jest jedną ze skuteczniejszych metod przeciwdziałania stygmatyzacji osób doświadczających kryzysu psychicznego. Psychoedukacja dotycząca zdrowia psychicznego, powinna w dużym stopniu sięgać do konkretnych, osobistych doświadczeń osób stygmatyzowanych (por. Gronholm, Henderson, Deb, Thornicroft, 2017).

Corrigan i Penn (1999) wykazali, że są trzy główne strategie wpływania na zmianę stygmatyzującej postawy społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi:

1. protest,
2. edukacja oraz
3. kontakt bezpośredni z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Protest jest formą reakcji, niezgody na stygmatyzujące treści pojawiające się w mediach, w tym społecznościowych, reklamach, filmach, programach informacyjnych czy wystąpieniach publicznych. Edukacja ma na celu przełamywanie, obalanie stereotypowych przekonań i uprzedzeń do osób z zaburzeniami psychicznymi. Za strategię kontaktu uznaje bezpośrednie zetknięcie z osobami doświadczonymi przez kryzys psychiczny. Kontakt z osobami stygmatyzowanymi wpływa na lepszą ocenę stygmatyzowanej grupy. Połączenie strategii kontaktu i edukacji przynosi najlepsze efekty (Rüsch, Angermeyer, Corrigan, 2005). Kontakt bezpośredni bardziej oddziałuje na zmianę postaw społecznych (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, Rüsch, 2012; Watson, Corrigan, 2005). Przykładem takiego połączenia są szkolenia antystygmatyzacyjne prowadzone przez osoby z diagnozą psychiatryczną tzw. „ekspertów przez doświadczenie” (experts by experience), którzy w przeciwieństwie do „ekspertów przez wykształcenie” (experts by training) np. lekarzy psychiatrów czy terapeutów



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dysponują wiedzą i nieocenionym doświadczeniem z własnego życia. (Świtaj, Grygiel, Krzyżanowska-Zbucka, Sonik, Chrostek, Jahołkowski, Wciórka, Anczewska, 2019). Czynny udział w szkoleniu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego zwiększa wiarygodność i skuteczność podejmowanych działań. Podstawą jest uznanie że wiedza osób mających za sobą żywe, poddane refleksji i zdystansowane doświadczenie własnego kryzysu psychicznego, może być wręcz niezbędnym dopełnieniem wiedzy specjalistów uzyskiwanej w trakcie szkolenia. Bardzo korzystne dla zmiany postawy społecznej, w tym autostygmatyzacji, jest uznanie przydatności tej unikalnej wiedzy do wspierania innych, przeżywających podobne problemy.

Ze stygmatyzacją bezpośrednio związane jest zjawisko autostygmatyzacji – samonapiętnowania (por. Świtaj, Grygiel, Chrostek, Nowak, Wciórka, Anczewska, 2017; Wciórka, 2012). Bardzo dotkliwe dla osoby jej doświadczającej, gdyż myśli ona o sobie przez pryzmat negatywnych, krzywdzących postaw społecznych. Jestem tym kim inni myślą, że jestem. Erving (2008) i Goffman (2005) nazywa osoby stygmatyzowane mianem „Gorszych-Innych” – podkreślając tym samym, jak wielki wpływ na patrzenie na siebie samego odgrywa proces naznaczania. Socjolog zaznacza, że tożsamość osoby stygmatyzowanej staje się tożsamością „zranioną”. Osoby doświadczające kryzysu psychicznego zaczynają myśleć o sobie przez przypisywane stereotypy, zachowywać się w sposób, jakiego ich zdaniem oczekuje otoczenie.

Ważnym działaniem jest także tworzenie grup samopomocowych, sieci wsparcia. Oddziaływanie na siebie osób posiadających podobne doświadczenia przynosi korzyści dla ich samooceny, zmniejsza samonapiętnowanie i izolację społeczną.

Od tego jak nazywamy świat zależy, jak o nim myślimy. To słowa, określenia budują nasz stosunek do omawianych zjawisk. Dbanie o język mówienia o doświadczeniu kryzysu, sposób wyrażania się wobec osób z tym doświadczeniem, unikanie w przestrzeni publicznej terminologii psychiatrycznej do pejoratywnego określania osób, z którymi się nie zgadzamy - to działania antystygmatyzacyjne, które możemy wprowadzać od dziś.

Osoba doświadczająca życia z diagnozą psychiatryczną nie jest tą diagnozą. Należy unikać określania ludzi przy pomocy terminów medycznych, pozbawiając ich innych aspektów



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

bycia człowiekiem z osobowością, charakterem, pasjami i marzeniami. Człowiek zachowuje się tak, jak jest traktowany. Brak wiedzy o danej chorobie, stereotypowe myślenie o niej, sprawia, że bezmyślnie używamy obraźliwego języka, nie zdając sobie sprawy, jak bardzo ranimy osoby, których to dotyczy.

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Światowej Organizacji Zdrowia termin „choroba psychiczna” został zastąpiony określeniem „zaburzenie psychiczne” (APA, 2023), co też można uznać za krok w kierunku poprawy wizerunku osób zdiagnozowanych. Prof. Jacek Wciórka w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta podczas spotkania, którego celem była rozmowa na temat istotnej roli mediów w psychiatrii (26 czerwca 2018 r.) powiedział: „Jako psychiatra dojrzałem przez wiele lat. I po tylu doświadczeniach muszę przyznać, że niezwykle ważny jest język. To, jak opisujemy doświadczenia ludzkie, decyduje o tym, czy człowiek z tych doświadczeń wyjdzie pokaleczony czy wzmocniony. W psychiatrii są słowa, które działają jak cep. Są to słowa archaiczne, do odłożenia do archiwum, powracają jednak nieustannie w sposób raniący. Słowo bowiem ma taką moc, że sprawia, iż człowiek się zapada. Niektórzy się zapadają na zawsze. Szukanie słów, które będą mówiły o tych samych zjawiskach w sposób pokazujący rozwiązania i dający nadzieję, jest wielkim wyzwaniem, któremu jednak psychiatria sama nie podoła. To jest nasze wspólne działo – psychiatrii i mediów. Apeluję, abyśmy nie posługiwali się słowami – cepami, ale poszukiwali słów, które wyrażają naszą ludzką wrażliwość”. To język, którego używamy często nie pozwala wrócić osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego do pełni ról społecznych, do powrotu do życia społecznego. Wiele badań wskazuje na to, że powrót do życia społecznego jest leczący i daje gwarancję stabilizacji zdrowia (Cechnicki, Wojciechowska, Kalisz, Błądziński, Skalski, 2013). W procesie utrzymania zdrowia kluczową rolę odgrywa wsparcie społeczne, którego często są pozbawione osoby doświadczające zaburzeń psychicznych. Osoby z diagnozą psychiatryczną są najchętniej wykluczaną grupą społeczną (Świtaj, 2008). Praca, wolna od mobbingu i stygmatyzacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, jest kluczowym czynnikiem, która poza wsparciem w zdrowieniu, pozwala się spełniać, być potrzebnym, samodzielnym, bywa okazją do poznawania ludzi. W Centrach Zdrowia Psychicznego fakultatywnie zatrudniani są trenerzy pracy/aktywizacji zawodowej, żeby wspierać ludzi po kryzysie w

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

odnalezieniu się w życiu i na rynku pracy. W wielu z tych miejsc prowadzone są szkolenia i warsztaty, na których pacjenci mogą się nauczyć nowych zawodów na wypadek, gdyby po chorobie nie mogli wrócić do dawnych zajęć.

Obecnie stosowane strategie przeciwdziałania stygmatyzacji polegające na edukacji oraz organizowaniu bezpośrednich spotkań z osobami, które kryzysu psychicznego doświadczyły są najbardziej skuteczne zatem też coraz częściej uwzględniane np. w projektach EFS (warsztaty antystygmatyzacyjne dla różnych grup zawodowych). Projekty przeciwdziałania stygmatyzacji powinny opierać się na formule TLC3 (Corrigan, 2011), tj.:

- być ukierunkowane na konkretną grupę (np. na pracodawców);
- działać lokalnie,
- zapewnić w trakcie szkoleń/warsztatów bezpośredni kontakt osób z doświadczeniem kryzysu;
- być wiarygodnym w prezentowaniu treści oraz
- ujmować działania antystygmatyzacyjne jako proces ciągły.

### **Dobre praktyki stosowane w Polsce i Unii Europejskiej**

W drugiej połowie XX wieku we wszystkich krajach uprzemysłowionych pojawił się ruch reformatorski ochrony zdrowia psychiatrycznego. Celem było nie tylko wdrożenie nowych odkryć w medycynie, psychologii i naukach społecznych, ale także poprawienie warunków opieki psychiatrycznej. Reforma oparta na wyjściu z dużych instytucji dla osób chorych i zapewnieniu pomocy w lokalnej społeczności jest powiązana z wysiłkami na rzecz emancypacji osób dotkniętych chorobą i demokratyzacji instytucji psychiatrycznych. Chodziło przede wszystkim o potwierdzenie praw osób dotkniętych chorobą jako obywateli, ich roszczeń do godności i szacunku, ich wolności osobistej oraz ich roszczeń do solidarności i pomocy, jak zauważa dr Friedrich Leidinger lekarz specjalista psychiatrii i geriatrici. Członek zarządu Federalnego Związku Rodzin (BApK) oraz zarządu EUFAMI (Leidinger, 2024).

Wśród działań antystygmatyzacyjnych rekomendowanych przez EUCOMS - Organizację dostawców usług w zakresie środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego przy Wspólnocie Europejskiej - są przede wszystkim:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- współpraca z rodziną i nieformalną siecią kontaktów osób w kryzysie,
- włączenie do systemu wsparcia asystentów zdrowienia,
- zatrudnienie wspomagane,
- mieszkania wspomagane i
- interwencje w sektorze społecznym.

Modele pracy z jedną lub wieloma rodzinami naraz zostały udokumentowane i wysoko ocenione jako pomocne w osiągnięciu oczekiwanych wyników. Psychoedukacja rodzinna zapewnia opiekunom informacje i wsparcie terapeutyczne, aby lepiej radzili sobie ze skutkami zaburzenia psychicznego bliskiej osoby oraz z własnymi problemami wynikającymi z jej choroby (Lyman, Braude, George, Dougherty, Daniels, Ghose, Delphin-Rittmon, 2014). Inne modele współpracy między rodziną pacjenta, usługodawcami a nieformalną siecią kontaktów polegają na pracy na zasobach grupowych (Norden, Malm i Norlander, 2012) oraz Otwartym dialogu (Seikkula, Arnkil, 2018a,b).

Jako, że osoby doświadczające kryzysu psychicznego często mierzą się z problemami społeczno-ekonomicznymi (Thornicroft, 2011) opracowano szereg metod rehabilitacji pomocnych w powrocie do relacji, pracy, edukacji, samostanowienia. Dobre efekty przynosi strategia „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić”, które jest charakterystyczne dla programów Indywidualnego doradztwa i wsparcia (ang. Individual Placement and Support – IPS), w których osoby są wspierane w uzyskaniu i utrzymaniu pracy w normalnych warunkach zatrudnienia. Skuteczność jej potwierdziły 24 randomizowane badania kontrolowane w stosunku do innych programów rehabilitacji zawodowej. (Becker i Drake, 2003; Fioritti, Burns, Hilarion, van Weeghel, Cappa, Suñol, Otto, 2014). Kluczowymi elementami modelu IPS są:

- praca w normalnych warunkach zatrudnienia (w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin) jako cel;
- brak kryteriów kwalifikacji poza wyrażoną motywacją, tj. dostępność dla wszystkich, którzy chcą pracować („zero wykluczenia”);
- koncentracja na preferencjach użytkownika – „dopasowanie pracy do osoby”;
- szybkie poszukiwanie i zatrudnianie na stanowisku pracy minimalizuje ocenę i szkolenia przed zatrudnieniem – „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić”;





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- ścisła współpraca pomiędzy specjalistami zatrudnienia i zespołami klinicznymi - zindywidualizowane, długoterminowe wsparcie z zachowaniem ciągłości;
- budowanie sieci możliwości zatrudnienia (rozwój zawodowy) - obejmuje dostęp do specjalistycznego doradztwa w zakresie świadczeń.

Jednym z bieżących celów jest udostępnienie IPS młodym ludziom z pierwszym epizodem psychozy. W tym przypadku niezbędne jest dodanie edukacji jako drugiego ważnego rezultatu IPS. Badania przeprowadzone w Australii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych wykazały, że wyniki dla tej grupy są obiecujące, a potencjalne korzyści w zakresie kariery zawodowej, objawów i integracji społecznej znaczące (EUCOMS, 2017<sup>64</sup>). Wśród programów mieszkalnictwa chronionego rekomendowany jest program Najpierw mieszkanie (Tsemberis, Gulcur i Nakae, 2004), koncentrujący się na uzyskaniu i utrzymaniu mieszkania. Podsumowując można się odnieść do metafory pomocy „wędkę i ryby”. Dając rybę stawiamy się wyżej wobec osoby, którą wspieramy, jesteśmy dobroczyńcami udzielającymi wsparcia komuś słabszemu, bezradnemu. Jeśli dajemy wędkę stawiamy go na równi z sobą. Człowiek z doświadczeniem kryzysu dostaje narzędzia do tego, żeby budować swoje życie. Jest traktowany po partnersku.

Podjęcie działań na rzecz antystygmatyzacji to misja wielu organizacji pozarządowych w Polsce, m.in. Fundacji eKropka z Warszawy, Stowarzyszenia Pomost z Łodzi, Stowarzyszenia Otwórzcie Drzwi z Krakowa, Stowarzyszenia na rzecz Opieki i Psychiatrii Środowiskowej z Krakowa, Fundacji Człowiek z Krakowa, Warszawskiego Domu pod Fontanną z Warszawy, Fundacji Wielogłosu z Katowic, Akademii Asystentów Zdrowienia w Wrocławiu, Fundacji Pomocy Chorym Psychicznym im. Tomasza Deca . Przykładowo:

- 1) celem Fundacji eKropka jest dążenie do zwiększenia udziału w życiu społecznym osób doświadczających kryzysu psychicznego oraz poszerzanie świadomości społeczeństwa w kwestii zaburzeń i kryzysów psychicznych. „Chcemy przełamywać tabu na temat kryzysów emocjonalnych. Główną misją Fundacji jest zapobieganie izolacji osób po kryzysie zdrowia psychicznego, przeciwdziałanie ich stygmatyzacji i przełamywanie stereotypów związanych z chorobami psychicznymi. Poprzez wielowymiarowe

---

<sup>64</sup> <https://czp.org.pl/wp-content/uploads/2022/01/EUCOMSok.pdf>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

działania terapeutyczne i edukacyjne mamy nadzieję zbudować zaplecze pomocne w przełamywaniu barier i osobistych ograniczeń, umożliwiać powrót do naturalnej aktywności i podejmowania ról w życiu osobistym i społecznym” (<https://ef.org.pl/>).

- 2) działalność Stowarzyszenia Otwórcie drzwi polega głównie na edukacji szerokich grup społeczeństwa w zakresie chorób psychicznych i zdrowienia. Starają się przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu osób chorujących, głosząc, że z choroby psychicznej można wyzdrowieć i pełnić odpowiedzialnie ważne role społeczne. Celami Stowarzyszenia są: wzajemna pomoc, działalność przeciw stygmatyzacji osób chorujących psychicznie, współpraca z różnymi organizacjami krajowymi i zagranicznymi, ukierunkowana na: tworzenie miejsc pracy chronionej, pozyskiwanie mieszkań na mieszkania chronione, organizacja różnych form wypoczynku dla osób chorujących psychicznie. Stowarzyszenie zajmuje się też działalnością edukacyjną w środowiskach pacjentów, ich rodzin i społecznościach lokalnych. Stowarzyszenie realizuje swoje cele w szczególności poprzez: wspieranie bezpośrednich kontaktów, spotkań i innych wspólnych działań osób chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów oraz inicjowanie i udział w programach radiowych i telewizyjnych oraz w prasie, zmierzających do podniesienia poziomu wiedzy i zrozumienia problematyki związanej z zaburzeniami psychicznymi. (<https://otworzciedrzwi.org/>).

W działania wyżej wymienionych organizacji zaangażowane są zarówno osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego jak i profesjonaliści.

Wśród ogólnopolskich inicjatyw jest m. in: Organizacja Kongresu Zdrowia Psychicznego (cyklicznie od 2017 roku) w Warszawie. Od marszu o godność wieńczącego pierwszą edycję Kongresu i wręczenia petycji w Ministerstwie zaczęła się inicjacja wdrażania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i w rezultacie tworzenie na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia Centrów Zdrowia Psychicznego w ramach pilotażu NPOZP.

Dobrym przykładem jest Human Week Krakowski Tydzień Zdrowia Psychicznego organizowany przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie i Uniwersytet Jagielloński pod patronatem Rzecznika Praw Pacjenta i NFZ. Odbywa się on cyklicznie, co roku, od 2019 roku. W jego ramach eksperci przez doświadczenie dzielą się swoimi świadectwami zdrowienia i

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

działalnością na rzecz osób doświadczających kryzysu. Inne tego typu inicjatywy to organizowane przez Stowarzyszenie Otwórzcie Drzwi Forum Psychiatrii Beneficjentów, Rodzin i Profesjonalistów w Krakowie, Dni Solidarności z Osobami Chorującymi Psychiczenie, konferencje poświęcone podejściu otwartego dialogu i asystentom zdrowienia, na jakie do Wrocławia zaprasza Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu. Integracji i destygmatyzacji służą też organizowane co roku we wrześniu Trójmiejskie Dni Solidarności Z Osobami Chorującymi Psychiczenie w ramach kampanii Odmieniona głowa (<http://odmienswojaglowe.org/>). Podobnie jak konferencja „Zdrowie zaczyna się w głowie” zorganizowana w dniach 25-27 września 2018 roku w Wieliczce o terapeutycznych walorach kontaktu, rozmowy, wymiany doświadczeń, organizowana przez Fundację Rozwoju Społecznego „Leonardo”. Wśród prelegentów i gości byli psychiatry, terapeuci, samorządowcy, przedstawiciele administracji, menedżerowie, a także osoby, które same przeżyły kryzys psychiczny, a obecnie wspierają innych w procesie zdrowienia – asystenci zdrowienia.

Integracją osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego z całej Polski działających na rzecz destygmatyzacji zajmuje się Akademia Liderów Cogito w Krakowie. Aktywiści spotykają się na szkoleniach podwyższających ich kompetencje, służące też wymianie doświadczeń. Podczas spotkań powstają m.in. rekomendacje dla działań na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Nad organizacją spotkań czuwa Stowarzyszenie na Rzecz Ochrony i Opieki Środowiskowej. Zwróceniu uwagi na potencjał osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i terapeutyczny aspekt samopomocy służy nagroda Ekspert Cogito zwana Certyfikatem Ex-CO, który może uzyskać osoba po przeżytym kryzysie psychicznym, aktywnie działająca na rzecz ograniczenia stygmatyzacji osób chorujących psychiczenie. Przyznanie Certyfikatu Ex-CO uprawnia do: używania tytułu Certyfikowany Ekspert Cogito, prowadzenia edukacji wraz z profesjonalistami, udziału w sympozjach, konferencjach organizowanych przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” i Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, kontaktów z mediami i przedstawiania stanowiska obydwu Stowarzyszeń w zakresie dotyczącym w szczególności: reformy systemu psychiatrii, wdrażania



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, podejmowanych działań mających na celu walkę ze stygmatyzacją osób chorujących psychicznie.

Inicjatywą wspierającą rodziny osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest krakowskie Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” organizujące m.in. wyjazdy edukacyjno-integracyjno-wypoczynkowe. Wsparciem dla rodzin i innych bliskich z sieci społecznej osób z doświadczeniem kryzysu są także grupy psychoedukacyjne prowadzone przy niektórych Centrach Zdrowia Psychicznego. Cyklicznie, przez kilka miesięcy w roku taka grupa spotyka się w Centrum Zdrowia Psychicznego Szpitala Wolskiego in. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie. Udział w niej jest bezpłatny i jest przeznaczona dla osób powyżej 18 r.ż. Grupa ma charakter otwarty, nie obowiązują zapisy, można uczestniczyć w dowolnym spotkaniu. Prowadzi ją para psychologów a na spotkania z uczestnikami zapraszani są lekarze, asystenci zdrowienia, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi.

Cenne są wszystkie inicjatywy integrujące wszystkie pokolenia (Leidinger, 2023). W klubie Pacjenta przy Centrum Zdrowia Psychicznego w Złocieńcu 16 listopada 2023 zorganizowano wspólne czytanie bajek, na które zaproszono przedszkolaków. Taka integracja przyczynia się do poczucia większej przynależności społecznej osób z doświadczeniem kryzysu. Dzieci i młodzież angażują się w działania charytatywne na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Co roku uczniowie warszawskich i podwarszawskich szkół przygotowują pod opieką nauczycieli i przy wsparciu rodziców prezenty dla pacjentów szpitali psychiatrycznych. Do ciepłych skarpetek dołączane są kartki z życzeniami, które dzieci własnoręcznie wykonują. Akcja organizowana jest od 2011 roku, od siedmiu lat przy Klubokawiarni Życie jest Fajne i jest społeczną inicjatywą niezwiązaną z żadną organizacją. W 2023 roku rozdano ponad 1000 prezentów m. in. pacjentom oddziałów psychiatrycznych Szpitala Bródnowskiego, Wolskiego i Bielańskiego oraz w Szpitalu Nowowiejskim i Tworkowskim.

Istnieją także dobre inicjatywy wspierające osoby z doświadczeniem kryzysu w znalezieniu zatrudnienia. W Małopolsce prowadzono program „Trener”, który polegał na tym, że wspólnie z osobą doświadczoną kryzysem psychicznym trener poszukiwał miejsca zatrudnienia, zapewniał przedsiębiorcy gotowość wsparcia w pierwszym okresie. Dzięki tym



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

działaniom 160 osób znalazło pracę. W Krakowie działa pensjonat u Pana Cogito zatrudniający osoby po kryzysie. Przyjeżdżają do niego goście z 45 krajów świata, dowiadują się, że to osoby doświadczone przez kryzys sprzątają pokoje, gotują obiady, prowadzą ogród i recepcję. Przy Szpitalu Babińskiego w Krakowie działa Bistro Tymiankowo, w którym pracują osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Działania lokalne mogą być wspierane ogólnopolskimi kampaniami antydyskryminacyjnymi, jak np. Zobacz Człowieka finansowana ze środków Ministerstwa Zdrowia, która ruszyła w 2022 roku. Zaangażowano do niej znane osoby, psychologów i ekspertów przez doświadczenie. W jej ramach w przestrzeni publicznej znalazły się plakaty z napisem „Nie osądzaj, wspieraj osoby w kryzysie psychicznym” ze zdjęciami wspierających ją Sebastiana Karpiela-Bułecki i Julii Wróblewskiej, do internetu trafiły rozmowy z ekspertami przez doświadczenie. Powstała strona poświęcona przeciwdziałaniu stygmatyzacji: <https://zobaczczlowieka.pl/>. Głos osób doświadczonych kryzysem dociera do ogółu społeczeństwa także przez media. Coraz więcej osób decyduje się na publiczne dzielenie się swoim świadectwem zdrowienia. Anna Olearczuk, asystentka zdrowienia, podzieliła się swoją historią w podcaście Farbowanie życia (Serafin, 2021), Ivan Sitsko, asystent zdrowienia w miesięczniku „Vogue” (Czyżewska, 2021), Paula Kowalczyk, asystentka zdrowienia w „Newsweeku” (Pezda, 2023).

Osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego słuchane są przez polityków. Zapraszane były na spotkania sejmowej Podkomisji Stałej do spraw zdrowia psychicznego prowadzonej przez posła, Józefę Hryniewicz. Na spotkaniu 12 września 2019 pod hasłem „Dobre praktyki w zakresie opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi realizowane przez organizacje pozarządowe, przy współpracy samorządu - model psychiatrii środowiskowej i aktywizacji zawodowej w celu powrotu do pełnienia ról w społeczeństwie” przyszli przedstawiciele środowiska asystentów zdrowienia. Przedstawiciele ministerstw zdrowia, edukacji, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych i administracji, rodziny, pracy i polityki społecznej, inwestycji i rozwoju przedstawili na nim raporty na temat wsparcia psychicznego osób w kryzysie psychicznym.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego są zaangażowane w inicjatywę Nasz Rzecznik przy Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Jest to koalicja organizacji społecznych, aktywistów i aktywistek, która współpracuje z Rzecznikiem Praw Obywatelskich i broni praw każdej z osób i grup, na rzecz których działa. Razem z Rzecznikiem i Biurem RPO upominamy się o poszanowanie praw obywatelskich i o systemowe rozwiązania dla osób i grup społecznych zagrożonych wykluczeniem. Jest głosem tych, którzy sami nie są w stanie upomnieć się o swoje prawa.

### **Mapa drogowa wdrażania działań antystygmatyzacyjnych**

Opierając się na opisanej powyżej literaturze i dobrych praktykach, oraz doświadczeniach własnych w pracy z osobami po kryzysach psychicznych i w organizacjach pozarządowych rekomendujemy, aby działania antystygmatyzacyjne skierowane do szeroko pojętego społeczeństwa (mieszkańców, pracodawców, pracowników) były łączone z działaniami zmniejszającymi piętno i zintegrowane z działaniami antyautostygmatyzacyjnymi. Przeciwdziałanie zjawisku stygmatyzacji i autostygmatyzacji należy do obowiązków Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego/Centrum Zdrowia Psychicznego, jako ośrodka działającego na rzecz zdrowia psychicznego osób z obszaru swojej odpowiedzialności. Zważywszy, że różnego rodzaju kryzysów psychicznych może doświadczyć około 20-25 % populacji osób dorosłych, działania te bardzo potrzebne są mieszkańcom, ich rodzinom i znajomym.

Przed zaplanowaniem konkretnych działań, warto zacząć od szkolenia z teorii piętna dla całego personelu, dobrze aby wszyscy wzięli w nim udział na takich samych zasadach, niezależnie od wykształcenia i roli zawodowej. Nie będzie możliwe wszystkich jednocześnie przeszkolić – warto zaproponować kilka terminów, a szkolenie powinno być obowiązkowe. Pracownicy opieki psychiatrycznej także doświadczają napiętnowania społecznego w związku ze swoim miejscem i rodzajem pracy, rzadko się tym zajmują we własnym kontekście, a wiadomo także, że często stygmatyzują swoich pacjentów. Proponujemy kilka zasad, które mogą ułatwić realizację antystygmatyzacyjnych zadań.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Po pierwsze warto wiedzieć, że przeciwdziałać stygmatyzacji i autostygmatyzacji można aktywnie, organizując różne szkolenia i wydarzenia, opisane powyżej w dobrych praktykach, ale także „przy okazji” przy realizacji większości działań terapeutycznych.

- Psychoedukacja dla pacjentów i ich rodzin jako obowiązkowy element leczenia, plan zdrowienia, oddziaływania grupowe mogą być okazją dla profesjonalistów do zachęcania pacjentów do budowania aktywnej postawy wobec choroby i przeciwdziałania samonapiętnowaniu.
- Realizowanie wielu zajęć poza psychiatrycznymi miejscami leczenia, w przestrzeni publicznej, może zmniejszać stygmatyzację. Prowadząc grupę terapeutyczną w domu kultury, po zajęciach tanecznych a przed kursem origami, zdejmujemy w ten sposób odium choroby psychicznej z uczestników grupy, ułatwiamy im integrację społeczną i normalizujemy doświadczenie kryzysu. Mieszkalnictwo wspomagane (hostele i mieszkania chronione) umiejscowione w osiedlach lub / i blokach, praca wspomagana u lokalnych pracodawców - działają podobnie.
- Aktywne formy działań antystygmatyzacyjnych to zwykle szeroko pojęta edukacja, ale także happeningi, performance, pikniki, biegi, marsze itp.(patrz dobre praktyki)
- Potrzebna jest wielość form, aby dotrzeć do jak najszerszej liczby odbiorców, dlatego warto zidentyfikować i wykorzystywać naturalny potencjał osób po kryzysie psychicznym do dzielenia się swoim doświadczeniem w mediach społecznościowych, wśród rówieśników, w sytuacjach edukacyjnych czy zawodowych.
- Konieczne jest permanentne stosowanie tych oddziaływań, nie należy zakładać, że jeden warsztat, prelekcja lub zajęcia z psychoedukacji wystarczą, trzeba je powtarzać cyklicznie przy różnych okazjach.

Po drugie we wszystkie poczynania warto włączać osoby z doświadczeniem zaburzeń psychicznych tzw. ekspertów przez doświadczenie, nie powinni zajmować się tymi tematami jedynie profesjonaliści – nie będą tak wiarygodni dla odbiorców ich działań jak sami użytkownicy psychiatrii.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Warto wykorzystać asystentów zdrowienia zatrudnionych w podmiocie leczniczym, mają oni kontakty w swoim środowisku, znają innych aktywnych społecznie pacjentów, którzy mogą zostać liderami z potencjałem do organizowania wokół siebie grupy działaczy, a może sam asystent zdrowienia/asystentka zdrowienia będzie miał/a takie zasoby. Na kursie dla asystentów zdrowienia szkolący się są przygotowywani do tworzenia grup samopomocowych i wsparcia, z których mogą się spontanicznie wyłonić aktywiści działań antystygmatyzacyjnych. Poszukiwanie liderów – osób z potencjałem - można prowadzić zarówno wśród własnych podopiecznych (ale z zastrzeżeniem, że ich stan psychiczny powinien być stabilny i należy sprawdzić, czy chcą działać na swoim terenie), ale także warto zainteresować się, czy nie ma już organizacji pacjenckiej w najbliższym otoczeniu, lub grupy nieformalnej. Czasem powstają one spontanicznie przy miejscach udzielania pomocy i wsparcia takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy, WTZ, Kluby Seniora, OPS, MOPS, GOPS itp.
- Wskazane jest przygotowanie ekspertów przez doświadczenie do dzielenia się swoim doświadczeniem w rozmaitych formach, takich jak prelekcje, żywa biblioteka, seminaria, warsztaty. Aby te osoby mogły swoim przykładem wpływać na innych, najpierw należy je przygotować do tej roli, przeszkolić proponując szkolenia z autoprezentacji, praw obywatelskich, teorii piętna itp. Trzeba też pomagać zmniejszyć samopiętnowanie stwarzając odpowiednie środowisko w postaci np. grup samopomocowych, oferując wsparcie indywidualne i grupowe w powolnym ujawnianiu się.
- Największą skutecznością wykazuje się połączenie edukacji z kontaktem - jak w warsztatach antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez ekspertów przez doświadczenie – edukatorów Fundacji eKropka. Taka oferta wymaga przeszkolenia grupy chętnych ekspertów przez doświadczenie w pracy trenerskiej i w prowadzeniu warsztatów, oraz stałe ich wspieranie podczas realizowania tych działań.
- Do aktywnego pozyskiwania odbiorców szkoleń też można włączyć osoby po kryzysach, co zwiększy ich poczucie sprawczości, poprawi samoocenę i będzie pomocne w procesie zdrowienia.





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Protest – demonstracja, czy marsz poprzez integrację osób doświadczających stygmatyzacji wokół wspólnego celu, może mieć wpływ na zmniejszenie samonapiętnowania i umacnianie w drodze do zaznaczania swojej obecności w społeczeństwie. Warto więc wzmacniać inicjatywy oparte na oburzeniu i niezgodzie na dyskryminację np. przez kontakt z innymi grupami mniejszościowymi.
- Rekomendujemy aby włączanie osób po kryzysach w rozmaite działania antystygmatyzacyjne wiązało się z wynagrodzeniem równym za to samo zadanie z wynagrodzeniem profesjonalistów, aby unikać dysproporcji w honorariach widocznych na przykład w projektach i konkursach grantowych (co samo w sobie jest piętnujące).

Po trzecie należy zatrudnić lub oddelegować pracownika, który będzie się zajmował organizacją wydarzeń, szukał lokalnych partnerów, utrzymywał relacje z organizacjami, szukał finansowania działań nietypowych. Podejmowanie się tych zadań „w międzyczasie” będzie nieskuteczne i frustrujące. Pracownik taki powinien zrobić przegląd w lokalnej społeczności organizacji sąsiedzkich, które gromadzą osoby aktywne społecznie. Mogą to być wspólnoty, które organizują się wokół jakiegoś tematu, takie jak:

- Ogólnopolskie Towarzystwo Przyjaciół np. Dzieci (TPD), oddział lokalny
- Organizacje pacjentów – jest wiele aktywnych kół np. chorych na cukrzycę czy choroby neurologiczne, Amazonki (kobiety po mastektomii) – mogą być zainteresowani działaniami na rzecz zdrowia psychicznego
- Towarzystwo Przyjaciół np. lokalnej atrakcji turystycznej, lub miasta
- Ochotnicza Straż Pożarna,
- dom kultury
- amatorska orkiestra, teatr, chór lokalny
- regionalna świetlica
- biblioteka gminna czy dzielnicowa
- koło gospodyń
- koło zainteresowań
- klub filatelistyczny, wędkarski, amatorski klub sportowy



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- wolontariat organizowany przy instytucjach samorządowych, wolontariat pracowniczy, szkolny
- organizacja młodzieżowa,
- harcerstwo,
- wspólnota religijna, oaza, KIK, kółko różańcowe, klub gazety polskiej
- Miejsce aktywności lokalnej (MAL-e) w wielu większych miastach
- Uniwersytet Trzeciego Wieku
- Itp.

Możemy mieć pewność, że wśród osób działających w tych inicjatywach znajdą się osoby po kryzysach lub/i ich bliscy, którzy zachęceni przez pracownika CZP oddelegowanego do kontaktu z lokalną społecznością, włączą się we wspólne projekty.

- Pracownik ten będzie, poprzez utrzymywanie stałych kontaktów, włączał działania przeciwdziałające stygmatyzacji w lokalne wydarzenia (Żywa Biblioteka na Dni Sąsiada, Jarmark świąteczny – jako okazja do sprzedaży artystycznych wyrobów z WTZ itp., Dzień Otwarty w Klubie Pacjenta z poczęstunkiem, Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego w lokalnym radiu itp).
- Aktywny, z inicjatywą pracownik będzie mógł pozyskiwać osoby znane i popularne jako ambasadorów idei, że osoby chorujące psychicznie nie są gorsze od pozostałych i mogą brać aktywny udział w życiu społecznym.
- Energiczny, kreatywny, z elastycznymi godzinami pracy i dobrze opłacany pracownik może zorganizować wokół CZP grupę wolontariuszy złożoną z pacjentów, ich bliskich, sąsiadów i przyjaciół, młodzieży i studentów, która będzie realizować wydarzenia, pozyskiwać fundusze, aktywnie uczestniczyć w lokalnej społeczności.

Poniżej jest mapa drogowa w postaci tabelarycznej do zastosowania przez Kierownika CZP lub ośrodka środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny w psychiatrii dziecięcej.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## MAPA DROGOWA

### JESTEŚ KIEROWNIKIEM CZP

DLA DOROSŁYCH

DLA DZIECI I MODZIĘŻY

#### PLANUJESZ ZAJĄĆ SIĘ PRZECIWDZIAŁANIEM STYGMATYZACJI I AUTOSTYGMATYZACJI

ZGROMADŹ literaturę naukową na ten temat i udostępnij personelowi

ZORGANIZUJ obowiązkowe szkolenia dla całego personelu z:

- ✓ Teorii piętna,
- ✓ Praw pacjenta,
- ✓ Komunikacji z pacjentem i rodziną zmniejszającej autostygmatyzację,
- ✓ Metod przeciwdziałania dyskryminacji.

ZORGANIZUJ w swoich ośrodkach toalety dla osób nieheteronormatywnych, pytajcie w wywiadzie, o to jak się zwracać do pacjenta, jakimi zaimkami.

PODEJMIIJ wraz z zespołem decyzje na temat elementów terapii zmniejszających autostygmatyzację:

- ✓ Psychoedukacja z teorią recovery/empowerment jako element wizyty lekarskiej i psychologicznej pacjenta,
  - ✓ Plan leczenia i zdrowienia wspólnie z pacjentem w PZK,
  - ✓ Psychoedukacja grupowa dla pacjentów w szpitalu, w oddziale dziennym, w poradni,
  - ✓ AZ jako osoba wspierająca pacjenta po wypisie ze szpitala towarzysząca mu w pokonywaniu pierwszych trudności.
- ✓ Wsparcie indywidualne i grupowe w poszukiwaniu pracy po kryzysie.      ✓ Wsparcie w powrocie do szkoły po kryzysie.

WYZNACZ kogoś z personelu i oddeleguj do ORGANIZOWANIA działań antystygmatyzacyjnych w obszarze objętym odpowiedzialnością terytorialną.

- 1) Organizacja zajęć terapeutycznych dla pacjentów takich jak:
  - Grupy wsparcia,
  - Grupy terapeutyczne,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 
- Psychoedukacja dla rodzin pacjentów w szpitalu, w oddziale dziennym, w poradni,
  - Warsztaty z rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem, dbania o zdrowie psychiczne.
- 2) Realizacja zajęć w miarę możliwości poza szpitalem i poradnią, w miejscach „niepsychiatrycznych”, w przestrzeni publicznej:
- domy kultury,
  - miejsca aktywności lokalnej, itp.,
- 3) Organizacja mieszkalnictwa chronionego w lokalach ogólnie dostępnych.

---

POSZUKAJCIE EKSPERTÓW PRZEZ DOŚWIADCZENIE (wyznaczony pracownik i członkowie zespołu) - aktywnych społecznie pacjentów, którzy mogą zostać liderami z potencjałem do organizowania wokół siebie grupy działaczy.

- 
- Wykorzystaj asystentów zdrowienia zatrudnionych w Twoim CZP
  - Oddelegowany pracownik poszukuje organizacji pacjentowskiej w najbliższym otoczeniu, lub grupy nieformalnej (czasem powstają one spontanicznie przy miejscach udzielania pomocy i wsparcia takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy, WTZ, Kluby Seniora, OPS, MOPS, GOPS itp.).
  - Oddelegowany pracownik poszukuje organizacji pacjentowskiej lub grupy nieformalnej (czasem powstają one spontanicznie w szkołach, przy organizacjach młodzieżowych).

---

PRZYGOTUJ EKSPERTÓW PRZEZ DOŚWIADCZENIE do dzielenia się swoim doświadczeniem w rozmaitych formach proponując im:

- 1) szkolenia:
- z autoprezentacji,
  - komunikacji,
  - radzenia sobie z trudnym słuchaczem,
  - praw obywatelskich,
  - teorii piętna itp.
- 2) pracę nad zmniejszaniem ich samopiętnowania i umacnianiem ich w aktywności:
- grupa samopomocowa,
  - wsparcie indywidualne i grupowe w powolnym ujawnianiu się jako osoba po kryzysie.
-

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

WSPÓŁPRACA EKSPERTA PRZEZ DOŚWIADCZENIE I PRACOWNIKA CZP w organizacji regularnych szkoleń antystygmatyzacyjnych na tematy związane ze zdrowiem psychicznym dla różnych grup zawodowych i społecznych w miejscach ich pracy lub nauki, w przestrzeni publicznej.  
Odbiorcy tacy jak:

---

Mieszkańcy terytorium objętego opieką CZP - wykłady, prelekcje, warsztaty na temat dbania o zdrowie psychiczne.

Uczniowie - lekcje i szkolenia o tematyce zdrowia psychicznego, konkursy wiedzy, olimpiady.

Lekarze POZ,  
Pracodawcy,

Lekarze pediatrzy,  
Nauczyciele, pedagodzy,  
Pracownicy Izby dziecka.

---

Policja,  
Operatorzy 112,  
Kler,

Studenci kierunków medycznych i psychologicznych.

---

WSPÓŁPRACA EKSPERTA PRZEZ DOŚWIADCZENIE I PRACOWNIKA CZP w:

- 1) Przeglądzie w lokalnej społeczności organizacji NGO, które gromadzą osoby aktywne społecznie i nawiązywanie z nimi współpracy, porozumień, podejmowanie wspólnych inicjatyw.
  - ✓ Organizacje pacjentów,
  - ✓ Organizacje sąsiedzkie,
  - ✓ Organizacje zajmujące się przemocą domową i bezdomnością,
  - ✓ Towarzystwo Przyjaciół np. lokalnej atrakcji turystycznej, lub miasta,
  - ✓ Ochotnicza Straż Pożarna,
  - ✓ Dom kultury,
  - ✓ Amatorska orkiestra, teatr, chór lokalny,
  - ✓ Regionalna świetlica,
  - ✓ Biblioteka gminna czy dzielnicowa,
  - ✓ Koło zainteresowań,
  - ✓ Klub filatelistyczny, wędkarski, amatorski klub sportowy,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 
- ✓ Wolontariat organizowany przy instytucjach samorządowych,
  - ✓ Miejsce aktywności lokalnej (MAL-e) w wielu większych miastach.

- 
- ✓ Szkoły rodzenia,
  - ✓ Klub seniora,
  - ✓ Uniwersytet Trzeciego Wieku,
  - ✓ Wolontariat pracowniczy,
  - ✓ Koło gospodyń,
  - ✓ Organizacja Amazonki (kobiety po mastektomii),
  - ✓ Wspólnota religijna, KIK, Kółko różańcowe, klub gazety polskiej.

- 
- ✓ Ogólnopolskie Towarzystwo Przyjaciół np. Dzieci (TPD), oddział lokalny,
  - ✓ Organizacje rodziców dzieci z problemami zdrowotnymi,
  - ✓ Organizacja młodzieżowa,
  - ✓ Harcerstwo,
  - ✓ Wolontariat szkolny,
  - ✓ Wspólnota religijna, oaza.

---

WSPÓŁPRACA EKSPERTA PRZEZ DOŚWIADCZENIE I PRACOWNIKA CZP w:

2) Organizacji wydarzeń

- ✓ Piknik,
- ✓ Żywa Biblioteka,
- ✓ Dni Sąsiada,
- ✓ Jarmark świąteczny,
- ✓ Dni Otwarte,
- ✓ Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego,
- ✓ Biegi,
- ✓ Loterie,
- ✓ Aukcje charytatywne,
- ✓ happeningi,
- ✓ performance artystyczne.

---

EKSPERT PRZEZ DOŚWIADCZENIE I PRACOWNIK CZP współpracują w organizacji regularnych szkoleń antystygmatyzacyjnych dla pracowników CZP.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

ORGANIZUJ WIZYTY STUDYJNE W INNYCH CZP, wymieniajcie się doświadczeniami w zakresie działań antystygmatyzacyjnych i innych.

ROZWIJAJCIE AKTYWNOŚĆ EDUKACYJNĄ w mediach społecznościowych własnych, lub włączcie się w media organizacji funkcjonujących na Waszym terenie.

---

MONITORUJ na bieżąco przy pomocy anonimowych ankiet, jak wygląda sytuacja w Twoim CZP w kontekście dbania o unikanie stygmatyzujących zachowań.

---

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Szkolenia antystygmatyzacyjne proponuje wiele organizacji pozarządowych m.in. warszawska Fundacja eKropka i krakowskie Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Opieki i Psychiatrii Środowiskowej. Warsztaty współprowadzą specjaliści i eksperci przez doświadczenie. Ma to ten walor, że można spojrzeć na kryzys z różnych perspektyw. Dowiedzieć się, na jakie aspekty form udzielania wsparcia eksperci przez doświadczenie są najbardziej czuli, jakiego sposobu komunikacji oczekują, jakie gesty i zachowania są dla nich najbardziej wspierające. Rekomendujemy, żeby zawsze wybierać takie szkolenia, które pozwalają poznać ich punkt widzenia z pierwszej ręki.

Lista organizacji obywatelskich działających na rzecz zdrowia psychicznego <https://czp.org.pl/lista-organizacji-obywatelskich-dzialajacych-na-rzecz-zdrowia-psychicznego/>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.  
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- American Psychiatric Association (2023). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. APA.
- Becker, D. R., Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness. Innovations in Practice and Service Delivery with Vulnerable Populations*.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195131215.001.0001>
- Bańbura, A., Opoczyńska-Morasiewicz, M. (2020). Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać – analiza wypowiedzi osób starszych. *Psychiatria Polska*, 54(4), 807–820. <https://doi.org/10.12740/PP/110061>
- Bedyńska, S., Rycielski, P. (2010). Kim jestem? Wsparcie funkcjonowania psychospołecznego osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., ... Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, 1-38. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0491-z>
- Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., Henderson, R. C. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: a scoping review. *Die Psychiatrie*, 11(01), 43-50.  
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1670735>
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A., Kalisz, A., Błądziński, P., Skalski, M. (2013). Związek czynników demograficzno-społecznych oraz klinicznych z siecią społeczną osób chorujących na psychozy schizofreniczne1. *Postępy Psychiatrii i Neurologii= Advances in Psychiatry and Neurology*, 22(1), s. 33-40. Dostępne:  
[https://www.ppn.ipin.edu.pl/archiwum.html?getFile%5Bitem%5D=9&getFile%5Bsec%5D=2&getFile%5Bfile%5D=03\\_ppin\\_01-2013.pdf](https://www.ppn.ipin.edu.pl/archiwum.html?getFile%5Bitem%5D=9&getFile%5Bsec%5D=2&getFile%5Bfile%5D=03_ppin_01-2013.pdf)
- Chudzicka-Czupała, A., Biernat, M. (2018). Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zdrowiem psychicznym?. *Czasopismo Psychologiczne-Psychological Journal*, 24(1), 201-211.

Corrigan, P.W., Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. W: Corrigan, P.W. (red.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, s. 11–44. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-001>

Corrigan, P. W., Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American psychologist*, 54(9), 765 - 776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>

Corrigan, P. W. (2011). Best practices: Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatric Services*, 62(8), 824-826. [https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208\\_0824](https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0824)

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., Rüscher, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Czykwin, E., (2008). *Stygmat społeczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czyżewska B. (2021). Asystent zdrowienia wprowadza empatię do szpitali. *Vogue*, 08.2021. Spółka Visteria.

Doroszewski, W. (1950–1969). *Słownik języka polskiego*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Goffman, E. (2005). *Piętno: roważania o zranionej tożsamości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Erving, G. (2008). *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Aletheia.

Fioritti, A., Burns, T., Hilarion, P., van Weeghel, J., Cappa, C., Suñol, R., Otto, E. (2014). Individual placement and support in Europe. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 123–128.

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 249-258. <https://doi.org/10.1037/prj0000065>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię-przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 43(6), 655-670.
- Leidinger, F. (2023). Dlaczego istnieje konieczność tworzenia międzynarodowych sieci rodzin?. *Czasopismo dla Nas*, 59, s. 7-9.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528-529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and family psychoeducation: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416-428.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300266>
- Noorani, T. (2013). Service user involvement, authority and the 'expert-by-experience' in mental health. *Journal of Political Power*, 6(1), 49-68.  
<https://doi.org/10.1080/2158379X.2013.77497>
- Nordén, T., Malm, U., Norlander, T. (2012). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 144 - 151.  
<https://doi.org/10.2174/1745017901208010144>
- Pezda A. (2023). Tamtego dnia jechała do pracy z myślą, żeby odebrać sobie życie. Dlaczego mi nie powiedzieliście, że to wariatka?!. *Newsweek*, 16 sierpnia. Ringier Axel Springer Polska
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Zlati, A., Black, G., Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?. *The British Journal of Psychiatry*, 205(4), 257-259.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018a). *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018b). *Dialog sieci społecznych*. Wydawnictwo Paradygmat.
- Serafin M. (2021) <https://www.youtube.com/watch?v=9-ZTTyZWZb8>, Sekielski Brother Studio
- Slade, M. (2009). 100 ways to support recovery. *Rethink*, 31.
- Świgost, M. (2017). Właściwości stygmatu a sytuacja życiowa człowieka zagrożonego stygmatyzacją. *Studia Edukacyjne*, (45), 329-345.  
<https://doi.org/10.14746/se.2017.45.22>
- Świtaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A., Nowak, I., Wciórka, J., Anczewska, M. (2017). The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: are self-esteem and sense of coherence sequential mediators?. *Quality of Life Research*, 26, 2471-2478. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1596-3>
- Świtaj, P., Grygiel, P., Krzyżanowska-Zbucka, J., Sonik, J., Chrostek, A., Jahołkowski, P., ..., Anczewska, M. (2019). Ocena wpływu szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez "ekspertów przez doświadczenie" na postawy uczestników wobec osób chorujących psychicznie. *Psychiatria Polska*, 53(6), 1219–1236.  
<https://doi.org/10.12740/PP/109818>
- Świtaj, P. (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Świtaj, P. (2009). Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(4), 377-386.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2011). European mental health policy: the key issue is social inclusion. *The European Journal of Public Health*, 21(5), 548-549.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr123>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Tsemberis, S., Gulcur, L., Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American journal of public health, 94*(4), 651-656. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>
- Watson, A. C., Corrigan, P. W. (2005). Challenging public stigma: A targeted approach. W: Corrigan, P. W. (red.), *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*, s. 281-295. American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/10887-013>
- Wciórka, J. (2012). Postawy wobec osób chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych. W: Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”* s. 171–184. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarragó, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J. L., ..., Wittchen, H. U. (2015). Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry, 2*(11), 1036-1042. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00332-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00332-6)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Anna Borucka

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, aborucka@ipin.edu.pl

Krzysztof Ostaszewski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, kostaszewski@ipin.edu.pl

Agnieszka Pisarska

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, apisarska@ipin.edu.pl

### Streszczenie

Rozdział w syntetyczny sposób przedstawia podstawy i przykłady profesjonalnej profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W części wstępnej opisano aktualne rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wykorzystując dane z najnowszych krajowych badań populacyjnych i statystyk publicznych dostępnych w Polsce. Kolejna część zawiera wybrane informacje na temat koncepcji *resilience*, która jest nauką podstawą profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego. Dopełnieniem wiedzy na ten temat jest lista skutecznych strategii profilaktycznych. Do nich należą m.in. wzmacnianie pozytywnego funkcjonowania rodziny, wzmacnianie więzi uczniów ze szkołą, tworzenie warunków do rozwijania społecznych i emocjonalnych kompetencji nastolatków, prowadzenie specjalnych działań profilaktycznych wobec nastolatków podatnych na zachowania ryzykowne i zaburzenia zdrowia psychicznego. Zorientowaną praktycznie częścią rozdziału są wskazówki dla pracowników Zespołów i Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny) dotyczące rekomendowanych kierunków działań profilaktycznych. Rekomendacje są merytoryczną zachętą do inwestowania w kierunki pracy profilaktycznej, za którymi stoją dowody skuteczności i ugruntowana wiedza. Na przykład warto organizować warsztaty edukacyjne nastawione na rozwój umiejętności psychospołecznych dzieci lub dla młodzieży, a także zajęcia psychoedukacyjne dla dzieci lub młodzieży z grup ryzyka, zajęcia warsztatowe dla rodziców i wychowawców nastawione na wzmacnianie umiejętności wychowawczych, kształcenie nauczycieli w zakresie umiejętności służących pomaganiu. Praktyczną część

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

rozdziału uzupełnia krótka charakterystyka programów promocji zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, które zostały pozytywnie ocenione przez krajowy system rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Rozdział kończy się apelem do specjalistów zdrowia psychicznego, aby w komunikacji z nastoletnimi klientami i członkami ich rodzin starannie dobierać słowa i korzystać z języka, który nie stygmatyzuje osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

**Słowa kluczowe:** dzieci i młodzież, zaburzenia zdrowia psychicznego, *resilience*, strategie profilaktyki, rekomendowane programy profilaktyczne

## Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 poddała psychiatrię dzieci i młodzieży bardzo ciężkiej próbie. Kryzysy i problemy psychiczne młodych ludzi w czasie i po pandemii wydoły na światło dzienne systemowe trudności psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. System opieki ambulatoryjnej okazał się niewydolny z powodu niewystarczającej liczby psychiatrów dzieci i młodzieży. Psychiatryczne oddziały całodobowe szybko zapełniły się młodymi osobami po próbach samobójczych lub w kryzysach, które wymagały natychmiastowej interwencji. Te zjawiska przyczyniły się do nagłośnienia problemów psychiatrii dzieci i młodzieży w mediach i zainicjowały debatę publiczną na temat kondycji psychicznej młodego pokolenia. Raporty dziennikarzy oraz specjalistów dały jasny sygnał, że wobec wyzwań związanych z pandemią psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce jest w głębokim kryzysie (Szeredzińska, 2022).

Jedną z konstruktywnych reakcji na wyzwania związane z pandemią w było przyspieszenie prac nad reformą systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce. Prawie w każdym powiecie powstały Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej<sup>65</sup> dla dzieci i młodzieży. Stanowią one tzw. pierwszy poziom referencyjny reformowanego systemu. Młodzież szkolna i jej rodzice mogą w tych Ośrodkach uzyskać bezpłatną pomoc psychologiczną bez zbędnych skierowań i innych uciążliwych formalności. Pierwszy poziom opiera się na pracy psychologów, psychoterapeutów oraz

---

<sup>65</sup> Ze względu na przejrzystość rozdziału, gdy Autorzy będą odnosili się do Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej stosowany będzie termin *Ośrodki*.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

terapeutów środowiskowych. Ośrodki mają współpracować ze szkołami i szkolnymi specjalistami (psychologami, pedagogami szkolnymi, pedagogami specjalnymi) tak, aby zapewnić opiekę specjalistyczną młodym osobom w wieku szkolnym, które nie wymagają diagnozy psychiatrycznej lub/i farmakoterapii. Na początku 2024 roku Narodowy Fundusz Zdrowia na swoich stronach podał dane adresowe 457 takich Ośrodków działających na terenie całego kraju (stan na styczeń 2024 roku)<sup>66</sup>.

W ramach reformy powstały również Centra Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, czyli poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne, które stanowią drugi poziom referencyjny tworzonego systemu. Do tych Centrów kierowani są młodzi ludzie (i ich rodzice), którzy w ocenie specjalistów z pierwszego poziomu referencyjnego wymagają opieki i diagnozy lekarskiej oraz prawdopodobnie leczenia psychiatrycznego. W Centrach Zdrowia Psychicznego usługi ambulatoryjne i/lub opiekę dzienną zapewnią psychiatrzy, psychologowie oraz psychoterapeuci. Tu również można zgłosić się po pomoc bez skierowania. Na koniec 2023 roku Narodowy Fundusz Zdrowia na swoich stronach podał dane adresowe 82 takich Centrów działających na terenie całego kraju (stan na grudzień 2023 roku). Trzecim poziomem referencyjnym są psychiatryczne oddziały całodobowe dla dzieci i młodzieży, które zapewniają wysokospecjalistyczne leczenie w warunkach szpitalnych (37 oddziałów według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, stan na grudzień 2023 roku).

Działalność Ośrodków oraz Centrów Zdrowia Psychicznego tworzy nową jakość w systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Szczególnie Zespoły i Ośrodki pierwszego poziomu referencyjnego są dedykowane do współpracy z innymi instytucjami w społeczności lokalnej, w tym ze szkołami. Te nowe instytucje warto zachęcać do rozwoju profesjonalnej profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego. Do tej pory ten kierunek profilaktyki nie miał swojego systemowego patrona. Z punktu widzenia rozwiązań systemowych, profilaktyce sprzyjają również zmiany w prawie oświatowym wprowadzone wiosną 2022 roku. Zakładają one, że w ciągu kilku najbliższych lat każda szkoła w Polsce będzie zatrudniała psychologa szkolnego oraz innych nauczycieli-specjalistów (pedagoga

---

<sup>66</sup> <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

szkolnego, pedagoga specjalnego, logopedę i terapeutę pedagogicznego). Psycholog szkolny wraz z innymi nauczycielami-specjalistami, ma stanowić pierwszą linię fachowej pomocy dla uczniów napotyających na trudności adaptacyjne, zaburzenia depresyjne, tendencje samobójcze, problemy szkolne lub rodzinne. Nowe rozwiązania systemowe zaczynają działać i przynoszą pierwsze efekty, ale powodzenie tej reformy w dużym stopniu będzie zależało od jakości współpracy między specjalistami pracującymi w szkołach, Ośrodkach i Centrach. Istotną rolę odgrywa również wiedza o profilaktyce opartej na naukowych dowodach. Wiadomo, że sama medycyna naprawcza, nawet najlepsza, nie rozwiąże narastających problemów zdrowotnych. Duże nadzieje pokładane są w edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia psychicznego i w profilaktyce (Ostaszewski, 2017). Rozdział dostarcza podstawowych informacji na ten temat.

## **Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży**

### *Dane z badań populacyjnych*

Zaburzenia psychiczne i te związane z używaniem substancji psychoaktywnych uznawane są za główną przyczynę niepełnosprawności zdrowotnej dzieci i młodzieży (*health related disability*; Erskine i in., 2015). Autorzy metaanalizy, w której uwzględniono wyniki badań przeprowadzonych w 11 krajach o wysokich dochodach oszacowali, że 12,7% dzieci i nastolatków cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Najbardziej rozpowszechnione okazały się zaburzenia lękowe (5,2%), ADHD (3,7%), zaburzenia opozycyjno-buntownicze (3,3%), zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (2,3%), zaburzenia zachowania (1,3%), depresja (1,3%) oraz zaburzenia związane z piciem alkoholu (1,2%; Barican i in., 2022).

Zbliżone wyniki uzyskano w ogólnopolskim badaniu EZOP II (kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań) przeprowadzonym w 2018 roku, którym objęto dzieci i młodzież w wieku od 7 do 17 lat (Ostaszewski i in., 2021a). Stwierdzono bowiem, że 6,5% badanych doświadczało w ostatnim miesiącu zaburzeń lękowych (na który składały się trzy zaburzenia: lęk separacyjny, fobie specyficzne i fobie społeczne). W liczbach bezwzględnych szacunki te oznaczały, że tego rodzaju problemy

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zdrowia psychicznego były udziałem około 275 tys. dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w Polsce. Dane z tych badań wskazują ponadto, że zaburzenia lękowe częściej występują u dziewcząt niż u chłopców. Zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością (ADHD) stwierdzono u 2%, czyli szacunkowo u około 87 tys. dzieci i młodzieży w Polsce. Tego rodzaju problemów częściej doświadczali chłopcy niż dziewczęta. Zaburzenia opozycyjno-buntownicze łącznie z zaburzeniami zachowania odnotowano w przypadku 1,9% dzieci i młodzieży, częściej u chłopców. Pytania dotyczące problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych zadawano uczestnikom w wieku 12–17 lat, pytania te dotyczyły ostatnich 12 miesięcy (Ostaszewski i in., 2021b). Zaburzenia związane z używaniem tych substancji stwierdzono wśród 4,2% młodzieży, w tym 2,5% potwierdziło zaburzenia związane z piciem alkoholu. To oznacza, że ok. 96 tys. polskich nastolatków doświadcza problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, częściej byli to chłopcy. Zaburzenia depresyjne i epizod depresyjny kiedykolwiek w życiu odnotowano u 2,7% uczestników badań EZOP II, symptomy tego rodzaju problemów w ostatnich dwóch tygodniach stwierdzono w przypadku 0,4% respondentów w wieku 7–11 lat oraz 1,5% w wieku 12–17 lat. Wyniki te wskazują, że ok. 115 tys. dzieci i młodzieży w Polsce doświadczyło zaburzeń depresyjnych kiedykolwiek w życiu, zaś ok. 44 tys. borykało się z takimi problemami w ostatnich dwóch tygodniach. Okazało się ponadto, że zaburzenia depresyjne częściej występują wśród nastoletnich (12–17 lat) chłopców niż dziewcząt.

#### *Dane z badań ankietowych prowadzonych w placówkach edukacyjnych*

Badania samopoczucia dzieci i młodzieży prowadzone są także w ramach szkolnych badań ankietowych. Przykładem jest projekt pt. *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej (Health Behaviour in School-Aged Children [HBSC])*, realizowany przez Instytut Matki i Dziecka oraz Uniwersytet Warszawski, a także lokalne badania mokotowskie, prowadzone od wielu lat przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W badaniach HBSC uczniowie są pytani o dolegliwości subiektywne, w tym zdenerwowanie, które jak pisze Joanna Mazur koordynatorka badań, „ma silne podłoże psychiczne, często łącząc się z dolegliwościami somatycznymi, takimi jak bóle brzucha, bóle głowy, bezsenność oraz ogólne złe samopoczucie i brak skupienia” (Instytut Matki i Dziecka, 2020, s. 2). Wyniki

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

HBSC wskazują, że w grupie 11-latków 27% dziewcząt i chłopców deklaruje zdenerwowanie częściej niż raz w tygodniu. W grupie 15-letnich uczestników tych badań zdenerwowanie częściej niż raz w tygodniu potwierdziło 41% chłopców oraz 48% dziewcząt. Warto tu wspomnieć, że wynik starszych chłopców oznacza drugie miejsce w rankingu młodzieży z 45 krajów uczestniczących w tym projekcie, w kolejności od najwyższego do najniższego wskaźnika, zaś wynik dziewcząt – szóste miejsce (Instytut Matki i Dziecka, 2020). Wyniki ostatniej rundy badań HBSC z lat 2021–2022 wskazują na wzrost odsetka badanych zarówno wśród dziewcząt jak i chłopców, którzy potwierdzali występowanie dwóch lub więcej dolegliwości subiektywnych częściej niż raz tygodniu (Cosma i in., 2023).

W warszawskich badaniach mokotowskich 15-letni uczniowie odpowiadają na pytania dotyczące symptomów depresji w ostatnim tygodniu przed badaniem. Wyniki tych badań, zrealizowanych w 2020 roku w czasie pandemii COVID-19, wskazują, że 39% uczestników odczuwało smutek. Nieco mniejsze odsetki 15-latków raportowały poczucie osamotnienia (33,4%), przygnębienia (35,4%) oraz płacz (27,6%). W porównaniu z pomiarem z 2016 roku odsetki warszawskich uczniów doświadczających wszystkich wymienionych symptomów istotnie wzrosły, przy czym największe różnice odnotowano w przypadku poczucia osamotnienia, które wzrosło z 19,6% do 33,4%, czyli o 14 punktów procentowych (Ostaszewski, 2022). Warto też wspomnieć, że we wszystkich rundach badań mokotowskich, w których uczestnicy pytani byli o symptomy depresji, częściej tego rodzaju problemy potwierdzały dziewczęta niż chłopcy (Bobrowski i in., 2021; Ostaszewski 2022).

W ostatniej rundzie badań mokotowskich uczestnicy odpowiadali także na pytanie dotyczące myśli samobójczych. Wyniki wskazują, że takie myśli przynajmniej 1–2 razy w ostatnim roku miało około 25% warszawskich 15-latków. Ze względu na brak takiego pytania we wcześniejszych pomiarach badań mokotowskich, nie można oszacować tu zmian. Dane gromadzone przez Komendę Główną Policji wskazują jednak, że w ostatnich latach narasta wśród młodzieży problem zachowań samobójczych. W 2020 roku wśród młodzieży szkolnej w wieku 7–18 lat odnotowano 814 prób samobójczych, z których 106 zakończyło się śmiercią. W następnym roku odnotowano 1411 prób, w tym 125 zakończonych śmiercią, natomiast w 2022 roku stwierdzono już 2008 zamachów samobójczych, w tym 150



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zakończonych śmiercią<sup>67</sup>. Dane z 2023 roku potwierdzają ten niepokojący trend w zachowaniach samobójczych dzieci i młodzieży. Statystyki policji odnotowały 2139 zamachów samobójczych, w tym 145 zakończonych śmiercią.

Wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wskazują na duże zapotrzebowanie na pomoc specjalistyczną w tej grupie wiekowej. Odpowiedź systemowa na to zapotrzebowanie jest zdecydowanie niewystarczająca. Według danych Zakładu Zdrowia Publicznego (ZZP) Instytutu Psychiatrii i Neurologii w 2022 roku około 258 tys. dzieci i młodzieży do 18 roku życia otrzymało pomoc specjalistyczną z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Z tych samych powodów w poradniach zdrowia psychicznego leczeniem objęto 213 067 dzieci i młodzieży (ale bez uzależnień). Pomoc ze względu na zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (narkotyków) otrzymało 4363 młodych pacjentów, natomiast leczeniem z powodu zaburzeń związanych z piciem alkoholu objęto 620 osób do 18 roku życia. Dane ZZP wskazują, że w 2022 roku ok. 19 tys. dzieci i nastolatków było hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w tym 3900 dzieci i młodzieży otrzymało leczenie szpitalne z powodu zaburzeń lękowych, zaś 2422 z powodu zaburzeń depresyjnych.<sup>68</sup> Porównanie tych danych z wynikami badań populacyjnych EZOP II wskazuje na dramatyczny wręcz niedostatek pomocy specjalistycznej dla dzieci i młodzieży doświadczającej problemów zdrowia psychicznego.

### **Podstawy profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego: koncepcja *resilience***

Dobłą podstawą dla profilaktyki problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest koncepcja *resilience*, której rodowód wywodzi się z lat 60. i 70. ubiegłego wieku (Garmezy, 1985; Rutter, 2000). Zaobserwowano wówczas, że wśród dzieci narażonych na wysokie ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego znajdują się również takie, które wbrew niekorzystnym rokowaniom, rozwijają się w sposób prawidłowy i nie przejawiają problemów zdrowia psychicznego. Dostrzeżenie tego intrygującego zjawiska skierowało uwagę badaczy

---

<sup>67</sup> <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>

<sup>68</sup> Dane z psychiatrycznej opieki zdrowotnej zbierane przez ZZP Instytutu Psychiatrii i Neurologii w ramach zadań z zakresu statystyki publicznej.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

w stronę poszukiwania odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki powodują, że dana osoba funkcjonuje dobrze lub bardzo dobrze mimo niesprzyjających warunków życiowych.

Koncepcja *resilience* jest próbą wyjaśnienia fenomenu dobrego funkcjonowania młodych ludzi doświadczających poważnych przeciwności lub traumatycznych wydarzeń życiowych (Garmezy, 1985; Luthar, 2006; Rutter, 1987, 2006; Werner, 1994, 2000). Badacze zjawiska *resilience* starają się znaleźć najlepsze sposoby wspierania prawidłowego rozwoju młodych ludzi zagrożonych problemami zdrowia psychicznego i/lub nieprzystosowaniem społecznym (Masten, 2018). Z koncepcją *resilience* związane są trzy kluczowe procesy (Luthar, 2006; Rutter, 2000):

- ekspozycja na działanie czynników ryzyka (znacząco podwyższony poziom ryzyka), który stanowi zagrożenie dla prawidłowego rozwoju, zdrowia psychicznego, fizycznego oraz funkcjonowania społecznego
- pozytywna adaptacja będąca efektem dobrego radzenia sobie z trudnościami życiowymi lub przeciwnościami losu
- działanie czynników chroniących, które neutralizują lub osłabiają negatywny wpływ czynników ryzyka.

Podwyższony poziom ryzyka ujmowany jest jako ekspozycja danej osoby na działanie przynajmniej kilku czynników ryzyka. W literaturze przedmiotu wymienia się następujące grupy czynników ryzyka:

- indywidualne czynniki podatności: np. czynniki związane z genetyczną i biologiczną podatnością jednostki, które wyrażają się głównie w gorszym funkcjonowaniu intelektualnym oraz w deficytach funkcji wykonawczych. Czynniki podatności same w sobie nie oznaczają podwyższonego poziomu ryzyka wystąpienia problemów, jednak w przypadku pojawienia się innych czynników ryzyka nasilają ich negatywny wpływ (Kumpfer, 1999; Luthar, 2006; Masten, 2001; Rutter, 1987;)
- czynniki rodzinne: należą do nich m.in. zaburzenia psychiczne rodziców (np. zaburzenia depresyjne, zaburzenia psychotyczne), problemy rodziców związane z używaniem substancji psychoaktywnych, przestępczość rodziców, rozwód, wrogi

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

klimat w rodzinie, niski poziom umiejętności wychowawczych rodziców, ubóstwo (Luthar, 2006; Masten, 2018; Rutter, 2000)

- czynniki środowiskowe: wysoka dostępność substancji psychoaktywnych w miejscu zamieszkania, wysoki poziom zagrożenia przestępczością, niekorzystne warunki ekonomiczne, niska jakość edukacji w szkole (Luthar, 2006; Rutter, 2000).

Wyniki niektórych badań wskazują, że dzieci i młodzież z grupy podwyższonego ryzyka, które dobrze funkcjonują i wypełniają z powodzeniem swoje zadania rozwojowe są bardziej narażone na występowanie zaburzeń depresyjnych i stanów lękowych w porównaniu do swoich rówieśników, u których nie stwierdzono znaczących czynników ryzyka. Sugeruje to, że młodzi ludzie, którzy wykazują znamiona pozytywnej adaptacji mogą doświadczać pogorszonego stanu zdrowia psychicznego (Luthar i Zigler, 1991). W pracy profilaktycznej z dziećmi z grup podwyższonego ryzyka warto mieć więc na uwadze, że przejawianie pożądanych zachowań i radzenie sobie z obowiązkami nie zawsze łączy się z dobrym samopoczuciem. W związku z tym pomoc psychologiczną dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka należy brać pod uwagę nawet wtedy, gdy nie widać gołym okiem w ich funkcjonowaniu symptomów zaburzeń (profilaktyka selektywna).

### ***Mechanizmy modyfikacji poziomu ryzyka***

Z perspektywy profilaktyki niezwykle istotne jest ograniczanie poziomu ryzyka. Wymaga to oceny, jakie działania profilaktyczne mogą osłabić siłę czynników ryzyka albo skutecznie ograniczać ich negatywny wpływ. Trafność tych decyzji jest bardzo istotna, ponieważ przesądzają one często o skuteczności działań. Nie zawsze jednak istnieją realne możliwości, by w sposób znaczący zmniejszyć ekspozycję na działanie czynników ryzyka. Na przykład trudno jest ograniczyć wpływ takich czynników ryzyka, jak: zaburzenia zdrowia psychicznego rodziców, ubóstwo rodziny, niepełnosprawność intelektualna dziecka (Terzian i in., 2011). Dlatego w działaniach profilaktycznych istotne jest uruchomienie mechanizmów i procesów ochronnych, które mogą stanowić przeciwwagę dla procesów ryzyka (Garmezy, 1985; Luthar i Zelazo, 2003; Rutter, 1987, 2006; Werner, 2000; Zimmerman i Arunkumar, 1994). W tym



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

kontekście kluczowe znacznie ma wiedza o czynnikach chroniących (Luthar, 2006; Masten i Obradović, 2006; Masten i Powell, 2003).

### Czynniki chroniące

Na podstawie wielu badań wyodrębnione zostały cztery główne grupy czynników chroniących (Garmezy, 1985; Ostaszewski, 2008, 2014; Rutter, 2000):

- czynniki indywidualne, takie jak prawidłowo rozwinięte funkcje poznawcze i wykonawcze, np. umiejętność uczenia się, koncentracji uwagi, umiejętność podejmowania decyzji, planowania itp.
- czynniki rodzinne, takie jak dobry klimat rodziny, spójność rodziny, zaangażowanie rodziców w życie dziecka, okazywanie wsparcia
- czynniki związane ze szkołą, takie jak wysoka jakość edukacji szkolnej, poczucie więzi ze społecznością szkolną, wsparcie nauczycieli
- czynniki związane ze środowiskiem lokalnym, takie jak pozarodzinny system wsparcia (wspierające osoby dorosłe spoza rodziny, przyjazne sąsiedztwo), wsparcie rówieśników, którzy sami nie zachowują się w sposób problemowy.

Świadome wzmacnianie lub rozwijanie ww. czynników chroniących tworzy mechanizmy i procesy ochronne kluczowe dla profilaktyki. Efekt zależy od siły oraz rodzaju oddziałujących na siebie czynników. Poniżej zostały przedstawione mechanizmy redukcji ryzyka, które wykorzystują mechanizmy chroniące. Znalazły one swoje potwierdzenie w wynikach wielu badań nad fenomenem *resilience* (Luthar, 2006; Ostaszewski, 2014b; Rutter, 1987, 2000; Werner, 2000).

### *Ograniczenie negatywnego wpływu stresu*

Mechanizm redukcji ryzyka polega na ograniczeniu negatywnego wpływu stresu, który niejako „dokłada się” do trudnych warunków życia dziecka. Jednym ze sposobów jest modyfikacja subiektywnej oceny stresu związanego z oczekiwanym przez dziecko wydarzeniem, np. przejściem do innej klasy. Może się to wiązać z obawami młodego człowieka, jak zostanie przyjęty i jak sobie poradzi. W takiej sytuacji powinno się mu się wyjaśnić powody zmiany klasy (np. nasilające się konflikty rówieśnicze), aby ta decyzja była dla niego zrozumiała. Młody człowiek powinien mieć przekonanie, że nic bez jego wiedzy się



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

nie dzieje. Zrozumienie sytuacji stresującej ma bowiem istotny wpływ na jego obniżenie stresu. Innym sposobem ograniczania negatywnego wpływu stresu jest „dawkowanie” nowych zadań przy jednoczesnym zapewnieniu praktycznej pomocy w ich realizacji. Na przykład pomoc przy rozwiązywaniu zdań z nowego działu matematyki, zaczynając od najłatwiejszych i stopniowo zwiększając ich trudność.

W minimalizowaniu negatywnego wpływu działania rodzinnych czynników ryzyka, takich jak np. problem alkoholowy jednego z rodziców, pomocne może być uczenie takiego sposobu myślenia, który pozwala traktować problemy w domu jako część kapitału na przyszłość lub cennego doświadczenia życiowego. Cennym doświadczeniem może być m.in. umiejętność zachowywania psychologicznego dystansu wobec problemów, na które nie mamy wpływu. Psychologiczny dystans chroni nastolatka przed obwinianiem się za jakość relacji z rodzicami albo szukaniem w sobie przyczyn nieprawidłowych zachowań rodziców/rodzica.

#### *Zmiana ekspozycji na działanie czynników ryzyka*

Innym sposobem ograniczenia ryzyka wystąpienia problemów zdrowia psychicznego jest zmiana ekspozycji na działanie czynników ryzyka. Polega to na zaangażowaniu młodego człowieka w aktywności sprzyjające pozytywnej adaptacji, które zarazem zmniejszają ryzyko negatywnych wpływów. Przykładem jest znalezienie miejsca (np. klubu, świetlicy, koła zainteresowań, harcerstwa, wolontariatu), w którym można otrzymać adekwatne do wieku wsparcie, otaczać się gronem prospołecznie nastawionych rówieśników, nawiązać i podtrzymywać przyjaźnie.

#### *Przerwanie łańcucha negatywnych zdarzeń*

Kolejnym mechanizmem jest uruchomienie procesów hamujących kumulowanie się problemów, które zakłócają prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne nastolatka. Przykładem może być sytuacja dziecka, które z powodu przewlekłej choroby jednego z rodziców nie otrzymuje należytej troski, czułości i uwagi. Takie dziecko może próbować zwracać na siebie uwagę innych poprzez agresywne zachowania. Z tego powodu już w przedszkolu spotyka się z niechęcią dorosłych oraz odrzuceniem ze strony rówieśników. W pierwszych latach edukacji szkolnej problemy w relacjach z rówieśnikami nasilają się, czemu



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

towarzyszą trudności w nauce. W późniejszym wieku szkolnym, obok problemów w nauce, mogą pojawić się zachowania ryzykowne, takie jak sięganie po substancje psychoaktywne, wagary lub wykroczenia. Ta hipotetyczna i uproszczona „ścieżka ryzyka” może zostać zmodyfikowana poprzez przerwanie łańcucha następujących po sobie negatywnych zdarzeń życiowych, które są niezależne od woli dziecka. Uruchomienie procesów ochronnych mogłoby polegać na zapewnieniu dziecku jeszcze na etapie wczesnego dzieciństwa opieki innej osoby dorosłej, która poświęcałaby mu uwagę i pomagała zaspokajać jego potrzeby. Można też zmienić niekorzystny bieg wydarzeń poprzez naukę w przedszkolu konstruktywnych sposobów nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, a w szkole poprzez pomoc w nauce.

#### *Wzmacnianie łańcucha pozytywnych zdarzeń*

Uzupełnieniem opisanego powyżej mechanizmu jest wzmacnianie łańcucha pozytywnych zdarzeń. Mechanizm ten polega na odpowiednio wczesnym przewidywaniu i zapobieganiu negatywnym następstwom określonych cech indywidualnych jednostki. W przypadku dziecka, które ma trudności w utrzymaniu uwagi czy kontrolowaniu emocji, można podejmować działania ukierunkowane na uczenie umiejętności społecznych, takich jak rozwiązywanie konfliktów, nawiązywanie pozytywnych relacji z innymi, umiejętność proszenia o pomoc, umiejętność przeproszenia. Dysponowanie takimi umiejętnościami pozwala w trudnych sytuacjach uzyskać życzliwość, wsparcie i zrozumienie ze strony otoczenia.

#### *Wzmacnianie pozytywnego obrazu własnej osoby i poczucia skuteczności*

Ostatni ze sposobów ograniczania ryzyka odwołuje się do pozytywnego obrazu własnej osoby i poczucia skuteczności. Polega to na stwarzaniu mu okazji do odnoszenia sukcesów oraz na udzielaniu pomocy nastolatkowi w nawiązaniu bliskich i bezpiecznych kontaktów ze znaczącymi osobami, szczególnie w przełomowych momentach życia, np. w czasie rozpoczynania kolejnego etapu edukacji. Dzieci zaniedbywane przez rodziców lub opiekunów na ogół są „przyzwyczajone” do tego, że dorośli zauważają je dopiero wtedy, gdy ich zachowanie staje się problemem. Docenienie osiągnięć tych dzieci, nawet najdrobniejszych osiągnięć, ma fundamentalne znaczenie dla pozytywnej zmiany ich zachowania.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Skuteczne strategie profilaktyczne

Przytoczone powyżej mechanizmy redukcji ryzyka korespondują z wiedzą o skutecznych strategiach profilaktycznych (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2022). Do tych strategii należą:

- 1) Wzmacnianie pozytywnego funkcjonowania rodziny. Strategia ukierunkowana na doskonalenie umiejętności rodziców w radzeniu sobie ze stresem, jasnego komunikowania swoich oczekiwań, rozwiązywania konfliktów z dzieckiem oraz udzielania mu emocjonalnego i praktycznego wsparcia. Badania wskazują, że korzystanie z tej strategii w programach profilaktycznych dla rodziców nastolatków wiązało się z pozytywnymi efektami dla ich dzieci tj. ograniczeniem konfliktów rówieśniczych, zachowań agresywnych i częstości używania substancji psychoaktywnych (Terzian i in., 2011).
- 2) Wzmacnianie więzi uczniów ze szkołą. Strategia ta polega na dbaniu o jakość relacji społecznych między wszystkimi osobami ze społeczności szkolnej, tworzeniu warunków do nauki i rozwoju kompetencji psychospołecznych uczniów, zapewnieniu im bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego oraz dbaniu o odpowiednie wyposażenie szkoły i dobre warunki do rozwoju. Wyniki badań wskazują, że poczucie więzi ze szkołą ogranicza nasilenie zachowań ryzykownych, takich jak np. używanie substancji psychoaktywnych, stosowanie przemocy, ryzykowne zachowania seksualne oraz zaburzenia zachowania, a także ogranicza występowanie problemów zdrowia psychicznego (Ostaszewski, 2012). Prowadzenie edukacji szkolnej na wysokim poziomie, zwłaszcza na wczesnych etapach nauki, wpływa na mniejsze angażowanie się w używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne w przyszłości i inne problemy z zachowaniem (Ostaszewski, 2014a, 2014b).
- 3) Poprawa funkcjonowania społeczności lokalnej. Dobrze funkcjonująca społeczność lokalna charakteryzuje się m.in. odpowiednim zapleczem i służbami do szybkiego reagowania na kryzys, zapewnia poczucie bezpieczeństwa oraz miejsca do odpoczynku i rekreacji. Wyniki badań wskazują, że dzieci i młodzież dorastające w

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

takiej wspierającej społeczności są w mniejszym stopniu narażone na rozwój problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, stosowaniem przemocy, popełnianiem przestępstw oraz przedwczesnym „wypadaniem” z systemu edukacji (Masten, 2004; Terzian i in., 2011).

- 4) Zapewnianie wysokiej jakości zajęć i programów pozalekcyjnych. Elementami takich zajęć i programów, które mogą być prowadzone przed lub po lekcjach albo w czasie wakacji, są tutoring szkolny, działania rekreacyjne, pomoc w nauce, przygotowanie do nauki w następnych etapach kariery szkolnej. Wyniki badań skuteczności tej strategii wskazują, że uczniowie, którzy brali udział w tych programach rzadziej podejmowali zachowania ryzykowne, lepiej radzili sobie w szkole i mieli większe kompetencje społeczne w porównaniu do uczniów, którzy w nich nie uczestniczyli (Terzian i in., 2011).
- 5) Wdrażanie programów z udziałem mentorów dla młodzieży z grup ryzyka. Mentoring polega na zaaranżowaniu w życiu młodego człowieka pozytywnej i wspierającej relacji z odpowiednio przygotowaną osobą dorosłą spoza rodziny. Wyniki wskazują, że objęcie młodych osób z grup ryzyka opieką mentora wpływa na ograniczenie używania substancji psychoaktywnych, występowania zachowań agresywnych, problemów w szkole związanych z łamaniem dyscypliny oraz wagarowaniem. Wsparcie i opieka mentora ograniczają także niechciane ciążę i macierzyństwo nastolatek (Junik, 2013; Terzian i in., 2011).
- 6) Tworzenie warunków do rozwijania społecznych i emocjonalnych kompetencji nastolatków. Strategia ukierunkowana jest na uczenie młodych ludzi umiejętności komunikowania się, nazywania i kontrolowania emocji, uważności, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów i problemów, radzenia sobie ze złością i innymi negatywnymi emocjami czy presją rówieśniczą. Wyniki badań wskazują, że realizacja programów zbudowanych na tej strategii sprzyja nawiązywaniu przyjaźni i dobrym relacjom z rówieśnikami, angażowaniu się w pozytywne działania społeczne, wybieraniu przyjaciół, którzy nie zachowują się w sposób problemowy (Terzian i in., 2011).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- 7) Prowadzenie dedykowanych działań profilaktycznych wobec nastolatków podatnych na zachowania ryzykowne i zaburzenia zdrowia psychicznego (np. młodych osób z dużą potrzebą doznań, impulsywnością zachowań, słabą samokontrolą). Najczęściej są to działania, których celem jest zwiększenie indywidualnych umiejętności w zakresie radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, przygnębieniem, poczuciem odrzucenia lub krzywdy oraz ze stresem (Ostaszewski, 2016). Często tego typu oddziaływania oparte są na podejściu poznawczo-behawioralnym.

Zaprezentowane powyżej strategie wskazują na istotną rolę najbliższego otoczenia – rodziny, rówieśników, szkoły i społeczności lokalnej – w profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Tym, co wydaje się łączyć te strategie jest budowanie poczucia więzi nie tylko ze wspierającymi osobami dorosłymi i rówieśnikami, ale również z instytucjami (np. szkołami, placówkami ochrony zdrowia, instytucjami kultury, klubami sportowymi). Ich istotą jest tworzenie warunków rozwoju kompetencji społecznych i psychicznych, a także wzmacnianie poczucie bezpieczeństwa i przynależności do społeczeństwa.

### **Rekomendacje dla Zespołów i Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży**

„Mapa drogowa” stanowiąca załącznik A1 do niniejszego rozdziału jest praktyczną wersją rekomendacji oraz wskazówek dotyczących przygotowania profesjonalnych działań profilaktycznych przez specjalistów pracujących w Zespołach lub Ośrodkach.

### **Oferta własna**

Warto zastanowić się, jakie działania profilaktyczne mogłyby stać się częścią oferty własnej Ośrodka. Szczegółowy wybór kierunków działań profilaktycznych zależy od wielu czynników, w tym od kompetencji i zainteresowań kadry pracującej w Ośrodku jej możliwości czasowych, priorytetowych potrzeb środowiska lokalnego, warunków lokalowych, skuteczności w pozyskiwaniu funduszy itd. Jednak z merytorycznego punktu widzenia warto inwestować w kierunki pracy profilaktycznej, za którymi stoją dowody skuteczności i ugruntowana wiedza. Kilka z nich zostało krótko opisanych poniżej.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Warsztaty edukacyjne dla dzieci lub dla młodzieży nastawione na rozwój ich umiejętności psychospołecznych**

W literaturze przedmiotu wymienia się pięć powiązanych ze sobą umiejętności psychospołecznych, które warto rozwijać i wzmacniać (Weissberg i Cascarino, 2013). Należą do nich: (1) umiejętności związane z samoświadomością, w tym adekwatne rozpoznawanie i reagowanie na własne stany emocjonalne, świadomość swoich przeżyć i ich związku z zachowaniem, (2) umiejętności zarządzania swoim życiem, w tym planowanie i stawianie sobie pozytywnych celów, radzenie sobie ze stresem, pokonywanie trudności i poszukiwanie pomocy, (3) umiejętności związane z wrażliwością społeczną, w tym zdolność do empatycznego kontaktu z ludźmi o innych poglądach, wartościach i przekonaniach, uwzględnianie perspektywy innych, (4) umiejętności interpersonalne, w tym umiejętności dobrego porozumiewania się, słuchania, współpracy, rozwiązywania konfliktów i udzielania pomocy, (5) umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji, w tym zdolność do rozważania swojego postępowania ze względu na możliwe konsekwencje dla siebie i swojego otoczenia.

Wysoki poziom tych umiejętności jest metaczynnikiem chroniącym, który ogranicza działanie wielu czynników ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego. Zajęcia psychoedukacyjne wspierające rozwój psychospołeczny i emocjonalny młodych ludzi są więc skutecznym narzędziem profilaktyki problemów psychicznych i zachowań ryzykownych. Opanowanie tych umiejętności zwiększa jednocześnie szanse na odniesienie sukcesów w życiu szkolnym i zawodowym. Warsztaty rozwoju umiejętności psychospołecznych zarówno dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym, jak i dla nastolatków powinny być ułożone w cykl powiązanych tematycznie zajęć. Mogą być prowadzone dla wszystkich chętnych lub dla specyficznych grup (np. dla liderów grup młodzieżowych, młodych osób zaangażowanych w wolontariat, osób zainteresowanych własnym rozwojem). Dostępne programy zajęć rozwoju umiejętności psychospołecznych zwykle składają się z kilkunastu spotkań warsztatowych, w czasie których uczestnicy mają okazję do uzyskania praktycznych wskazówek oraz przećwiczenia wybranych umiejętności.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Zajęcia psychoedukacyjne dla dzieci lub młodzieży z grup ryzyka**

Sytuacja młodych ludzi z grup zwiększonego ryzyka wymaga specjalnie dedykowanych oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych. Ten rodzaj działań określany jest jako profilaktyka selektywna i wskazująca. Do grup ryzyka zaliczani są na przykład młodzi ludzie w wieku szkolnym, którzy przejawiają zachowania autodestrukcyjne, mają zaburzenia nastroju i myśli samobójcze lub zaburzenia zachowania (np. przemoc wobec innych, wykroczenia lub poważne kłopoty z wypełnianiem obowiązków szkolnych). Tym problemom zazwyczaj towarzyszą niekorzystne warunki środowiskowe np. trudna sytuacja rodzinna i/lub indywidualne trudności dorastającego dziecka (np. negatywny afekt, deficyty samokontroli, niska samoocena, impulsywność, skłonność do podejmowania ryzyka itp.).

Zajęcia psychoedukacyjne dla młodych ludzi z grupy ryzyka wymagają zazwyczaj starannego doboru uczestników według z góry ustalonych kryteriów, najlepiej na podstawie profesjonalnej diagnozy (z wykorzystaniem psychologicznych narzędzi diagnostycznych). Na przykład wybieramy osoby z większą podatnością na zaburzenia lękowe lub depresyjne albo osoby z większą podatnością na zaburzenia zachowania i zachowania ryzykowne. Nie należy tworzyć grup mieszanych, które w jednej grupie warsztatowej łączyłyby ze sobą uczestników podatnych na zaburzenia lękowe lub depresyjne i podatnych na zaburzenia zachowania, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub inne zaburzenia eksternalizacyjne. Grupy winny być homogeniczne ze względu na typ podatności.

Celem zajęć psychoedukacyjnych dla młodych ludzi z grupy ryzyka jest zwykle zwiększenie indywidualnych umiejętności w zakresie radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi (np. złością, agresją, nudą, przygnębieniem) oraz umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem. Szczegółowy program merytoryczny zajęć zależy od specyfiki grupy, jej najważniejszych potrzeb i problemów. Zajęcia dla tej grupy odbiorców przyjmują postać krótkiego cyklu kilku zajęć warsztatowych (4–8 sesji) ukierunkowanych na priorytetowe umiejętności.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Zajęcia warsztatowe dla rodziców i wychowawców nastawione na wzmacnianie umiejętności wychowawczych**

Problemy psychiczne i behawioralne dzieci i młodzieży można kompensować poprzez warsztaty rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców, określane często jako „szkoły dla rodziców”. Praca z rodzicami to jedno ze skuteczniejszych narzędzi profilaktycznych. Pozytywne relacje rodzinne i umiejętne postępowanie wychowawcze rodziców należą bowiem do najsilniejszych czynników chroniących dorastające dzieci przed problemami zdrowia psychicznego i zachowaniami ryzykownymi. Warsztaty dla rodziców mogą być ukierunkowane na rozwijanie umiejętności wspierania emocjonalnego dzieci, utrzymywania z nimi dobrych relacji, skutecznego monitorowania, rozwiązywania problemów szkolnych, dyscyplinowania dzieci bez stosowania przemocy, stawiania granic, podążania za potrzebami dziecka, umiejętnego komunikowania się z dzieckiem.

Skuteczności tego typu działań profilaktycznych sprzyja odpowiednia metodyka i organizacja zajęć dla rodziców. Ważna jest przyjazna logistyka i klimat zajęć zachęcające rodziców do udziału, np. południowe lub wieczorowe godziny zajęć, zadania do wykonania w domu, zapewnienie opieki nad dzieckiem, kawa i herbata dla uczestników, drobne nagrody po każdej zakończonej sesji, odpowiednia „dawka” edukacji, czyli ok. 10 spotkań.

### **Wspieranie działań profilaktycznych w środowisku lokalnym**

Drugim obszarem wartym polecenia są działania w środowisku lokalnym, nastawione na wspieranie potencjału podmiotów, które mogą działać na rzecz profilaktyki, w tym przede wszystkim szkół, przedszkoli i innych placówek edukacyjnych. Poniżej zostały opisane działania warte podejmowania.

#### **1. Oferowanie wsparcia szkołom w udzielaniu pomocy uczniom z problemami zdrowia psychicznego**

Codzienna działalność nauczycieli-specjalistów (psychologów i pedagogów szkolnych) obejmuje identyfikację uczniów zagrożonych różnymi problemami, np. depresją, zachowaniami samobójczymi, samouszkodzeniami, zaburzeniami zachowania, uzależnieniami. Realizacja niektórych szkolnych programów profilaktycznych może ułatwić dotarcie do uczniów zagrożonych tendencjami samobójczymi, wycofanych, osamotnionych,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

będących w kryzysie psychicznym. Uczniowie ci wymagają natychmiastowego wsparcia, profesjonalnej diagnozy i często dalszej opieki psychologicznej. Uzyskanie szybkiej pomocy specjalisty jest bardzo często najskuteczniejszym sposobem, który chroni młodych ludzi przed podejmowaniem prób samobójczych lub innych wysoce ryzykownych zachowań. Dlatego ustalenie „szybkiej ścieżki” reagowania w kontaktach pomiędzy Ośrodkiem a szkołami jest bardzo ważnym elementem profilaktyki opartej na współpracy ze środowiskiem lokalnym.

## **2. Kształcenie nauczycieli w zakresie umiejętności służących pomaganiu**

Myślenie o zapobieganiu problemom zdrowia psychicznego w szkołach kieruje nas w stronę jakości kontaktu pomiędzy nauczycielami a uczniami. W tej sprawie Ośrodki mogą okazać pomoc poprzez organizację i wspieranie kształcenia nauczycieli w zakresie umiejętności służących pomaganiu i dobremu porozumiewaniu się z dziećmi i nastolatkami. Do kanonu umiejętności wartych rozwijania u nauczycieli należą: umiejętności aktywnego słuchania i rozumienia drugiej osoby, okazywania jej troski, zainteresowania, szacunku, zapewnienia komfortu psychicznego, przyzwolenia na odrębność drugiej osoby. Od umiejętności interpersonalnych i społecznych nauczycieli w dużym stopniu zależy jakość działań profilaktycznych prowadzonych w szkołach.

Przy okazji spotkań szkoleniowych warto również przekazać nauczycielom praktyczne wskazówki, jak rozmawiać z młodą osobą w kryzysie psychicznym. Tego rodzaju umiejętności mogą ratować życie, podobnie jak znajomość zasad i umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w przypadkach nagłej utraty przytomności i w innych sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia. Należy zachęcać nauczycieli do aktywnego udzielania wsparcia i pomocy uczniom, którzy wysyłają sygnały świadczące o kryzysie psychicznym, np. wyrażają myśli rezygnacyjne, zaniedbują swoje ulubione zajęcia, unikają kontaktów towarzyskich ze swoimi kolegami/koleżankami lub sięgają w sposób ryzykowny po substancje psychoaktywne albo nadużywają leków. Pracownicy Ośrodka mają odpowiednie kompetencje i doświadczenie zawodowe, żeby dokształcać nauczycieli w zakresie umiejętności, które pomagają im zarówno w działaniach z zakresu profilaktyki uniwersalnej



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

(programach realizowanych w klasach szkolnych), jak i kontaktach z uczniami zagrożonymi (profilaktyka selektywna i wskazująca).

### **3. Wspieranie szkół i innych partnerów w środowisku lokalnym do korzystania z poddanych ewaluacji programów profilaktycznych**

Programy rekomendowane zostały oparte na wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących. Bank takich programów jest tworzony już od kilkunastu lat w ramach działań systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego koordynowanego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (Pisarska, 2019), z którego dorobku warto korzystać. Jego celem jest wspieranie dobrej jakości działań profilaktycznych. Poniżej przedstawiono programy promocji zdrowia psychicznego i/lub profilaktyki zaburzeń psychicznych znajdujące się w bazie programów rekomendowanych przez ten system (<https://programyrekomendowane.pl>).

#### **Rekomendowane programy wspierania i ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w wieku szkolnym i przedszkolnym**

##### ***Przyjaciele Zippiego***

Program promocji zdrowia psychicznego przeznaczony dla dzieci w wieku 5–8 lat. Celem jest wyposażenie małych odbiorców w podstawowe umiejętności społeczne i emocjonalne. Program zawiera sześć tematów: uczucia, komunikacja, przyjaźń, rozwiązywanie konfliktów, przeżywanie zmiany i straty, radzenie sobie z trudnościami. Kanwą każdego z tych tematów są opowiadania o grupie przyjaciół przeżywających przygody, które mogą przytrafić się zwykłym dzieciom. Jeden z bohaterów opiekuje się patyczakiem o imieniu Zippy – stąd nazwa programu. Zajęcia prowadzone są przez przeszkolonych nauczycieli w klasach szkolnych. Rodzice otrzymują poradnik oraz zestaw ćwiczeń do wykonania w domu. Program realizowany jest w wielu krajach na świecie przez fundację *Partnership for Children*. W Polsce upowszechniany jest przez Centrum Pozytywnej Edukacji (<https://pozytywnaeducacja.pl>).

##### ***Poruszające bajki o emocjach***

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Program promocji zdrowia psychicznego, którego adresatami są dzieci w wieku przedszkolnym (4–5 lat), a także ich rodzice i wychowawcy. Celem programu jest wspieranie rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych dzieci, pomocnych w konstruktywnym komunikowaniu emocji, nawiązywaniu relacji z rówieśnikami oraz radzeniu sobie z trudnościami. Program obejmuje 10 zajęć warsztatowych prowadzonych metodą dramy w oparciu o autorskie bajki. Bajki oraz warsztaty koncentrują się na tematyce emocji zarówno prostych, jak i złożonych. Rodzicom oferowane są materiały edukacyjne w formie e-booka oraz kurs online. Realizatorami zajęć są trenerzy/trenerki programu przy współpracy nauczycieli. Program został przygotowany i jest upowszechniany przez Gruntownia Centrum Dobrych Szkoleń (<https://gruntownia.pl>) oraz Karimba Teatr Drama Arteterapia (<https://karimba.pl>).

### **Zagrajmy razem**

Program profilaktyki uniwersalnej i selektywnej przeznaczony dla uczniów najmłodszych klas szkół podstawowych (klasy 0–3) oraz najstarszych grup przedszkolnych. Długofalowym celem jest ograniczenie zachowań problemowych oraz poprawa zdrowia psychicznego odbiorców programu, w tym nauczycieli. Celem bezpośrednim jest poprawa funkcjonowania dzieci w szkole poprzez promowanie zachowań pożądanых i eliminowanie tych niepożądanych. Działania polegają na odpowiednim zarządzaniu przez nauczyciela zachowaniem klasy i nauką uczniów. Kluczowe elementy gry to: zasady klasowe, praca w zespołach, monitorowanie oraz wzmocnienia pozytywne. Program realizowany jest podczas zwykłych zajęć szkolnych, takich jak nauka pisania czy rozwiązywanie zadań matematycznych itp. Program ten można również przeprowadzać poza lekcjami, np. podczas przerw czy wycieczek. Jest on polską adaptacją amerykańskiego programu *Good Behavior Game*, który na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zrealizowała Fundacja Ukryte Skrzydła (<https://ukryteskrzydla.pl/projekty>). Koordynatorem programu jest Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

### **Program profilaktyczno-wychowawczy EPSILON**

Program promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki uniwersalnej adresowany do uczniów najmłodszych klas szkół podstawowych (7–9 lat) oraz ich wychowawców.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Pośrednimi odbiorcami są rodzice dzieci uczestniczących w programie. Celem oddziaływań jest rozwój umiejętności osobistych i społecznych oraz poprawa psychospołecznego funkcjonowania dzieci. Program obejmuje 60 godzin zajęć podzielonych na trzy moduły: pracę z uczniami, pracę z wychowawcą oraz pracę z rodzicem. Opisane w scenariuszach zajęcia prowadzone są w klasach z wykorzystaniem technik dramy edukacyjnej, dyskusji sterowanej, treningu umiejętności, wprowadzenia „rytuałów klasowych” oraz umowy klasowej dotyczącej zachowania w sytuacjach konfliktowych. Program prowadzony jest przez realizatorów spoza szkoły przy współudziale nauczycieli. Program został opracowany i jest upowszechniany przez Stowarzyszenie Epsilon (<https://epsilon.org.pl>).

### ***Program wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych***

Program profilaktyki selektywnej przeznaczony dla dzieci nieśmiałych w wieku 10–12 lat. Celem programu jest przezwyciężanie nieśmiałości poprzez tworzenie dzieciom warunków do aktywności społecznej, doskonalenia kompetencji osobistych, wzmacniania samooceny oraz optymistycznego nastawienia. Program składa się z 15 dwugodzinnych spotkań. Podczas tych zajęć dzieci m.in. analizują przyczyny różnych zdarzeń i zachowań, uczą się dostrzegać mocne strony u innych osób oraz u siebie, doskonalić umiejętności, takie jak umiejętność aktywnego słuchania czy współdziałania z innymi. Elementem zajęć jest także kształtowanie optymistycznego stylu wyjaśniania przyczyn niepowodzeń oraz realistycznego myślenia o ich skutkach. Zajęcia mogą być realizowane przez pedagogów, psychologów, socjoterapeutów oraz nauczycieli. Program powstał na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Informacje na temat programu, scenariusze zajęć oraz wskazówki metodyczne dla realizatorów zamieszczono w publikacji Małgorzaty Zabłockiej pt. *Przezwyciężanie nieśmiałości u dzieci* (aktualnie dostępnej w formie e-booka).

### ***Apteczka pierwszej pomocy emocjonalnej***

Program promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki uniwersalnej przeznaczony dla uczniów szkół podstawowych (8–12 lat). Celem jest rozwijanie umiejętności oraz kompetencji emocjonalnych i społecznych, a także kształtowanie poczucia wartości i wiary w

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

siebie. W programie poruszanych jest 10 tematów. Pierwsze spotkanie zatytułowano *Apteczka skarbów – jak leczyć rany duszy?*. W kolejnych zajęciach omawiane są takie tematy, jak: optymizm, przyjaźń, kreatywność, wytrwałość, zdrowie fizyczne, szczerowość, życzliwość, wdzięczność oraz marzenia. Program może być realizowany w szkołach podstawowych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, świetlicach środowiskowych, domach dziecka, a także w Centrach Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. Program został opracowany i jest upowszechniany przez Centrum Pozytywnej Edukacji (<https://pozytywnaedukacja.pl>).

### ***Tutoring szkolny – program pedagogiki dialogu***

Program profilaktyki uniwersalnej adresowany do uczniów i nauczycieli starszych klas szkół podstawowych (klasy 4–8), szkół ponadpodstawowych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Celem programu jest poprawa skuteczności edukacji dzięki zwiększeniu wiary uczniów we własne możliwości, doświadczaniu sprawstwa i odpowiedzialności oraz wzrost poczucia bezpieczeństwa w szkole. Celem jest także poprawa relacji oraz klimatu społecznego szkoły oraz doskonalenie umiejętności wychowawczych nauczycieli, a także zapobieganie wypaleniu zawodowemu nauczycieli. Działania w ramach programu polegają na stworzeniu uczniom możliwości korzystania z indywidualnego wsparcia ze strony przygotowanego nauczyciela-tutora. Proces tutoringu składa się z następujących etapów: poznanie, określenie celów, planowanie ich realizacji, monitorowanie i motywowanie oraz ewaluacja. Nauczyciele-tutorzy otrzymują bieżące wsparcie w postaci indywidualnej i grupowej superwizji. Program został opracowany i jest upowszechniany przez Instytut Tutoringu Szkolnego (<https://instytuttutoringuszkolnego.pl>).

### ***Projekt Lustro***

Program profilaktyki uniwersalnej przeznaczony dla uczniów szkół ponadpodstawowych (15–17 lat). Celem projektu jest ograniczenie występowania zachowań ryzykownych oraz problemów zdrowia psychicznego uczniów poprzez wspieranie prawidłowego rozwoju i

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

wzmacnianie czynników chroniących. Program składa się z 34 scenariuszy realizowanych w klasach szkolnych przez nauczycieli, psychologów bądź pedagogów szkolnych w kolejnych latach edukacji. Scenariusze zostały ułożone zgodnie z wiedzą o procesach rozwojowych oraz etapach procesu grupowego. Obejmują problematykę odnoszącą się do poczucia więzi uczestników ze szkołą, umiejętności prospołecznych, pozytywnego myślenia o sobie, wiedzy na temat zdrowia oraz wpływu zachowań i decyzji na rozwój fizyczny i psychiczny młodego człowieka. Program zawiera scenariusz zajęć dla rodziców uczniów uczestniczących w programie. Program został opracowany i jest upowszechniany przez Niepubliczny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli Sophia w Starachowicach (<https://mjrconsulting.pl>).

### ***Szkola dla rodziców i wychowawców***

Program profilaktyki uniwersalnej przeznaczony jest dla rodziców oraz wychowawców i innych profesjonalistów, którzy pracują z rodzicami. Celem programu jest poprawa umiejętności wychowawczych odbiorców oraz modyfikacja ich postaw na takie, które zmniejszają ryzyko zachowań problemowych/ryzykownych dzieci i młodzieży. Realizacja składa się z 10 zajęć warsztatowych, podzielonych na trzy tematy. Temat pierwszy dotyczy relacji dorosły-dziecko, jest to zarazem moduł bazowy, którego ukończenie jest warunkiem uczestniczenia w kolejnych częściach. Temat drugi poświęcony jest nauce budowania relacji między dziećmi (rodzeństwem). Temat trzeci skoncentrowany jest na problematyce okresu dorastania, w tym problemach związanych z zachowaniami ryzykownymi młodzieży. Koordynatorem programu na poziomie ogólnopolskim jest Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) (<https://ore.edu.pl/2010/04/szkola-dla-rodzicow>).

### ***Fred goes net***

Program opracowany z myślą o młodzieży w wieku 13–19 lat, która sięga po substancje psychoaktywne w sposób okazjonalny lub problemowy. Celem programu jest zapobieganie problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych poprzez pogłębienie wiedzy o konsekwencjach ich używania oraz zmianę postaw wobec tych substancji. Program rozpoczyna się od krótkiej rozmowy prowadzonej w duchu dialogu motywującego,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ukierunkowanej na wstępną diagnozę problemu oraz zmotywowanie młodej osoby do dalszego udziału w programie. Dalsze oddziaływania obejmują ośmiogodzinne zajęcia warsztatowe w małych grupach, poświęcone zwiększeniu wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, analizie własnych wzorców używania substancji oraz osobistych czynników ryzyka lub chroniących, a także wzmacnianiu motywacji do ograniczenia używania alkoholu/narkotyków lub całkowitej abstynencji. Program może być realizowany w publicznych i niepublicznych pozaszkolnych placówkach, które oferują pomoc profilaktyczną lub profilaktyczno-leczniczą osobom używającym substancji psychoaktywnych. Wersja oryginalna programu została opracowana przez specjalistów w Niemczech. W Polsce jest on upowszechniany i koordynowany przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (<https://programfred.pl>).

### **Destygmatyzacja języka jako działalność profilaktyczna**

Stygmatyzujący język, którym opisywane bywają osoby z zaburzeniami psychicznymi przyczynia się do ich wykluczenia z życia społecznego. Osoby te nie tylko muszą zmagać się z poważnymi zaburzeniami, ale również z negatywnymi stereotypami i krzywdzącymi uprzedzeniami (Jackowska, 2009; Mroczek i in., 2014). W literaturze przedmiotu wymienia się trzy aspekty stygmatyzacji (Corrigan i Watson, 2002; Świtaj i Waszkiewicz, 2007):

- piętnowanie społeczne, które wyraża się głoszeniu negatywnych opinii o osobach z zaburzeniami zdrowia psychicznego, np. że są niebezpieczni dla innych
- samonapiętnowanie, które przyjmuje postać negatywnych sądów na temat własnej osoby, np. mam słaby charakter, nie nadaję się do niczego
- piętnowanie instytucjonalne, które związane jest z działalnością instytucji pomocowych, które negatywnie mogą wpływać na osoby korzystające z ich pomocy czy wsparcia, np. brak wystarczającej liczby psychiatrów dziecięcych, długi okres oczekiwania na wizytę u specjalisty.

Wyniki badania EZOP II zrealizowanego w latach 2018–2019 wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są traktowane z dużym dystansem, który wyraża się m.in. niskim poziomem zaufania przy powierzaniu im ról społecznych wymagających odpowiedzialności.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Okazało się ponadto, że w porównaniu do wyników badania EZOP I zrealizowanego w latach 2010–2011 odsetek respondentów deklarujących niechętną postawę wobec pełnienia ról społecznych przez osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne wzrósł blisko o 7 punktów procentowych (z 6% do 13%). Co więcej, wyniki przywoływanego badania EZOP II sugerują również, że osoby wykluczane z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym odrzucają lub porzucają dostępne formy pomocy specjalistycznej (Wciórka, 2021).

Jednym ze sposobów przeciwdziałania stygmatyzacji jest edukacja publiczna, która z jednej strony ma na celu wyjaśnianie mechanizmów wywołujących zaburzenia psychiczne, a z drugiej strony przybliżenie sytuacji społecznej/psychologicznej osób doświadczających tych problemów. Z tego względu bardzo ważny jest język, jakim posługują się specjaliści, którzy pomagają innym w procesie zdrowienia. Zdarza się bowiem, że słownictwo wykorzystywane w psychiatrii do stawiania diagnozy, opisów standardów postępowania terapeutycznego, praktyk postępowania diagnostycznego i leczniczego może wzmacniać stereotypy i uprzedzenia wobec osób z problemami zdrowia psychicznego (Świtaj, 2009; Chudzicka-Czupała i Biernat, 2018; Świtaj, 2009). Opisała to również w swoich wspomnieniach Patricia Deegan (1996), amerykańska rzeczniczka praw osób niepełnosprawnych, psycholożka i badaczka:

Miałam osiemnaście lat. Zapytałam swojego psychiatrę: „Co się ze mną dzieje?”  
Odpowiedział mi tak: „Chorujesz na przewlekłą schizofrenię. To jest taka choroba, jak cukrzyca. Jeżeli będziesz brała leki do końca życia i unikała stresu, to być może jakoś dasz sobie radę”. Czułam, jak ciężar tych słów burzy moje i tak kruche nadzieje, marzenia i aspiracje. Nawet teraz 22 lata później te słowa odbijają się echem, ich pamięć nie blednie [...]. Dzisiaj wiem, że nie był to mądry psychiatra. [...] zdiagnozował mnie jako „schizofreniczkę” [...]. On nie widział mnie. On widział chorobę. Powinniśmy wymagać od naszych studentów, aby poszukiwali mądrości, która pozwoli im wnieść się ponad rozpoznanie choroby i wyjść z otwartym sercem naprzeciw człowiekowi, który przyszedł po pomoc. Niezbędne jest, abyśmy uczyli studentów, że relacja (sposób odnoszenia się) jest najpotężniejszym narzędziem, którym dysponują, pracując z ludźmi. (s. 51, za: Anczewska i Roszczyńska-Michta, 2007)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Sposób komunikowania się na tematy związane z zaburzeniami zdrowia psychicznego ma znaczenie zarówno dla osób, które doświadczają problemów, jak również dla ich bliskich (Doroszewska i in., 2021). Niezmiernie istotne jest, aby nie używać słów/terminów o pejoratywnym zabarwieniu np. alkoholik, narkoman, samobójca, „patologia”, świr, wariat, psychol. Wydaje się to oczywiste, jednak tego typu stygmatyzujące określenia dotyczące osób cierpiących na zaburzenia psychiczne nadal funkcjonują w życiu społecznym, co sprzyja podtrzymywaniu niekorzystnych postaw, które stanowią barierę utrudniającą otrzymanie odpowiedniej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej. Co więcej, te bolesne określenia mogą wpisać się w poczucie tożsamości i wzmacniać negatywny obraz własnej osoby. Z tego względu należy je zastąpić innymi określeniami, np. osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, osoby z zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.

W przypadku młodych ludzi w kryzysie psychicznym, szczególnego znaczenia nabiera negatywny wpływ stereotypów i uprzedzeń na jakość ich przyszłego życia. Chodzi tu przede wszystkim o dostęp do dobrej edukacji, dobrej pracy, bezpiecznego mieszkania i satysfakcjonującej opieki zdrowotnej (Chotkowska, 2019). Posługiwanie się językiem, który nie naznacza, nie ocenia, nie osądza, nie przypisuje winy i nie odbiera nadziei może ułatwić podjęcie psychoterapii i/lub leczenia, które otwiera drogę do realizacji potrzeb rozwojowych. Aby tak się stało, właściwy niestygmatyzujący język powinien zaistnieć w codziennych rozmowach, publikacjach, wydawnictwach książkowych i mediach cyfrowych (Doroszewska i in., 2021; Zayts-Spence i in., 2023). W związku z tym warto podjąć wysiłek na rzecz destygmatyzacji języka opisującego osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne. Szczególną rolę w tym procesie pełnią osoby, które udzielają pomocy psychologicznej i psychiatrycznej.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Załącznik A1

*Rekomendacje oraz wskazówki dotyczące przygotowania profesjonalnych działań profilaktycznych*

### MAPA DROGOWA

---

JESTEŚ KIEROWNIKIEM OŚRODKA ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNO-PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (I POZIOM REFERENCYJNY)

---

WSPÓŁPRACUJESZ Z RODZICAMI/NAUCZYCIELAMI

---

PLANUJESZ PROFILAKTYKĘ ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY

---

ZORGANIZUJ dla zespołu szkolenia i materiały edukacyjne poświęcone:

- podstawom profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego: koncepcja *resilience*
  - mechanizmom modyfikacji ryzyka powstawania zaburzeń zdrowia psychicznego i zachowań ryzykownych
  - systemowi rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego
  - destygmatyzacji języka opisującego osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego.
- 

PRZEDYSKUTUJ z zespołem swojego Ośrodka, czy są w systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego lub profilaktyki zachowań ryzykownych, które chcielibyście realizować: <https://programyrekomentowane.pl>.

---

PODEJMIJ wraz z zespołem decyzje dotyczące działań profilaktycznych, które mogłyby się stać ofertą własną Ośrodka

- warsztaty edukacyjne dla dzieci lub młodzieży ukierunkowane na rozwój umiejętności psychospołecznych
  - zajęcia psychoedukacyjne dla dzieci lub młodzieży z grup ryzyka dotyczące radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, stresem oraz innymi trudnościami
  - zajęcia warsztatowe dla rodziców i wychowawców ukierunkowane na doskonalenie umiejętności wychowawczych
  - wspieranie działań profilaktycznych w środowisku lokalnym
  - kształcenie nauczycieli w zakresie umiejętności służących pomaganiu i dobremu porozumieniu z dziećmi i młodzieżą
  - wspieranie szkół i innych partnerów w środowisku lokalnym w korzystaniu z programów profilaktycznych, które zostały poddane badaniom ewaluacyjnym.
- 

PRZEDYSKUTUJ z zespołem oraz wybierzcie razem osoby, które podejmą się organizacji i przeprowadzenia wybranych zajęć dla rodziców, wychowawców/nauczycieli oraz dla dzieci i młodzieży.

---

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

NAWIĄŻ kontakt ze szkołami, które znajdują się na terytorium objętym opieką Ośrodka. Przedstaw im ofertę własną Ośrodka z zakresu profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego oraz zakres i formy współpracy dotyczące udzielania pomocy uczniom w kryzysie psychicznym.

USTAL harmonogramy działań w porozumieniu ze szkołami, które są zainteresowane ofertą Ośrodka:

- harmonogram zajęć warsztatowych, które będą prowadzone na terenie szkoły
- harmonogram zajęć warsztatowych, które będą prowadzone na terenie Ośrodka.

---

USTAL we współpracy ze szkołami, rejonowymi poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz innymi placówkami pomocowymi:

---

zakres tematyczny zajęć dla dorosłych obejmujący:

- doskonalenie umiejętności wychowawczych rodziców i nauczycieli
- doskonalenie umiejętności nauczycieli służących pomaganiu uczniom w kryzysie psychicznym.

zakres tematyczny zajęć dla dzieci i młodzieży uwzględniający:

- rozwijanie umiejętności psychospołecznych
- radzenie sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi (zajęcia psychoedukacyjne dedykowane młodzieży z grup podwyższonego ryzyka).

zakres współpracy z:

- pedagogami/psychologami szkolnymi
- psychologami z poradni psychologiczno-pedagogicznych.

---

NAWIĄŻ kontakt z organizacjami pozarządowymi działającymi w społeczności lokalnej, które działają w obszarze profilaktyki w celu:

- określenia form współpracy w działaniach na rzecz poprawy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży
- ustalenia „szybkiej ścieżki” reagowania wobec młodych ludzi będących w kryzysie psychicznym, zagrożonych zachowaniami samobójczymi.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

ZORGANIZUJ spotkanie zespołu Ośrodka ze służbami zajmującymi się dziećmi i młodzieżą (policja, straż miejska, pracownicy socjalni, pracownicy ochrony zdrowia), poświęcone ustaleniu form i zakresu współpracy w obszarze:

- profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego
  - interwencji profilaktycznych wobec dzieci i młodzieży zagrożonych bądź doświadczających kryzysu psychicznego.
-



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja  
zsansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Anczewska, M., Roszczyńska-Michtha, J. (2007). O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia. W: M. Anczewska i J. Wciórka (red.), *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia* (s. 45–82). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
- Bobrowski, K., Ostaszewski, K., Pisarska, A. (2021). Zdrowie psychiczne warszawskich gimnazjalistów. Badania mokotowskie 2004–2016. *Psychiatria Polska*, 55(1), 127–143. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/112215>
- Chotkowska, K. (2019). Choroby psychiczne. Edukacja antydyskryminacyjna. *Ogrody Nauk i Sztuk*, 9, 56–62. <https://doi.org/10.15503/onis2019.56.62>
- Chudzicka-Czupała, A., Biernat, M. (2018). Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym? *Czasopismo Psychologiczne*, 24(1), 201–211. <https://doi.org/10.14691/CPJ.24.1.201>
- Corrigan, W. P., Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., Schnohr, C. A. (2023). *Focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health behaviour in school-aged children international report from the 2021/2022 survey*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060356>
- Doroszewska, A., Dudek, D., Jabłoński, M. J., Kłosińska, K., Murawiec, S., Sobczak, B. (2021). Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria*, 18(2), 163–167.
- Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A., Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Psychological Medicine*, 45(7), 1551–1563.

<https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). *Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. W: J. Stevenson (red.), *Recent research in developmental psychopathology* (s. 213–234). Pergamon Press.

Instytut Matki i Dziecka (2020). Jakie są polskie nastolatki? Zachowania zdrowotne polskiej młodzieży na tle rówieśników z 43 krajów. <https://imid.med.pl/pl/aktualnosci/jakie-sa-polskie-nastolatki-raport-hbsc-2020>

Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przykład badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 43(6), 655–670.

Junik, W. (2012). Dialog w mentoringu. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 4(226), 128–138.

Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience. The resilience framework. W: M. D. Glantz i J. L. Johnson, (red.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (179–224). Kluwer Academic/Plenum Publishers.

[https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1\\_9](https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1_9)

Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. W: D. Cicchetti i D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (wyd. 2, s. 739–795). John Wiley & Sons.

Luthar, S. S., Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience. An integrative review. W: S. S. Luthar (red.), *Resilience and vulnerability* (s. 510–549). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.023>

Luthar, S. S., Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6–22.  
<https://doi.org/10.1037/h0079218>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

Masten, A. S. (2004). Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 310–319.

<https://doi.org/10.1196/annals.1308.036>

Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12–31.

<https://doi.org/10.1111./jftr.12255>

Masten, A. S., Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13–27.

<https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>

Masten, A. S., Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research policy and practice. W: S. S. Luthar (red.), *Resilience and vulnerability* (s. 1–28). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>

Mroczek, B., Wróblewska, I., Kędzierska, A., Kurpas, D. (2014). Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. *Family Medicine & Primary Care Review*, 16(3), 263–265.

Ostaszewski, K. (2008). Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szcutnik, K. Ostaszewski, H. Kołoto, A. Dzielska i A. Kowalewska (red.), *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych* (s. 19–46). Instytut Matki i Dziecka. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży.

Ostaszewski, K. (2012). Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży. *Edukacja*, 4(120), 22–38.

Ostaszewski, K. (2014a). Kultura szkoły a zachowania ryzykowne uczniów. *Edukacja*, 1(126), 14–24.

Ostaszewski, K. (2014b). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ostaszewski, K. (2016). *Standardy profilaktyki*. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Ostaszewski, K. (2017). Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna: podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (s. 112–118). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ostaszewski, K. (2022). Zachowania ryzykowne polskich nastolatków. W: M. Sajkowska i R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 180–197). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Ostaszewski, K., Kucharski, M., Stokwiszewski, J. (2021a). Zaburzenia zdrowia psychicznego wśród dzieci w wieku 7–17 lat. W: J. Moskalewicz i J. Wciórka (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”* (s. 533–642). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K., Kucharski, M., Stokwiszewski, J. (2021b). Zaburzenia zdrowia psychicznego wśród dzieci w wieku 12–17 lat. W: J. Moskalewicz i J. Wciórka (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”* (s.643–687). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Pisarska, A. (2019). System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 1(85), 8–13.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings and policy implications. W: J. P. Shonkoff i S. J. Meisels (red.), *Handbook of early child intervention* (s. 651–681). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.030>
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska i R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja zansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Świtaj, P. (2009). Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(4), 377–386.
- Świtaj, P., Waszkiewicz, J. (2007). O walce z piętnem choroby psychicznej. W: M. Anczewska i J. Wciórka (red.), *Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia* (s. 83–110). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Terzian, M. A., Andrews, K. M., Moore, K. A. (2011). *Preventing multiple risky behaviors among adolescents: Seven strategies*. <https://childtrends.org/publications/preventing-multiple-risky-behaviors-among-adolescents-seven-strategies>
- Wciórka, J. (2021). Postawy wobec osób chorujących psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych. W: J. Moskalewicz i J. Wciórka (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”* (s. 483–504). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Weissberg, R. P., Cascarino, J. (2013). Academic learning + social-emotional learning = national priority. *Phi Delta Kappan*, 95(2), 8–13.  
<https://doi.org/10.1177/003172171309500203>
- Werner, E. E. (1994). Overcoming the odds. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(2), 131–136. <https://doi.org/10.1097/00004703-199404000-00012>
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. W: J. P. Shonkoff i S. J. Meisels (red.), *Handbook of early childhood intervention* (wyd. 2, s. 115–132). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.008>
- Zayts-Spence, O., Edmonds, D., Fortune, Z. (2023). Mental health, discourse and stigma. *BMC Psychology*, 11, artykuł 180. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01210-6>
- Zimmerman, M. A., Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8(4), 1–20. <https://doi.org/10.1002/j.2379-3988.1994.tb00032.x>





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Wsparcie społeczne i współpraca z partnerstwami lokalnymi na rzecz rozwoju środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego**

Maria Łuszczzyńska

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, luszczym@uek.krakow.pl

### **Streszczenie**

Zdrowie psychiczne jest jedną z najważniejszych kwestii społecznych ogólnoswiatowej populacji, szczególnie w czasie powszechnych skutków epidemii COVID-19, napięć wynikających z wojen i ciągłego zagrożenia ich eskalacją czy kryzysów gospodarczych i ich konsekwencji dla indywidualnego człowieka, czy gospodarstwa domowego.

Troska o zdrowie psychiczne do tej pory polegała na zaangażowaniu w interwencje i leczenie instytucji, w tym tych zamkniętych, takich jak szpitale psychiatryczne czy domy pomocy społecznej. Od kilkunastu lat w polskim systemie wielosektorowego pomagania osobom z zaburzeniami i w kryzysach psychicznych rozwijane jest podejście deinstytucjonalizacyjne, które oznacza minimalizowanie ingerencji tychże instytucji na rzecz uruchamiania zasobów osobistych i najbliższego otoczenia (rodzinnego, sąsiedzkiego, lokalnego) osoby w kryzysie lub chorującej psychicznie. Z tej intencji narodziła się idea Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego.

Celem niniejszego rozdziału jest ukazanie roli, funkcji, celów działalności Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego jako podmiotu realizującego usługi społeczne w środowisku lokalnym z uwzględnieniem czynników rozwoju tego podmiotu, takich jak diagnoza społeczna, partnerstwa lokalne oraz koordynacja usług społecznych.

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, kryzysy i zaburzenia psychiczne, Centrum Zdrowia Psychicznego, usługi społeczne, deinstytucjonalizacja

### **Wprowadzenie**

Podjęcie działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego w świetle istniejących statystyk zdaje się wyzwaniem nie tylko pożądanym, ale też koniecznym. Statystyki wskazują, że blisko 1 miliard ludzi cierpi na zaburzenia psychiczne, 3 miliony ludzi umiera każdego roku

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

z powodu szkodliwego spożywania alkoholu, a co 40 sekund jedna osoba umiera w wyniku samobójstwa (World Health Organization, 2022). W Polsce liczne badania i raporty potwierdzają pogarszający się stan psychiczny Polaków (Babicki i Mastalerz-Migas, 2021; Centrum Badania Opinii Społecznej, 2023; Glinowiecki, 2023; Moskaiewicz i Wciórka, 2021; Wciórka i in., 2021; Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej OT-674, 2019).

Aż 26% populacji w Polsce doświadcza co najmniej jednego zaburzenia psychicznego. (Moskaiewicz i Wciórka, 2021). Największą grupę stanowią osoby z zaburzeniami lękowymi, które dotyczą ponad 5 milionów dorosłych i 300 tys. nieletnich oraz osoby z zaburzeniami afektywnymi, które dotyczą blisko 1,5 miliona dorosłych i 70 tys. nieletnich. Zaburzenia psychiczne w Polsce wiążą się również z problemem samobójstw. Wskaźnik samobójstw w Polsce jest wysoki, wynosząc 2,9 osób na 100 tys. osób wśród kobiet i aż 21,4 na 100 tys. osób wśród mężczyzn według danych Światowej Organizacji Zdrowia z 2021 roku. Mimo że odnotowano pewien spadek w ciągu ostatniej dekady (z poziomu 29,4 osób wśród mężczyzn i 3,8 osób wśród kobiet na 100 tys. osób), nadal przekraczamy średnią europejską. Rocznie w Polsce odnotowuje się około 12 tys. prób samobójczych, z których około 5 tys. kończy się śmiercią (World Health Organization, 2021). Populacja Polski, zresztą podobnie jak mieszkańcy innych krajów, została również doświadczona skutkami epidemii COVID-19, a także doświadczeniem exodusu wojennego w związku z atakiem Rosji na Ukrainę, a w końcu kryzysem ekonomicznym. Nie pozostaje to obojętne dla psychicznego funkcjonowania Polaków, ale konsekwencje tych wydarzeń ukażą swoje rozmiary z odroczeniem, ale ich wpływ na zdrowie psychiczne można obserwować już teraz w środowiskach osób udzielających wsparcia w kryzysach psychicznych.

Od lat 90. XX wieku w Polsce prowadzone są działania na rzecz polepszenia sytuacji społecznej i zdrowotnej osób w kryzysach psychicznych. W 1994 roku ukazała się Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego<sup>69</sup>, która w założeniach zmieniała podejście do pomocy osobom w kryzysach psychicznych – od pomocy instytucjonalnej do modelu bardziej środowiskowego. Znajdowało to odzwierciedlenie w ukazujących się kolejno Narodowych Programach Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) – na lata 2011–2015, 2017–2022 i w ostatnim na lata 2023–2030 (Ministerstwo Zdrowia, 2011, 2017, 2023). Poziom realizacji

---

<sup>69</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19941110535>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zamierzeń poszczególnych programów różnił się skalą porażek (Najwyższa Izba Kontroli, 2017), ale należy podkreślić ważność założeń zmierzających do odchodzenia od modelu azylowego, medycznego, instytucjonalnego i zakładowego na rzecz modelu środowiskowego, w którym osoba z zaburzeniami i w kryzysie psychicznym (i jej otoczenie rodzinne i lokalne) pozostaje ekspertem od swojego życia i jest czynnie włączana w proces zdrowienia. W NPOZP na lata 2023–2030 dużo miejsca poświęca się na działania Centrów Zdrowia Psychicznego, które co do zasady są zbieżne ze Środowiskowymi Centrami Zdrowia Psychicznego dla dorosłych (CZP; por. Panek i in., w tym tomie; Załuska i in., w tym tomie)<sup>70</sup>.

Istnienie CZP stało się faktem<sup>71</sup>. Najpierw została wykonana koncepcyjna praca związana z opracowaniem modelu działania CZP, a następnie – po zakończeniu projektu – całe zespoły weszły w ich pilotaż. Oznacza to zatem, że ważny etap uruchamiania CZP jest już za nami. Wydaje się, że doprowadzenie do zapewnienia źródeł finansowania w ramach reformy, pozwalające na realizację ambitnego celu dla ponad połowy populacji Polski, a docelowo dla każdego powiatu w Polsce, jest sukcesem na niespotykaną skalę dotychczasowych edycji NPOZP.

Kolejnym etapem jest zapewnienie właściwego miejsca CZP w systemie usług społecznych. Ten moment rozwoju jest kluczowy dla pozycjonowania CZP i powinien przebiegać w sposób świadomy i perspektywny. Za kształtowanie pozycji CZP w środowiskach lokalnych, w lokalnej polityce społecznej, w partnerstwach międzysektorowych i w całym systemie usług społecznych w toku procesu deinstytucjonalizacji odpowiedzialne są osoby, które tworzą CZP – dyrektorzy, kierownicy, menadżerowie i ich zespoły. W interesie pacjentów, specjalistów i celów związanych z tworzeniem CZP leży wypracowanie relacji i pozycji w szerokim kontekście społecznego funkcjonowania tych podmiotów.

Wydaje się, że niezbędne jest wskazanie warunków do ich tworzenia. Dla ich przyszłej pozycji na rynku usług społecznych zadecyduje to, w jaki sposób zostaną one zorganizowane,

---

<sup>70</sup> W dalszej części rozdziału Autorka zamiennie traktuje nazwy Centrum Zdrowia Psychicznego i Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego. Potencjalne różnice w ich rozumieniu nie zmieniają sensu artykułu dotyczącego relacji tych podmiotów z sektorem usług społecznych.

<sup>71</sup> Dotyczy projektów zintegrowanych pod tytułem „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę”, których zadaniem było testowanie nowego modelu psychiatrii środowiskowej: Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

pozycjonowane i w jaki sposób będą one mogły nawiązać współpracę z podmiotami społecznymi dla dobra realizacji planów zdrowienia swoich Pacjentów. Zadaniem, które Autorka stawia sobie w niniejszym rozdziale, jest ukazanie kluczowych obszarów działalności CZP, uwypuklenie tego, co w perspektywie teraźniejszej mogą zrobić i na co zwrócić uwagę osoby odpowiedzialne za ich organizację i tworzenie w kontekście korzyści dla Pacjentów, decydentów i innych interesariuszy działań na rzecz zdrowia psychicznego.

### **Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego jako podmiot usług społecznych w środowisku lokalnym**

Kwestia zdrowia psychicznego zdaje się istotna szczególnie w kontekście polityki społecznej – głównego obszaru planowania społecznego dobrostanu obywateli. Domeną polityki społecznej jest zaspakajanie potrzeb i rozwiązywanie problemów społecznych poprzez planowanie i realizację długofalowych działań. W tych działaniach udział biorą zarówno podmioty publiczne jak i niepubliczne (pozarządowe, prywatne, społeczne, wyznaniowe). Ze względu na interdyscyplinarny charakter troski o zdrowie psychiczne polityka społeczna może stanowić fundamentalny obszar, budujący dobrostan społeczny i wyznaczający jakość życia.

Analizując wykładnię odnośnie do zdrowia psychicznego, sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia, należy podkreślić, że zdrowie psychiczne to stan dobrostanu, w którym jednostka może radzić sobie z normalnym stresem życiowym, pracować wydajnie i produktywnie, a także uczestniczyć w społeczeństwie w sposób satysfakcjonujący. Zdrowie psychiczne nie ogranicza się jedynie do braku chorób psychicznych, ale obejmuje także zdolność do radzenia sobie z trudnościami życiowymi, budowania relacji z innymi i podejmowania decyzji (World Health Organization, 2001). Szerzej o tym piszą Ciecuch i in., w tym tomie.

W świetle powyższego, działania podejmowane na rzecz wspierania zdrowia psychicznego i minimalizowania dysfunkcji w tym obszarze pozycjonują CZP jako podmiot, który może być kluczowy z punktu widzenia lokalnej polityki społecznej. Osoby kierujące CZP powinny podjąć działania w kierunku budowania lokalnej koalicji na rzecz pozycjonowania i ugruntowania pozycji CZP, a dopiero wtedy będą w stanie w pełni przekonać do swojej misji

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

inny ważnych, kluczowych graczy. Dlatego potrzebne jest rozumienie najszerszego kontekstu funkcjonowania CZP, nie tylko jako jednostki wykonującej interwencje wobec osób w kryzysach i z zaburzeniami psychicznymi, ale jednocześnie jako podmiotu świadczącego usługi społeczne, aktywnego gracza na terenie lokalnej polityki społecznej, potencjalnego partnera innych podmiotów publicznych i niepublicznych, realizatora, współautora i autora programów strategicznych. Dopiero zidentyfikowanie i utożsamianie się z tymi wszystkimi aspektami istnienia CZP może na poważnie przyczynić się do skutecznej realizacji tych funkcji i zadań, do których powołane są te podmioty i do odniesienia przez nie sukcesu społecznego.

Ze względu na specyfikę zadań CZP osoby odpowiedzialne za jego funkcjonowanie muszą dotrzeć zarówno do świadomości decydentów podejmujących decyzje w sprawach lokalnej polityki społecznej, jak i do partnerów społecznych i podmiotów publicznych, jako potencjalnych partnerów działalności CZP. Istotne jest także zaprezentowanie swojej działalności wobec mieszkańców danego obszaru działania, czyli do potencjalnych interesariuszy bezpośrednich (osób zmagających się z kryzysami i chorobami psychicznymi) oraz pośrednich (otoczeniem społecznym tych osób). Osoby odpowiedzialne za pozycjonowanie CZP dysponują przekonującymi argumentami na rzecz istotności wspierania tych podmiotów przez rozmaitych aktorów życia lokalnego (władze lokalne, podmioty partnerskie, szeroko pojętą społeczność, odbiorców usług). Do tych argumentów należą:

- działania na rzecz wsparcia i rozwoju dobrostanu psychicznego mieszkańców w różnym wieku i sytuacji społecznej,
- prowadzenie działań aktywizacyjnych o profilu społecznym i zawodowym wobec osób w kryzysach psychicznych i chorujących psychicznie
- poprzez swoją działalność obniżanie obciążeń dla budżetów lokalnych i centralnych,
- wspieranie potencjału rozwojowego jednostek i grup, a przez to budowanie spójności i integracji społecznej.

To, co może stanąć na przeszkodzie pozycjonowania CZP w środowisku lokalnym, to czynnik ludzki polegający albo na niezrozumieniu misji, albo na intencjach podejmowanych działań innych niż na rzecz misji (np. działania przede wszystkim na rzecz własnego dobra

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

ekonomicznego podmiotu prowadzącego CZP, popularności i władzy osób rozwijających ten podmiot) niezwiązane bezpośrednio z chęcią wspierania osób w kryzysach psychicznych.

W celu właściwego rozumienia roli i funkcji CZP należałoby sformułować kilka uwag o charakterze fundamentalnym. Można potraktować je jak swoiste aksjomaty, które mogą wyznaczać kierunki rozwoju działań tych podmiotów. Mogą wydać się one oczywiste, ale w prostocie poniższych zależności kryją się kluczowe cechy i szeroki kontekst znaczeniowy dla działalności w Centrach.

Po pierwsze, należy uznać, że **celem wszelkich działań na rzecz zdrowia psychicznego jest szeroko pojęta integracja społeczna, spójność społeczna i dobrostan jednostek, grup i społeczności**. Zatem działania, które mają na celu poprawę funkcjonowania ludzi z zaburzeniami lub pozostających w kryzysach psychicznych wpływają nie tylko na indywidualny los Pacjentów, ale również na kondycję ich rodzin, czy najbliższego otoczenia społecznego. Choroby te można analizować z perspektywy polityki zdrowia publicznego, ponieważ wpływają bezpośrednio i pośrednio na ogólną kondycję społeczeństwa w kontekście gospodarczym, integracji społecznej, wydajności zawodowej, relacji międzyludzkich, poziomu samorealizacji.

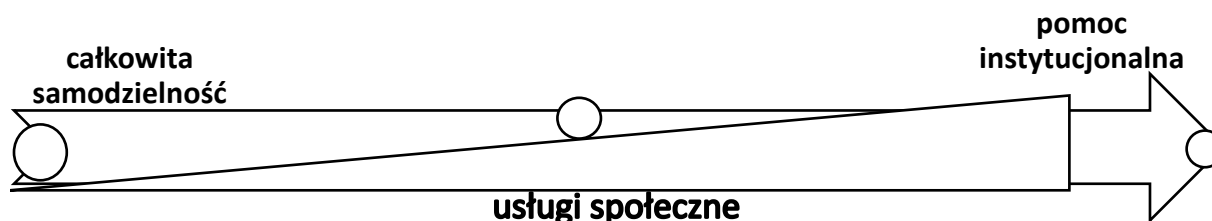
Po drugie, **usługi społeczne (w tym na rzecz zdrowia psychicznego) są elementem procesu deinstytucjonalizacji pomocy**. Rozwój usług społecznych znajduje się na kontinuum od całkowitej samodzielności do pomocy instytucjonalnej, co zostało przedstawione na rysunku 1.

### Rysunek 1

*Relacje pomiędzy poziomem usług społecznych a ich celami, czyli dążeniem do usamodzielniania beneficjentów*



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)



Proces deinstytucjonalizacji to współczesne kryterium horyzontalne w politykach publicznych (Grewiński i Lizut, 2021) wdrażane w obszarze polityki społecznej. Uzasadnieniem tego procesu jest potrzeba „uśrodkowania” pomocy wobec osób potrzebujących wsparcia. Celem ukrytym jest spodziewane obniżenie kosztów realizacji usług społecznych w porównaniu do kosztów utrzymywania instytucji. Deinstytucjonalizacja jest również procesem oczekiwanym wobec krajów członkowskich ze strony instytucji unijnych (Grewiński i Lizut, 2021). Naczelną zasadą procesu deinstytucjonalizacji nie jest postulat zamykania instytucji całodobowej opieki, takich jak domy pomocy społecznej, szpitale psychiatryczne czy placówki opiekuńczo-wychowawcze, ale rozwój usług społecznych w takim zakresie, żeby rola instytucji była ograniczana do zajmowania się wyłącznie najtrudniejszymi przypadkami wymagającymi opieki. W im większym zakresie rozwijane są zdeinstytucjonalizowane usługi społeczne, w tym mniejszym stopniu potrzebne są rozwiązania instytucjonalne. Rola instytucji zostaje zdefiniowana jako przestrzeń do interwencji w sytuacjach skrajnych, w których pomoc w środowisku nie wystarcza dla zaspokojenia potrzeb osób wspomaganych.

Po trzecie, **usługi społeczne (w tym na rzecz zdrowia psychicznego) mają charakter interdyscyplinary**. To oznacza, że, podobnie jak w obszarze polityki społecznej, w sferze usług występują takie, które są związane z różnymi działalnościami przynależnymi do różnych sektorów. W zakresie zainteresowań polityki społecznej wchodzi zagadnienia prawne, polityczne, socjologiczne, ekonomiczne w następujących obszarach:

- polityka demograficzna (ludnościowa) i polityka rodzinna
- polityka edukacyjna (oświatowa)
- polityka kulturalna

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- polityka ochrony zdrowia
- polityka mieszkaniowa
- polityka migracyjna
- polityka zatrudnienia (przeciwdziałanie bezrobociu, kształtowanie płac i warunków bezpieczeństwa pracy)
- polityka zabezpieczenia społecznego i pomocy społecznej
- polityka ochrony środowiska naturalnego
- polityka prewencji i zwalczania zjawisk patologii.

Te rozmaite polityki w organizacyjnej sferze państwa przynależą do różnych resortów. Ma to związek z ich źródłami finansowania i systemami organizowania, ale w kontekście celu ich organizacji – zaspakajania potrzeb społecznych – przynależą do tej samej kategorii, tj. związanej z rozwiązywaniem kwestii i problemów społecznych (Auleytner, 2012; Rajkiewicz, 1998; Szarfenberg, 2018).

Interdyscyplinarność oznacza również, że często do realizacji danej usługi muszą być zaangażowani rozmaici specjaliści, czasami będący przedstawicielami innych resortów. Ta cecha jest bardzo uwidoczniła w działaniach na rzecz osób w kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychicznymi, w które często zaangażowani są specjaliści z obszaru ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, kultury, sportu i rekreacji, aktywizacji zawodowej czy mieszkalnictwa.

Po czwarte, co jest bezpośrednio związane z poprzednim aksjomatem, **usługi społeczne są osadzone (finansowo, prawnie i organizacyjnie) w rozmaitych sektorach** zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, sportu i rekreacji, mieszkalnictwa, rynku pracy i innych. To oznacza z jednej strony ograniczający mechanizm inicjowania, finansowania i organizowania konkretnych usług. Z drugiej strony sztucznie ogranicza logikę usług do źródeł finansowania, a nie do celowości ich realizacji, czyli zaspakajania konkretnych potrzeb określonej grupy odbiorców (najczęściej terytorialnych). Ponadto w celu sprawnej realizacji istniejących usług lub inicjowaniu nowych przedstawiciele określonych sektorów muszą ze sobą współpracować, wymieniać informacje, podejmować wspólne inicjatywy, czyli przekraczać granice sektorowości na rzecz skutecznego pomagania.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szerszą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W końcu, po piąte, co należy w tym miejscu bardzo wyraźnie podkreślić, **usługi medyczne są częścią usług społecznych**. W modelu CZP często się przeciwstawia jedne usługi drugim, tkwiąc niejako w logice źródeł finansowania, a nie w logice zaspakajania potrzeb. Jak zostanie ukazane w dalszej części rozdziału usługi społeczne tworzą najszerszy katalog usług, na który będą się składać działania z zakresu:

- polityki prorodzinnej
- wspierania rodziny
- systemu pieczy zastępczej
- pomocy społecznej
- promocji i ochrony zdrowia
- wspierania osób niepełnosprawnych
- edukacji publicznej
- przeciwdziałania bezrobociu
- kultury
- kultury fizycznej i turystyki
- pobudzania aktywności obywatelskiej
- mieszkalnictwa
- ochrony środowiska
- reintegracji zawodowej i społecznej.

W celu właściwego rozumienia usług społecznych należy uznać, że to nie źródło finansowania czy przynależność do właściwego sektora publicznego decyduje o charakterze i celowości usług społecznych, tylko ich istota prakseologiczna, a mianowicie zaspakajanie określonych potrzeb społecznych. W ramach CZP można wyróżnić sześć etapów jego rozwoju, którym można przypisać czynniki sukcesu w tworzeniu relacji w środowisku lokalnym. Etapy zostały przedstawione w tabeli 1.

## Tabela 1

### *Etapy rozwoju CZP*

A. Tworzenie „potencjału podstawowego” CZP	Zgodnie z modelem świadczenia usług w ramach Centrum należy zapewnić usługi stacjonarne (typ A),
--	--

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

	<p>mobilne/środowiskowe, dzienne, ambulatoryjne, pierwszego kontaktu, promocji i profilaktyki zdrowia oraz społeczne. Wykonują to specjaliści, tj. psycholog, psychoterapeuta, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia, lekarz psychiatra, koordynator usług CZP na terenie działalności itd.</p>
B. Diagnoza środowiska lokalnego	Rozpoznanie potrzeb, zasobów, możliwości i problemów środowiska.
C. Tworzenie i udział w partnerstwach	Budowanie partnerstwa na rzecz osób w kryzysach psychicznych oraz wejście w szersze sieci współpracy lokalnej.
D. Koordynowanie ścieżkami pomocy	Koordynacja pomiędzy różnymi rodzajami usług w ramach CZP i w szerszych systemach koordynacji międzyinstytucjonalnej, tworzenie i realizowanie indywidualnego planu terapii i zdrowienia.
E. Zarządzanie informacją	Poszerzanie wiedzy, tworzenie sprawnych kanałów komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej, strategii PR wewnętrznej i zewnętrznej, organizowanie kampanii i działań świadomościowych i antystygmatyzacyjnych.
F. Działania eksperckie na rzecz wsparcia osób w kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychicznymi	Pozyskiwanie usług, pozyskiwanie środków finansowych, rozpoznawanie możliwości rozwoju usług poprzez granty, pozyskiwanie dostawców usług.

Powyższe działania mają na celu poprzez ugruntowanie pozycji CZP przede wszystkim rozwój usług społecznych w ramach wykonywanej działalności. Zrozumienie istoty usług społecznych może przyczynić się do kreatywności w ich rozwoju w odpowiedzi na potrzeby danego środowiska lokalnego, w którym Centrum funkcjonuje. Realizowany pakiet usług może być odmienny dla różnych Centrów ze względu na odmienne potrzeby społeczne mieszkańców danego obszaru terytorialnego.

### **Dostępne usługi społeczne w kontekście zdrowia psychicznego**

Usługi społeczne to wspólne inicjatywy o charakterze niematerialnym, skierowane do jednostek, rodzin i społeczności lokalnych. Opierają się na potencjale, wiedzy, doświadczeniu i zasobach danego środowiska. Ich głównym celem jest poprawa jakości życia mieszkańców poprzez zaspokajanie ich bieżących potrzeb.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Niematerialny charakter usług jest kluczowym wyznacznikiem odróżniającym je od świadczeń finansowych oraz pomocy rzeczowej. W przypadku dwóch ostatnich form pomocy ciężar wsparcia opiera się na przekazaniu pieniędzy lub rzeczy, co ma zupełnie inny charakter niż wsparcie za pomocą usług. W tym ostatnim liczy się nie tyle „obdarowanie” osoby potrzebującej w wymiarze materialnym, ale bardziej w postaci budowania relacji, nawiązywania zaufania, stworzenia bezpiecznej przestrzeni, okazania uwagi i zainteresowania, wykonania jakiejś pracy i przekazania jej na rzecz osoby potrzebującej. Usługi społeczne w tym znaczeniu tworzą przestrzeń do budowania relacji społecznych i więzi społecznych, co stanowi o ich unikalności i wyznacza przestrzeń odpowiedzialności. Usługi społeczne są inwestowaniem w teraźniejszość osoby potrzebującej oraz w jej przyszłość. Powodują, że osoba potrzebująca wchodzi w relację z osobą wykonującą daną usługę, co przyczynia się do zwiększenia odpowiedzialności za proces pomocowy w większym stopniu niż w sytuacji przekazywania dóbr materialnych (w postaci finansowej bądź rzeczowej).

Jak twierdzi Szatur-Jaworska (2008, za: Szarfenberg, rok), usługi społeczne: są czynnościami podejmowanymi w celu bezpośredniego zaspokojenia ludzkich potrzeb i nie polegają na wytwarzaniu dóbr materialnych; służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostek i rodzin, choć ich jakość i dostępność mają wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych; mogą być finansowane, organizowane i dostarczane zarówno przez instytucje publiczne, jak i niepubliczne (prywatne); uzyskiwane są bezekwiwalentnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatnie. (s. 16)

Zakres usług CZP jest związany ze świadczeniem specjalistycznych usług psychologa, psychiatry, psychoterapeuty, terapeuty środowiskowego, asystenta zdrowienia, pracownika socjalnego, koordynatora usług społecznych i innych specjalistów. W środowisku lokalnym istnieją również inne podmioty publiczne oraz organizacje pozarządowe, które realizują w/w usługi społeczne, mogące przyczynić się do wsparcia zaspakajania potrzeb osób w kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychicznymi. Wśród nich można wyróżnić:

- Ośrodki Pomocy Społecznej (OPS), działające na terenie gminy i realizujące usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, pracę socjalną, poradnictwo socjalne, prawne, psychospołeczne, usługi sąsiedzkie, banki żywności, poradnictwo

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

specjalistyczne, mieszkania wspomagane, mieszkania treningowe, interwencję kryzysową.

- Centra Usług Społecznych (CUS), działające na terenie gminy i realizujące usługi społeczne podobne do OPS (o ile powstały na ich bazie), a także inne usługi, które są zgodne z potrzebami wynikającymi z diagnozy społecznej. Oferta CUS jest bardzo zindywidualizowana i musi być każdorazowo analizowana.
- Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS), realizujące terapię zajęciową, trening umiejętności społecznych, wspomaganie rozwoju psychoruchowego, motywowanie do aktywności, motywowanie do leczenia i rehabilitacji, usługi pielęgnacyjne, rehabilitację fizyczną, usługi logopedy, psychologa, pracownika socjalnego, wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego.
- Urzędy Pracy (UP), realizujące usługi aktywizacji zawodowej, aktywizacji osób z niepełnosprawnościami, usługi wspieranie w miejscu zatrudnienia (trenera pracy), kluby aktywizacji zawodowej itp.
- Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (PCPR), działające na terenie powiatu i realizujące usługi z zakresu wsparcia zdrowia psychicznego, najczęściej zlecane organizacjom pozarządowym w formie programów wspierania usług na rzecz zdrowia psychicznego, zgodnych z lokalną diagnozą potrzeb oraz lokalnymi strategiami rozwiązywania problemów społecznych.
- Ośrodki Interwencji Kryzysowej (OIK), działające na terenie powiatu i prowadzące działania psychoterapeutyczne, diagnostyczne, interwencyjne, wsparcie psychologiczne, poradnictwo socjalne, inne specjalistyczne usługi (np. coaching, mediację, poradnictwo prawne).
- Podmioty Ekonomii Społecznej (ES), takie jak Spółdzielnie Socjalne, Zakłady Aktywności Zawodowej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Kluby Integracji Społecznej, Centra Integracji Społecznej.
- Inne podmioty, takie jak Klub Integracyjny (wolny od decyzji administracyjnych), zakłady pracy chronionej, grupy samopomocowe itd.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W środowiskach lokalnych CZP istnieją również usługi społeczne, które nie są inicjowane przez sformalizowane podmioty, tylko przez ruchy oddolne, samopomocowe, samoorganizacje. Do takich usług można zaliczyć Kluby Pacjenta, samopomocowe grupy osób chorujących psychicznie (np. grupy dla osób z depresją, chorobą dwubiegunową, schizofrenią, grupy dla opiekunów osób w kryzysach psychicznych itp.). Organizowane przez nich usługi (choć być może nie do końca świadomie) mogą polegać na wsparciu psychicznym, wspólnym spędzaniu czasu, rozwoju zainteresowań czy wsparciu otoczenia społecznego.

W celu realizacji naczelnej zasady organizowania usług, czyli zaspokajania potrzeb osób potrzebujących nie ma znaczenia to, jaki podmiot zajmuje się organizacją danej usługi. Najważniejsze jest zbudowanie indywidualnego zestawu usług potrzebnych danej osobie. Dlatego poniżej przedstawiony został przykładowy zbiór usług społecznych, który może być potencjalnie potrzebny dla zaspokojenia potrzeb osób z zaburzeniami i w kryzysach psychicznych. Można w nim hipotetycznie umieścić takie usługi jak wskazane w tabeli 2.

## Tabela 2

### *Katalog usług potencjalnie realizowanych w ramach usług społecznych*

animaloterapia	terapia grupowa dla dzieci, młodzieży, dorosłych
aqua aerobik, gimnastyka rehabilitacyjna, joga, zajęcia ruchowe	terapia indywidualna dla dzieci, młodzieży, dorosłych
coaching	terapia rodzinna
doradztwo zawodowe	terapia uzależnień
fizjoterapia	terapia zajęciowa (konkretne rodzaje)
hostel	turnusy rehabilitacyjne
informowanie o uprawnieniach	usługa opieki nad małymi dziećmi
interwencja kryzysowa	usługa porządkowa, usługa „złotej rączki”, usługa sprzątnia
logopedia, neurologopedia	usługa wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego
mediacje rodzinne	usługi opiekuńcze
mieszkania wspomagane, treningowe	usługi pielęgniarstwa
mobilne usługi pielęgnacyjno-kosmetyczne	wsparcie psychologiczne dla dzieci, młodzieży, dorosłych
opieka wytchnieniowa	praca socjalna
ośrodek wsparcia dziennego (klub pacjenta, klub rodziny)	psychoterapia indywidualna

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

poradnictwo dietetyczne	rehabilitacja
poradnictwo prawne	rzecznictwo
poradnictwo psychologiczne	specjalistyczne usługi opiekuńcze
poradnictwo rodzinne	superwizja (dla osób pomagających)
porady lekarskie (ze strony psychiatrów i innych specjalistów)	szkolenia w zakresie rozwoju zainteresowań lub kompetencji profesjonalnych

---

Ten dość bogaty katalog usług, z których można przygotować zestaw, który jest potrzebny danemu Pacjentowi, nie oznacza, że CZP ma dysponować tymi wszystkimi usługami. Oznacza to jednak, że CZP musi znać potencjał lokalny, wiedzieć, kto i w jakim podmiocie realizuje rozmaite usługi, które mogą przydać się w zdrowieniu swoich Pacjentów. Badanie tego potencjału odbywa się w toku diagnozy społecznej, o której będzie mowa w dalszej części rozdziału.

Podsumowując, katalog usług społecznych jest otwarty. O ich tworzeniu decyduje potrzeba społeczna. Pomysłowość na inicjowanie nowych usług jest ograniczona praktycznie wyłącznie posiadanymi zasobami, w tym finansowymi. Należy jednak pamiętać, że zakres usług społecznych musi być ściśle związany ze zdiagnozowanymi potrzebami interesariuszy.

Często zakres usług jest związany z możliwością pozyskania środków finansowych, grantów, dotacji, co nie zawsze oznacza właściwe zdiagnozowane potrzeby. Jest to grzech pierwotny systemu polityki społecznej i podłączenia jego finansowania do pieniędzy strukturalnych. Może to oznaczać konieczność realizacji projektów i finansowanie usług bez wcześniejszego upewnienia się, że będą na nie odbiorcy. Szczególnie mocno taka sytuacja dotyka organizacje pozarządowe, które mają zapewnioną ciągłość finansowania swoich działań w perspektywie krótkoterminowej (przez rok, maksymalnie dwa lata).

W organizowaniu finansowania usług należy pamiętać, że mogą one być dla odbiorcy bezpłatne, częściowo odpłatne lub w pełni płatne, o ile nie ma przeciwwskazań do tego w zapisach dokumentów systemowych, współfinansujących te usługi. O fakcie odpłatności i jej zakresie decyduje wtedy sam podmiot, uwzględniając przy tym sytuację na rynku usług, dostępność i koszty.

Rolą realizatora usług społecznych jest zapewnienie oferty minimum, zbadanie, jakie dodatkowe usługi są potrzebne, znalezienie funduszy na ich realizację oraz odpowiedniej

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

kadry specjalistów. Są to wyzwania kluczowe dla nieustannego rozwoju systemu usług społecznych realizowanych przez Centrum.

### **Rola diagnozy lokalnej w organizowaniu usług na rzecz osób z zaburzeniami i w kryzysach psychicznych**

Diagnozowanie w naukach społecznych jest w mniejszym lub większym stopniu warunkiem racjonalnego, czyli skutecznego działania. Jest wykorzystywane w wielu różnych dziedzinach życia społecznego – w edukacji, działalności wychowawczej, terapii, profilaktyce, resocjalizacji, we wszelkiego rodzaju poradnictwie psychologicznym, prawnym, pedagogicznym, zawodowym, w każdej działalności pomocowej, organizatorskiej i animacyjnej. Działalność diagnostyczna stanowi podstawę każdej decyzji dotyczącej konieczności lub potrzeby zmiany czyjejs sytuacji życiowej. Każda diagnoza ma w sobie element decyzyjny.

Diagnoza jest zawsze procesem badawczym, mającym charakter celowościowy. Celem diagnozy jest poznanie pewnego wycinka rzeczywistości społecznej, opisanie i objaśnienie go, aby móc określić, jak daną rzeczywistość przekształcić w stosunku do postulowanego, pożądanego stanu rzeczy. Diagnozujemy zatem po to, ażeby zmieniać.

W działalności CZP można mówić o dwóch rodzajach diagnoz. Pierwszy rodzaj obejmuje diagnozę Pacjenta, która jest elementem każdej usługi specjalistycznej realizowanej przez psychologa, pedagoga czy psychiatrę. Drugi rodzajem jest diagnoza społeczna, która stanowi kluczowe narzędzie w zrozumieniu i kształtowaniu dynamiki społecznej, co pozwala na tworzenie bardziej celowych, skutecznych i odpowiednich interwencji społecznych. Diagnoza społeczna przyczynia się do:

- zrozumienia sytuacji społecznej. Diagnoza społeczna pozwala na głębokie zrozumienie aktualnych warunków i problemów występujących w społeczności lub grupie. Zawiera analizę potrzeb, zasobów, wartości i wyzwań, z jakimi boryka się dana społeczność.
- planowania interwencji i usług. Jest niezbędna do planowania skutecznych i trafnych usług społecznych, działań interwencyjnych, programów społecznych lub inicjatyw mających na celu rozwiązywanie konkretnych problemów społecznych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- tworzenia rozwiązań w ramach lokalnej polityki społecznej. Stanowi podstawę dla formułowania polityk społecznych, strategii rozwojowych i legislacji, które mają na celu poprawę warunków życia społeczności lub adresowanie specyficznych problemów.
- ewaluacji i monitorowania. Umożliwia ocenę istniejących programów społecznych i polityk, pomagając w ustaleniu, czy są one skuteczne i w jakich obszarach wymagają poprawy.
- mobilizacji zasobów. Pomaga w identyfikacji i mobilizacji zasobów dostępnych w społeczności, w tym ludzkich, finansowych, technicznych i naturalnych zasobów.
- podniesienia świadomości i zaangażowania na rzecz diagnozowanych zjawisk. Sprzyja podnoszeniu świadomości na temat istotnych kwestii społecznych i angażuje różne grupy społeczne – od mieszkańców po decydentów – w dialog i działania na rzecz zmiany.
- zapobiegania problemom. Dzięki wczesnemu identyfikowaniu problemów społecznych i tendencji, diagnoza społeczna może pomóc w zapobieganiu poważniejszym problemom społecznym zanim się one rozwiną.

Przedmiotem postępowania diagnostycznego mogą być:

- potrzeby interesariuszy – zakres potrzebnego wsparcia, sposób przeżywania problemów, trudności i ograniczeń zarówno przez osoby w kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychicznymi, jak i ich otoczenia rodzinnego, sąsiedzkiego, towarzyskiego, lokalnego; mówiąc o potrzebach interesariuszy, można również mieć na myśli tych interesariuszy, którzy realizują usługi społeczne – kadr i przedstawicieli zawodów pomocowych.
- problemy społeczne – skala występowania zjawisk problemowych, brak usług, zakresy zaburzeń, zaburzenia współwystępujące, skutki i efekty wysterowania problemów społecznych,
- zasoby znajdujące się w środowisku lokalnym – zasoby, jakimi zarówno dysponują interesariusze (zasoby Pacjentów i ich otoczenia), jak i podmioty publiczne i niepubliczne, obecność usług społecznych w danym środowisku lokalnym.

Planując metodycznie proces diagnostyczny, trzeba brać pod uwagę możliwe źródła danych. Oprócz badań medycznych czy psychologicznych, ważnymi źródłami informacji w





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja zansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

procesie diagnostycznym są przede wszystkim ludzie pośrednio lub bezpośrednio zaangażowani w problem, czyli tzw. system kliencki. Należy jednak pamiętać, że zbierając od nich informacje, nie ma się do czynienia z danymi obiektywnymi, a jedynie z subiektywnymi poglądami i przekonaniami. Proces obiektywizacji informacji powinien być prowadzony przez specjalistów diagnostów.

Innymi możliwymi do wykorzystania źródłami danych mogą być informacje o charakterze statystycznym, ilościowym i jakościowym, takie jak:

- dane urzędowe: statystyki publiczne (pomocy społecznej, policji, oświaty, sądownictwa)
- zbiory danych statystycznych (np. Główny Urząd Statystyczny, Centrum Badania Opinii Społecznej, Ośrodek Badania Opinii Publicznej)
- programy i strategie lokalne (np. gminna, powiatowa, wojewódzka strategia rozwiązywania problemów społecznych; lokalne plany rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, strategie rozwoju gminy/powiatu, inne dokumenty strategiczne, w tym opracowywanie gminnych/miejskich strategii ochrony zdrowia psychicznego, do tworzenia których gminy/powiaty są zobowiązane ustawą o ochronie zdrowia psychicznego)
- sprawozdania i inne dokumenty urzędowe (np. coroczne sprawozdania z działalności, sprawozdania publiczne z realizacji gminnych/powiatowych strategii rozwiązywania problemów społecznych, statystyki publiczne w systemach CAS, POMOST, EMPATIA)
- medialne przekazy informacyjne, źródła medialne, informacje z różnych instytucji
- dane związane z instytucjami ze środowiska lokalnego, np. statuty, regulaminy, raporty ewaluacyjne, sprawozdania, strony www, media społecznościowe
- lokalne bazy danych
- mapy społeczne
- dokumenty osobiste.

W procesie diagnostycznym niezbędne jest różnicowanie, czyli triangulacja.

Uwzględnia ona różnicowanie (1) źródeł, czyli porównywanie danych, pochodzących od różnych osób, z różnych miejsc terenu i z różnego czasu; (2) badaczy, w ramach którego porównuje się wnioski kilku badaczy pracujących na tym samym terenie. Jeśli dwie osoby

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

niezależnie zbierają dane o tym samym problemie i dochodzą do podobnych wniosków, to ich wiarygodność wzrasta. W przeciwnym razie rodzi się podejrzenie, że wnioski odzwierciedlają indywidualne nastawienia badaczy; (3) metod, czyli porównywanie danych zebranych różnymi metodami, np. za pomocą ankiety i otwartego wywiadu; (4) teorii, czyli porównywanie interpretacji danych w różnych perspektywach teoretycznych. Metody, przy pomocy których można realizować proces badawczy wyróżnia podejście ilościowe i jakościowe, których przykłady są podane w tabeli 3.

**Tabela 3**

*Metody najczęściej wykorzystywane w badaniach ilościowych i jakościowych*

Metody ilościowe	Metody jakościowe
analiza danych zastanych ( <i>desk-research</i> ) sondaż diagnostyczny (PAPI <sup>73</sup> , CATI <sup>74</sup> , CAPI <sup>75</sup> , CAWI <sup>76</sup> )	wywiady pogłębione (IDI <sup>72</sup> ) grupy fokusowe (FGI <sup>77</sup> )
analiza zawartości eksperymenty badania longitudinalne badania korelacyjne	badania w działaniu ( <i>action-research</i> ) obserwacja uczestnicząca panel ekspertów analiza treści badanie dokumentów badania narracyjne badania etnograficzne

<sup>72</sup> IDI (*individual in-depth interview*) to jedna z podstawowych technik badań jakościowych. Polega na indywidualnej rozmowie badacza z respondentem. Jej celem jest uzyskanie szczegółowych opinii i informacji od konkretnych osób, spełniających określone przez badacza kryteria doboru próby.

<sup>73</sup> PAPI (*paper and pencil interview*) to najbardziej znany, tradycyjny rodzaj wywiadu osobistego, w trakcie którego ankieter wykorzystuje papierowy kwestionariusz wywiadu, czytając respondentowi pytania i ręcznie zakreślając jego odpowiedzi.

<sup>74</sup> CATI (*computer-assisted telephone interviewing*) to popularna metoda badawcza, w której ankieterzy przeprowadzają badania za pomocą rozmów telefonicznych z wykorzystaniem metody wspomaganego komputerowo, np. za pomocą systemu oprogramowania pobranego na komputer lub urządzenia przenośnego.

<sup>75</sup> CAPI (*computer-assisted personal interview*) to wywiad personalny, wspomagany komputerowo. Badania ilościowe CAPI polegają więc na zadawaniu pytań przez ankietera w czasie spotkania „twarzą w twarz” z respondentem. Odpowiedzi są rejestrowane w systemie komputerowym.

<sup>76</sup> CAWI (*computer-assisted web interview*) to technika zbierania informacji w ilościowych badaniach rynku i opinii publicznej, w której respondent jest proszony o wypełnienie ankiety w formie elektronicznej.

<sup>77</sup> FGI (*focus group interview*) to technika badań jakościowych, polegająca na prowadzeniu dyskusji przez moderatora w grupie celowo dobranych osób (najlepsze efekty daje badanie w grupie min. 6, maks. 12 osób). Dyskusja jest skoncentrowana wokół określonego tematu bądź kilku tematów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Podział metod i ich szczegółowy opis zależy od konkretnych koncepcji metodologicznych i w toku prowadzonej diagnozy społecznej należy odwoływać się do źródeł metodologicznych w celu zapoznania się i zastosowania wybranych metod badawczych.

Dla dobrego efektu diagnostycznego istotne jest prowadzenie działań badawczych w oparciu o założenia diagnozy partycypacyjnej. Diagnoza partycypacyjna to podejście w diagnozowaniu sytuacji społecznych, które aktywnie angażuje członków danej społeczności lub grupy w proces zbierania danych, analizowania ich i formułowania wniosków. Celem tego podejścia jest nie tylko zrozumienie problemu, ale również włączenie osób, które są bezpośrednio dotknięte daną sytuacją problemową w proces diagnozy i planowania rozwiązań. Kluczowe cechy diagnozy partycypacyjnej zawierają się kilku punktach, tj.:

- zaangażowanie społeczności. W diagnozie partycypacyjnej osoby z danej społeczności są nie tylko przedmiotem badania, ale także pełnoprawnymi uczestnikami procesu. Dzielą się one swoimi doświadczeniami, perspektywami i wiedzą, co przyczynia się do bardziej kompleksowego zrozumienia sytuacji.
- współtworzenie wiedzy. Uczestnicy wspólnie z badaczami tworzą wiedzę na temat danej sytuacji społecznej. To podejście zakłada, że mieszkańcy społeczności dysponują unikalną wiedzą, która jest niezbędna do pełnego zrozumienia problemów i możliwości.
- wzmacnianie autonomii i kompetencji. Diagnoza partycypacyjna ma na celu nie tylko zrozumienie problemu, ale także wzmacnianie zdolności społeczności do samodzielnego rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji.
- demokratyzacja procesu badawczego. Otwiera ona proces badawczy na różne głosy i perspektywy, dając uczestnikom realny wpływ na kształtowanie badań i ich wyników.
- długoterminowe zaangażowanie. Diagnoza partycypacyjna często wiąże się z długoterminowym zaangażowaniem w społeczność, co pozwala na lepsze zrozumienie dynamiki i zmian zachodzących w środowisku.
- korekcja działań. Ostatecznym celem diagnozy partycypacyjnej jest nie tylko zrozumienie sytuacji, ale także wspieranie działań, które przyczynią się do pozytywnych zmian społecznych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Dodatkowo optymalną sytuacją dla wykonywania diagnozy jest możliwość otrzymania wsparcia w procesie diagnostycznym ze strony specjalistów, ekspertów, przedstawicieli środowiska naukowego, którzy posiadają doświadczenie w prowadzeniu procesów diagnostycznych w kontekście społecznym. W sytuacji dokonywania diagnozy społecznej własnymi zasobami dobrze jest pogłębić to zagadnienie w oparciu o istniejące źródła tematyczne (Babbie, 2004, Babbie, 2013; Frankfort-Nachmias i Nachmias, 2001; Kotlarska-Michalska, 1999; Schimanek, 2015; Skowrońska, 2013; Szatur-Jaworska, 2014).

W prowadzeniu diagnozy społecznej należy pamiętać, że w prowadzeniu działań diagnostycznych bardzo pomagają zbudowane partnerstwa społeczne, w których z jednej strony można zdobywać potrzebną do diagnozowania wiedzę, a z drugiej dzielić się zadaniami związanymi z prowadzeniem działań diagnostycznych. Istniejące i powstające koalicje mogą poprzez wspólne diagnozowanie wypracowywać przy okazji wspólne cele, które partnerskie podmioty chcą realizować po uzyskaniu wyników diagnozy.

Podsumowując, diagnoza społeczna powinna być procesem zaplanowanym, co daje gwarancję sprawnego i rzetelnego jej przeprowadzenia, powinna być również partycypacyjna. Powinna dotyczyć potrzeb, zasobów i problemów. Ma być triangulacyjna (oparta na zróżnicowaniu źródeł, badaczy, metod, teorii). Ma pokazywać potencjał usługodawczy danego środowiska lokalnego i zapotrzebowanie na nowe usługi. Zakres badania powinien być dostosowany do jego celów, ale też być możliwie szeroki, gdyż im więcej zbadamy, tym precyzyjniejszy obraz zjawiska wyłoni się z uzyskanych wyników. Należy wykorzystywać jedynie te dane, które są przydatne z punktu widzenia celów diagnozy. Istotne jest określenie zasobów czasowych, instytucjonalnych, ludzkich i finansowych, które możemy wykorzystać do przeprowadzenia diagnozy, gdyż determinują one możliwości jej realizacji. Wyniki diagnozy powinny być przeanalizowane i opatrzone wnioskami i rekomendacjami oraz opracowane w postaci raportu.

### **Partnerstwo lokalne pomiędzy podmiotami publicznymi i niepublicznymi**

Każde partnerstwo lokalne jest partnerstwem społecznym i rządzą nim zasady związane z dynamiką procesów społecznych. (Gilejko i Błaszczuk, 2009). Ugruntowanie działalności CZP w zaangażowaniu w partnerstwa lokalne stanowi kolejny ważny czynnik sukcesu tych



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

podmiotów w prowadzonej działalności Centrum. Partnerstwa lokalne to regularna i stała współpraca pomiędzy różnymi podmiotami publicznymi i niepublicznymi na poziomie lokalnym, takimi jak jednostki organizacyjne pomocy społecznej, jednostki samorządu terytorialnego, reprezentacje instytucji centralnych, organizacje pozarządowe, przedsiębiorstwa, instytucje edukacyjne, instytucje wyznaniowe czy grupy obywatelskie. Ich celem jest wspólne rozwiązywanie problemów społecznych, gospodarczych i środowiskowych, a także promowanie rozwoju lokalnego, w tym, nawiązując do zadań CZP, promocja działań na rzecz osób z zaburzeniami i w kryzysach psychicznych.

Poniżej przedstawiono kilka kluczowych powodów, dla których partnerstwa lokalne są ważne wraz z ich znaczeniem.

- Wspieranie rozwoju lokalnego. Partnerstwa lokalne pozwalają na skoordynowane działania w celu promowania rozwoju społeczno-gospodarczego na poziomie lokalnym, takie jak tworzenie miejsc pracy, wsparcie dla lokalnych przedsiębiorstw czy rozwój infrastruktury.
- Rozwiązywanie lokalnych problemów. Łącząc różnorodne zasoby i kompetencje, partnerstwa są bardziej efektywne w identyfikowaniu i rozwiązywaniu specyficznych lokalnych wyzwań, takich jak ubóstwo, bezrobocie czy problemy środowiskowe.
- Wzmocnienie społeczności lokalnych. Partnerstwa lokalne mogą wzmacniać poczucie wspólnoty, poprawiać komunikację między różnymi grupami społecznymi i instytucjami, a także promować aktywne obywatelstwo i partycypację społeczną.
- Poprawa dostępu do zasobów i usług. Współpraca międzysektorowa umożliwia lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów, efektywne dzielenie się wiedzą i doświadczeniem, a także zapewnia łatwiejszy dostęp do różnych usług dla mieszkańców.
- Rozwój innowacji i kreatywności. Partnerstwa lokalne sprzyjają wymianie pomysłów i innowacyjnym rozwiązaniom, co może przyczyniać się do tworzenia nowych produktów, usług czy metod pracy.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Zrównoważony rozwój. Poprzez współpracę różnych podmiotów, partnerstwa lokalne mogą przyczynić się do realizacji celów zrównoważonego rozwoju, balansując potrzeby ekonomiczne, społeczne i środowiskowe.
- Adaptacja do zmian i wyzwań. Partnerstwa lokalne pozwalają na szybszą i bardziej elastyczną reakcję na zmieniające się okoliczności, takie jak kryzysy ekonomiczne, zmiany klimatyczne czy zmiany demograficzne.
- Budowanie siły negocjacyjnej i wpływu. Zjednoczone grupy i instytucje mogą mieć większy wpływ na decyzje podejmowane na wyższych szczeblach administracji, co może przekładać się na lepsze finansowanie projektów lokalnych czy wpływanie na kształtowanie polityki regionalnej lub krajowej.

W rezultacie partnerstwa lokalne odgrywają kluczową rolę w budowaniu silnych, zrównoważonych i żywotnych społeczności lokalnych, przyczyniając się do poprawy jakości życia mieszkańców oraz promowania ogólnego rozwoju lokalnego. Z kolei w takich silnych partnerstwach możliwe jest wzajemne wsparcie w osiągnięciu celów organizacyjnych we współpracy z innymi podmiotami, w tym w organizowaniu usług społecznych, budowaniu skutecznych ścieżek pomocy indywidualnemu Pacjentowi, aplikowanie o wspólne środki finansowe, podejmowanie innowacyjnych inicjatyw w środowisku lokalnym, czyli w tych działaniach, które powinno prowadzić CZP po to, aby odnieść sukces swojej działalności.

Cechą nawet najbardziej aktywnych społeczności lokalnych może być fakt, że podmioty (publiczne, pozarządowe, prywatne) funkcjonujące na jednym terytorium, nawet przez kilka lub kilkanaście lat, nie wiedzą nawzajem o swojej działalności lub o wzajemnym istnieniu. Jest to swoisty paradoks i żeby móc w ogóle podjąć inicjatywę tworzenia partnerstwa należy najpierw podjąć działania, które będą miały na celu zapoznanie się z działalnością, kadrami, możliwościami i zasobami wszystkich podmiotów lokalnych. Można to zrobić w logice podmiotów, których działalność oscyluje wokół wspólnych tematów lub w szerszej formule międzysektorowej, np. wszystkich podmiotów, których celem jest udzielanie pomocy potrzebującym, bez względu na profil Pacjenta. Jeśli inicjatywę tworzenia partnerstwa podejmowałoby CZP to można zacząć od zaproszenia do zapoznania się z ofertą ze strony tych podmiotów, które nawet w jakimś stopniu mają w swojej działalności przestrzeń na pomaganie osobom w kryzysach i z zaburzeniami psychicznymi.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

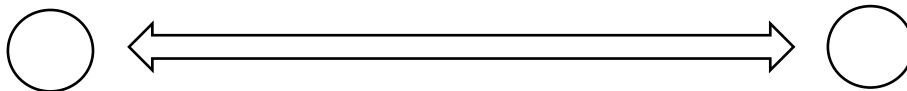
- Wyłaniają się w ten sposób dwa podstawowe typy partnerstw: szerokie – dedykowane wspólnym celom działalności wchodzących w skład partnerstwa podmiotów, czyli np. pomagania ludziom, edukacji, zdrowia, sportu
- wąskie – dedykowane rozwiązywaniu jednego wspólnego problemu społecznego (np. kwestii zdrowia psychicznego).

Można również decydować się na partnerstwa:

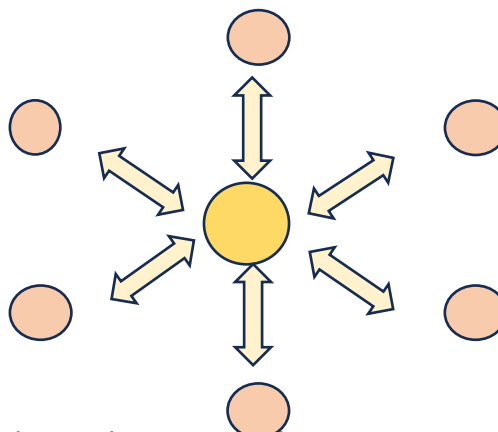
- różnorodne obejmujące przedstawicieli rozmaitych sektorów (publicznego, pozarządowego, prywatnego, obywatelskiego) lub obszarów polityki społecznej (np. zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, sportu, mieszkalnictwa)
- jednorodne uwzględniające przedstawicieli jednego sektora, np. tylko instytucji publicznych, samorządowych lub wyłącznie organizacji pozarządowych czy podmiotów prywatnych.

Partnerstwa społeczne mogą przybierać kilka formuł:

- diada – partnerstwo danego podmiotu (np. CZP) z innym podmiotem (publicznym, niepublicznym, z tego samego resortu, z innego resortu)



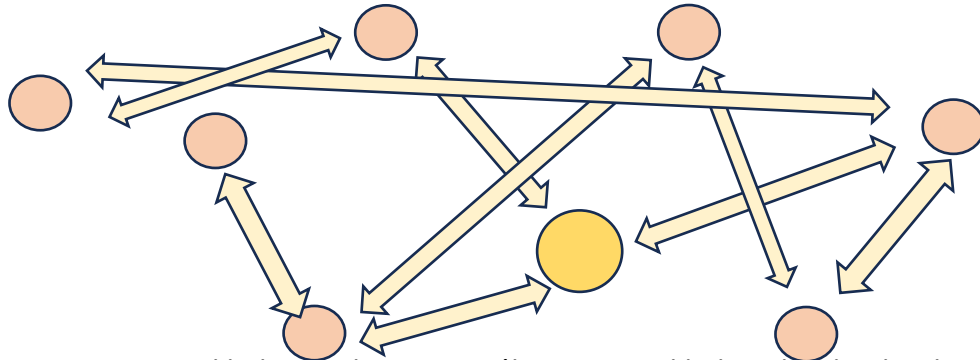
- gwiazda – partnerstwo jednego podmiotu (np. CZP) z kilkoma innymi podmiotami, które nie są ze sobą powiązane poza podmiotem inicjującym



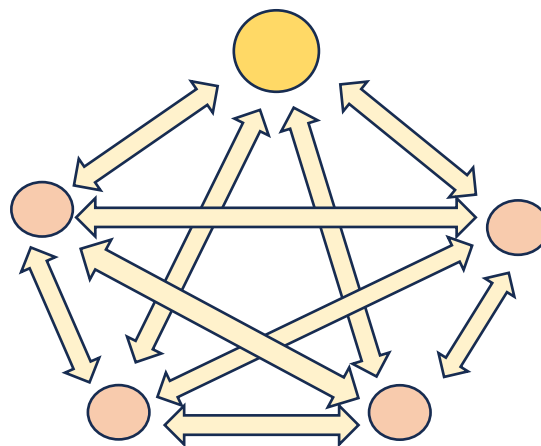
- sieć – w tym układzie podmioty wchodzą w partnerstwo według zasady „niektórzy z niektórymi”



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)



- pajęczyna – w tym układzie podmioty współpracują w układzie „każdy z każdym”.



Najlepszym sposobem na zainicjowanie partnerstwa jest zorganizowanie otwartego spotkania, na które można zaprosić przedstawicieli podmiotów według logiki partnerstwa jednorodnego albo różnorodnego i stworzyć przestrzeń i okazję do prezentacji działalności. Nie bez znaczenia jest atmosfera takiego spotkania, utrzymanie odpowiedniej dynamiki i stworzenie przestrzeni do tego, żeby uczestnicy się polubili, dobrze się ze sobą czuli i wyrażali chęć kolejnych spotkań. W tworzeniu partnerstw czynnik ludzki jest niezwykle ważny i decydujący o sukcesie współpracy. O sukcesie partnerstwa, poza względami merytorycznymi, wspólnymi celami i dostrzeganiem wspólnych korzyści, decydują takie umiejętności, jak umiejętność zarządzania procesem grupowym, mediowanie, rozwiązywanie konfliktów, umiejętności prezentacyjne, organizacyjne i koordynacyjne.

Dla osób zainteresowanych szczegółowymi wskazówkami tworzenia partnerstw można skorzystać i polecić sprawdzone procedury i wskazówki praktyczne, związane z metodyką





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Organizowania Społeczności Lokalnej (OSL), w której kwestia partnerstw jest jednym z narzędzi budowania sprawnych społeczności (Bąbska i in., 2014; Bąbska i Rymsza, 2004).

W celu skutecznego organizowania i udziału w partnerstwie dobrze jest pamiętać o kilku zasadach. Po pierwsze, wszyscy partnerzy mają brać w nim udział dobrowolnie i móc się wycofać na każdym etapie jego działania. Po drugie, wszyscy partnerzy są równi wobec siebie, nie ma lepszych i gorszych, mniejszych i większych graczy lokalnych. Dla podkreślenia tej zasady można wprowadzić rotacyjnego lidera lub rotacyjne miejsca do organizacji spotkań. Każdy partner ma swoje zasoby i fakt, że chce brać udział w pracach partnerstwa świadczy o tym, że w pewnym momencie jego zasoby dla pracy partnerstwa zostaną użyte. Doświadczenie uczy, że jeśli ktoś ma podwójne intencje (jawne i ukryte) prędzej czy później zostanie przez pozostałych członków partnerstwa skonfrontowany i jeśli nie zmieni swoich intencji udziału w partnerstwie, odejście lub zostanie z niego wyproszony.

Kolejną zasadą jest troska o każdego z partnerów podczas wymiany zdań, prowadzonych dyskusji, we wspólnych działaniach. Zasada, że razem możemy więcej niż w pojedynkę, przy trosce o siebie nawzajem może spowodować trwałość i ciągłość partnerstwa.

Lepiej działają partnerstwa inicjowane i organizowane oddolnie, siłami i zasobami środowiska lokalnego niż te, które są organizowane odgórnie przez władze samorządowe, instytucje publiczne lub wokół pozyskiwania i wydawkowania środków finansowych. Doświadczenie uczy, że jeśli partnerstwa powstają na potrzeby wspólnych projektów to prędzej czy później dochodzi do konfliktów i trzeba bardzo uważnie pilnować procesu współpracy. Z kolei, jeśli w pozyskiwanie i wydawanie środków angażuje się partnerstwo już istniejące, które miało czas i możliwość wypracowania stabilnych relacji, a przede wszystkim zaufania, to wspólna realizacja projektów nie niszczy współpracy.

Podsumowując, jeśli nie funkcjonuje żadne partnerstwo lokalne na terenie działania CZP pracownicy CZP mogą je zainicjować i rozwijać. Tworzenie partnerstwa można oprzeć na metodyce OSL. Dla skuteczności działań CZP dobrze jest współpracować z innymi podmiotami, które działają w szeroko pojętym wsparciu zdrowia psychicznego takich jak szkoły, ośrodki zdrowia, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowej, inne organizacje pozarządowe, Środowiskowy Dom

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja  
zsansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Samopomocy (ŚDS), Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ), podmioty ekonomii społecznej i in.  
Dobrym punktem wyjścia dla budowania partnerstwa jest zasada „coś za coś”

Dobrze jest dołączyć do partnerstw działających w obszarze polityki społecznej w gminie/powiecie. Partnerzy dzielą się korzyściami wynikającymi z osiągnięcia wspólnych celów. Kompetencje i zasoby wnoszą wszyscy partnerzy. Ryzyko i koszty ponoszą wspólnie partnerzy. Lepiej mieć partnerstwo dla partnerstwa niż dla działań projektowych.

### **Koordynowanie ścieżkami pomocy**

Największym wyzwaniem dla realizatora usług społecznych jest koordynowanie ścieżki pomocy Pacjentowi lub bycie częścią większego systemu koordynującego usługami społecznymi na terytorium działalności Centrum. Ten aspekt realizowania usług społecznych na etapie ich rozwoju i systemowego funkcjonowania nadal pozostaje w sferze wyzwań i proponowania innowacyjnych rozwiązań. Nie ma rozstrzygniętych systemowo kwestii koordynowania i organizowania usług w środowisku otwartym. Od kilkunastu lat w obszarze wsparcia społecznego mowa jest o usługach społecznych, ale w tamtym okresie ich koordynacją zajmowały się ośrodki pomocy społecznej i te zadania wykonywały w sposób „partyzancki” – bez wskazówek, wytycznych, standardów i przy swoim zaangażowaniu wykraczającym poza obowiązki ustawowe.

Od 2019 roku, w związku z wprowadzeniem ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych<sup>78</sup>, rolę koordynatorów usług społecznych w gminach mogły przejąć CUS, które mogą mieć zasięg gminny lub ponadgminny. Tych ostatnich w Polsce na razie nie utworzono, natomiast te pierwsze w skali całego kraju liczą ponad 50 placówek (przy ponad 2400 gminach). Powstawały one albo niezależnie od działalności OPS, albo zastępując je i wchłaniając w swoje struktury. Jak pokazują pilotażowe programy wdrożeniowe CUS nie są dobrym rozwiązaniem dla OPS na terenach wiejskich, gdyż koszty związane z przekształcaniem, zatrudnianiem kadry oraz uruchamianiem usług nie są do przyjęcia w budżetach małych gmin. Z kolei zakładanie ponadgminnych CUS składających się z zasobów małych OPS powoduje problemy z umowami finansowymi, realizowanymi przez poszczególne gminy, co rodzi opór i niechęć do takiego rozwiązania.

---

<sup>78</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001818>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W związku z tym rozpoczyna się w Polsce dyskusja nad tym, żeby role koordynacji usługami społecznymi przyznać powiatom, co wsparłoby małe ośrodki gminne i pozwoliło na tworzenie bardziej zróżnicowanych i dostępnych systemów usług społecznych realizowanych na większym obszarze terytorialnym, jakim jest powiat. Do tego, od 2023 roku wchodzi w życie wytyczne dla gmin, powiatów i regionów, żeby opracowywać lokalne plany deinstytucjonalizacji/rozwoju usług społecznych, co umożliwi z jednej strony zdiagnozowanie kapitału usługodawczego i „białych plam”, z drugiej pozwoli na wzbogacenie oferty różnego typu systemów pomocowych o usługi realizowane przez wszystkie podmioty z danego obszaru. Plany pokażą też, jakich usług społecznych potrzebują mieszkańcy małych i większych środowisk lokalnych (gmin i powiatów). Rozwój usług społecznych jest faktem i wygląda na to, że może być stałym kierunkiem decydującym o rozwoju systemów pomocowych. Wskazaniem byłoby zaangażowanie się CZP we współtworzenie tych lokalnych planów rozwoju usług społecznych/deinstytucjonalizacji ze względu na wagę kwestii zdrowia psychicznego dla mieszkańców gmin/powiatów.

Obecnie problemy koordynacji sprowadzają się do następujących wyzwań.

- Brak wzajemnej wiedzy o działaniach podmiotów świadczących usługi społeczne w określonym środowisku lokalnym. Często zdarza się, że podmioty zamykają się w swoich „bańkach”, skupiając się wyłącznie na pozyskiwaniu środków, Pacjentów i utrzymywaniu własnej działalności, nie rozglądają się po najbliższej okolicy i nie podejmują wysiłku przeprowadzenia kwerendy dostępności innych usług społecznych, które mogłyby uzupełnić ofertę danego podmiotu.
- Brak lub niskie kompetencje do koordynowania lokalnym systemem usług. Wiąże się to m.in. z umiejętnością diagnozowania potrzeb i zasobów, tworzeniem koalicji i partnerstw wokół rozwoju usług społecznych, tworzeniem baz podmiotów i usług, udostępnianiem informacji o możliwych do uzyskania przez mieszkańców usługach, pozyskiwaniem środków finansowych na inicjowanie nowych usług, strategicznym myśleniem i planowaniem, negocjowaniem z władzami, działaniami promocyjnymi na rzecz upowszechnienia idei usług.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Brak przypisanej roli koordynatora usług na terenie gminy, na której nie ma CUS lub na terenie powiatu.

Koordinacja usługami społecznymi oznacza (1) zbudowanie systemu rozwoju usług społecznych oraz (2) stworzenia ścieżek pomocy indywidualnym Pacjentom. Pierwszy aspekt wymaga obszerniejszej analizy i nie jest do końca zadaniem CZP, tylko innych podmiotów w środowisku lokalnym, którym systemowo przypisana zostanie ta rola (CUS, PCPR) lub zostanie im zlecone takie zadanie w ramach podzlecania zadań publicznych podmiotom niepublicznym. Te rozwiązania, poza CUS, pozostają w sferze dyskusji.

Z kolei w drugim aspekcie, w celu skutecznej pomocy Pacjentowi należy wypracować indywidualną ścieżkę pomocy. Każda ścieżka pomocy jest dostosowana do konkretnego odbiorcy w zależności od rozpoznania, potrzeb, zasobów i sytuacji Pacjenta. W realizowaniu ścieżki pomocy należy uwzględnić konstytucyjną zasadę pomocniczości (subsydiarności), w której chodzi o zachowanie kolejności oddziaływań i interwencji. Po zdiagnozowaniu potrzeb, problemów, możliwości i zasobów indywidualnego Pacjenta buduje się taką ścieżkę pomocy, w której najpierw wykorzystana się cały dostępny Pacjentowi potencjał indywidualny – jego osobiste kompetencje, umiejętności, motywację, zasoby osobiste. Po wyczerpaniu tego pierwotnego źródła wsparcia sięga się po zasoby jego najbliższego otoczenia – rodziny, przyjaciół, sąsiadów, otoczenia społecznego związanego ze środowiskiem zamieszkania, w tym m.in. pomocy organizacji pozarządowych, grup samopomocowych, organizacji religijnych. Dopiero po zakończeniu możliwości pomocy w tych źródłach wsparcia (pomoc wtórna) wkracza pomoc ze strony organów samorządu i państwa, czyli pomoc publiczna (pomoc ostateczna). CZP działają na pograniczu wtórnego systemu pomocowego i ostatecznego.

1. Z zachowaniem porządku udzielania pomocy będą wiązać się kwestie koordynowania ścieżki pomocy, która w zależności od sposobu zorganizowania usług w Centrum może przybrać dwa oblicza: (1) wewnętrzna ścieżka pomocy – wykorzystująca zasoby wewnętrzne CZP oraz (2) zewnętrzna ścieżka pomocy – czyli kompleksowa oferta usług w Centrum i w środowisku lokalnym, w szerszym systemie koordynacji na poziomie gminy/powiatu.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W opcji pierwszej Pacjent otrzymuje usługi w oparciu o stworzoną w Centrum ofertę – począwszy od mobilnego zespołu diagnostycznego poprzez wsparcie psychologa, psychiatry, terapeuty środowiskowego, asystenta zdrowienia, psychoterapeuty, pobytu na oddziale dziennym. W przypadku oferty rozbudowanej dochodzą możliwości korzystania z warsztatów terapii zajęciowej, ŚDS czy wsparcia w aktywizacji zawodowej (klubu pracy, trenera zatrudnienia wspomaganego) i innych specjalistów, którzy zostaną uznani przez koordynatorów Centrum za potrzebnych, np. mediatora, prawnika, coacha, terapeutę rodzinnego.

Koordinacja tymi usługami uzależniona jest od wdrożonego wewnątrz systemu zarządzania usługami, poziomu finansowania, dostępności kadry, ale przede wszystkim rozpoznanych potrzeb Pacjentów. Każde Centrum testuje i modyfikuje swoje ścieżki udzielania pomocy swoim Pacjentom i ostatecznie uwzględnia powyższe czynniki w zarządzaniu personelem udzielającym usług społecznych. Należy zastrzec, że system koordynowania wewnętrzną ścieżką pomocy nie może być ustalony raz na zawsze, musi być elastycznie modyfikowany w związku ze zmieniającymi się potrzebami Pacjentów oraz innymi czynnikami zewnętrznymi, takimi jak np. poziom finansowania, rotacja personelu i brak specjalistów, obecność podobnych usług w środowisku lokalnym czy też nasycenie konkretną usługą, co prowadzi do braku zainteresowania nią.

Opcja druga – połączenie wewnętrznej ścieżki pomocy z zasobami zewnętrznymi – wymaga z jednej strony dokonania kwerendy zasobów, z czym wiąże się odsyłanie Pacjentów do innych podmiotów, a z drugiej strony włączenia własnych działań CZP w partnerstwo lokalne, co często oznaczać będzie konieczność zainicjowania takiego partnerstwa na rzecz wsparcia osób w kryzysach i z zaburzeniami psychicznymi. Sytuacją niezwykle pożyteczną dla Pacjentów CZP jest skuteczne i efektywne zintegrowanie działalności Centrum z aktywnościami innych podmiotów. Kwestia koordynowania ścieżki pomocy indywidualnego Pacjenta musi być, w sytuacji opierania się na zasobach partnerstwa, wypracowana i ustalona w ramach jego współpracy.

Ponieważ systemy koordynacji usługami są obecnie w poszczególnych środowiskach wypracowywane i właśnie koordynacja jest największym wyzwaniem dla każdego realizatora

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

usług – w tym CZP – to powyższa propozycja jest jedynie jedną z propozycji, której wdrożenie warto rozważyć.

Podsumowując, potrzebna jest wewnętrzna koordynacja usług CZP, czyli trzeba ustalić ścieżki pomocy na podstawie potencjału własnego Centrum. Do tej ścieżki trzeba dołączyć ofertę innych podmiotów – publicznych i niepublicznych. Nie można włączać się w zewnętrzny system usług społecznych bez zaangażowania w partnerstwa lokalne. Pożądane jest wypracowanie systemu koordynacji usług na poziomie gminy (CUS) lub powiatu (ew. PCPR) – a jeśli to się dzieje, można brać w tym czynny udział. Kluczem do koordynacji jest wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za koordynowanie i współpracę z tym podmiotem.

### Zarządzanie informacją w Centrum Zdrowia Psychicznego

Zarządzanie informacją to proces planowania, organizowania, kontrolowania, przechowywania, przetwarzania i dystrybucji informacji w organizacji lub systemie (Borowiecki i Czekaj, 2012). Jest to kluczowy aspekt skutecznego funkcjonowania organizacji, ponieważ informacje stanowią ważny zasób, który wpływa na podejmowanie decyzji, komunikację, innowacje i efektywność działań. Poniżej przedstawiono wybrane kluczowe aspekty zarządzania informacją w CZP.

- **Zbieranie informacji.** Polega na identyfikowaniu, gromadzeniu i zapisywaniu informacji z różnych źródeł zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Mogą to być dane dotyczące Pacjentów, pracowników, procesów pomocowych, rynku usług społecznych, informacje odnośnie do innych podmiotów pomocowych.
- **Przechowywanie i ochrona informacji.** Obejmuje odpowiednie organizowanie i archiwizowanie informacji w taki sposób, aby były łatwo dostępne, zabezpieczone przed utratą czy nieautoryzowanym dostępem, a także zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi, w tym z RODO. Zapewnienie bezpieczeństwa polega na jej ochronie w sensie fizycznym (np. przed zniszczeniem), jak i wirtualnym (np. przed hakerami, utratą danych). Ochrona informacji obejmuje również zarządzanie dostępem i poufnością.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- **Przetwarzanie informacji.** Dotyczy analizy i interpretacji informacji w celu uzyskania z niej wartościowych wniosków. Proces ten może obejmować analizę danych, generowanie raportów, tworzenie statystyk czy modelowanie.
- **Rozpowszechnianie informacji.** Ważne, aby informacje były dostępne dla osób, które ich potrzebują, w odpowiednim czasie i miejscu. Może to obejmować komunikację wewnętrzną w CZP, raportowanie, prezentacje czy publikacje informacyjne.
- **Dokumentacja procesów.** Tworzenie i utrzymywanie dokumentacji procesów, procedur i polityk związanych z zarządzaniem informacją. To pomaga w zapewnieniu spójności, zgodności i skuteczności działań CZP.
- **Wykorzystywanie technologii informacyjnych.** Polega na wykorzystywaniu odpowiednich narzędzi, systemów informatycznych i technologii informacyjnych do efektywnego zarządzania informacją. Można korzystać z programów występujących na rynku, np. systemów CRM (*Customer Relationship Management*), systemów ERP (*Enterprise Resource Planning*), systemów zarządzania treścią (CMS; *Content Management System*) albo zamówić stworzenie technologii zarządzającej informacją, stworzonej na indywidualne zapotrzebowanie CZP.
- **Tworzenie kultury organizacyjnej.** Kształtowanie kultury organizacyjnej, która promuje odpowiedzialność, przejrzystość, współpracę i wartości związane z bezpieczeństwem informacji. Elementem tej kultury jest również zbudowanie systemu przekazywania informacji pomiędzy pracownikami podmiotu, a także troska o to, jakie informacje udostępniane są na zewnątrz.
- **Budowanie wizerunku podmiotu.** Polega na przemyślanym i celowym zbudowaniu obrazu CZP, który będzie funkcjonował w świadomości społecznej, np. za pośrednictwem strony www, mediów społecznościowych, komunikacji elektronicznej i w kontaktach telefonicznych.

Skuteczne zarządzanie informacją przyczynia się do lepszej efektywności organizacji, podejmowania bardziej trafnych decyzji, poprawy komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej oraz zwiększenia innowacyjności. W erze informacyjnej, umiejętność zarządzania informacją staje się kluczowym elementem sukcesu organizacji.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Promocja działań w CZP może obejmować różnorodne strategie i działania, mające na celu informowanie, edukowanie i angażowanie społeczności w kwestie zdrowia psychicznego. Wśród działań, które może podejmować CZP w ramach zarządzania informacją należy uwzględnić:

- stworzenie rozmaitych procedur i regulaminów, które mają uporządkować procedury pomocowe, zakres wykorzystywanych danych, strategię ujawniania lub nieujawniania informacji, zakres ochrony danych osobowych zgodny z wytycznymi ustawy o RODO, sposoby przekazywania informacji (horyzontalnie i wertykalnie) w celu zbudowania spójnego systemu przepływu informacji wewnątrz podmiotu.
- stworzenie strony www, profili na mediach społecznościowych oraz ustalenie, kto może się w imieniu podmiotu wypowiadać wobec mediów i innych organów, które proszą o informacje o działalności w celu zbudowania spójnego wizerunku i marki w świecie zewnętrznym.
- ustalenie strategii promowania działań, czyli w jaki sposób, przy użyciu jakich metod, wobec kogo, w jakim czasie, z jakimi zakładanymi rezultatami. Należy zastanowić się nad projektem takiej promocji i podejść do tego zagadnienia kompleksowo, być może nawet wykorzystując do tego specjalistów od promocji i działań PR. Wśród działań o charakterze promocyjnym mogą być kampanie społeczne, wydarzenia naukowe, działania profilaktyczne i in.

Prowadzenie takich działań profilaktycznych, edukacyjnych i antydyskryminacyjnych we współpracy z innymi organizacjami pozarządowymi, grupami samopomocowymi i parterami publicznymi może przyczynić się do szerszej skali oddziaływania i większej skuteczności.

Promocja w CZP powinna być ukierunkowana na konkretne potrzeby społeczności, uwzględniając różnorodność grup oraz kulturowe i społeczne konteksty. Skuteczna promocja powinna być interaktywna, angażująca społeczność i odpowiadająca na konkretne wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym w danym środowisku. To prowadzi do ostatecznego czynnika sukcesu CZP, czyli jego roli eksperckiej w środowisku lokalnym.

Podsumowując, świadome zarządzanie informacją jest kluczowe dla właściwego wykorzystywania informacji, przetwarzania i ochrony zgodnie z przepisami prawnymi,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja  
zsansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

budowania wizerunku CZP, a także wytworzenia skutecznej kultury organizacyjnej oraz rozwijania działalności CZP zgodnie ze zmieniającą się rzeczywistością społeczną.

Zarządzanie informacją jest procesem o charakterze strategicznym i powinno być organizowane poprzez określone procedury i we współpracy ze specjalistami z obszaru PR, promocji i in.

Konsekwencjami niewłaściwego zarządzania informacją mogą być: strata danych, złe decyzje związane z rozwojem CZP, naruszenie bezpieczeństwa danych, brak zgodności z przepisami prawa, złe relacje z Pacjentami CZP, nieefektywne wykorzystanie danych, wysokie koszty naprawcze, zła kultura organizacyjna, utrata reputacji, problemy z kontrolami.

### **Ekspercka rola Centrum Zdrowia Psychicznego**

Ostatnim czynnikiem sukcesu, jednocześnie najtrudniejszym do realizacji ze względu na kompetencyjny, a nie wskaźnikowy charakter tego czynnika, jest ekspercka rola CZP. Wymaga to posiadania przez specjalistów kompetencji w inicjowaniu działań/badań na rzecz zdrowia psychicznego. Te działania to m.in. tworzenie możliwości realizowania usług w środowiskach ich pozbawionych (tzw. białe plamy) zgodnie z potrzebami mieszkańców objętych pomocą CZP.

Niemniej celem nadrzędnym działania Centrum z punktu widzenia usług społecznych jest zmiana postrzegania osób w kryzysach i z zaburzeniami psychicznymi w społecznej percepcji otoczenia społecznego oraz przekonywanie instytucji pomocowych, jednostek samorządu terytorialnego oraz organów centralnych do podejmowania działań na rzecz tych osób. Działania eksperckie mogą polegać na:

- prowadzeniu działalności naukowej i upowszechniającej – organizowanie konferencji i innych wydarzeń naukowych (debat, seminariów), żeby zapoznawać przedstawicieli środowiska naukowego i praktyków na temat skali problemów, możliwych rozwiązań; prowadzeniu badań naukowych na temat skuteczności stosowanych rozwiązań przez CZP; tworzeniu i publikowaniu tekstów naukowych upowszechniających wyniki badań lub innych skutecznych implementacji

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansa na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- organizowaniu szkoleń i warsztatów dla przedstawicieli różnych środowisk, mających kontakt z osobami z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysach psychicznych, np. pracowników socjalnych, asystentów rodziny, nauczycieli, pedagogów, psychologów, trenerów sportowych, urzędników w obszarze szeroko pojętego rozpoznawania i radzenia sobie z osobami z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysach psychicznych
- podnoszeniu kompetencji kadry CZP (własnej i z innych ośrodków) polegające na organizowaniu szkoleń i treningów z trenerami zewnętrznymi (polskimi i zagranicznymi); upowszechnianiu innowacyjnych metod pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysach psychicznych
- prowadzeniu superwizji interwencji zarówno dla swojego zespołu Centrum, jak i dla innych Centrów i instytucji, których kadry pomocowe tego potrzebują w zakresie wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysach psychicznych
- pracy w zespołach i grupach roboczych, w których wiedza ekspercka jest potrzebna dla skutecznego rozwiązania problemu i wsparcia Pacjenta, np. zespoły diagnostyczno-pomocowe w ramach działań na rzecz przeciwdziałania przemocy
- działaniach profilaktycznych w szkołach na różnych etapach edukacji szkolnej (od etapu szkoły podstawowej do średniej), spotkaniach z uczniami mających na celu z jednej strony przekaz treści edukacyjnych na temat zaburzeń i kryzysów psychicznych, a z drugiej pokazanie ścieżek pomocy i podmiotów, do których po tę pomoc można się zgłaszać, a także namierzanie osób potrzebujących wsparcia, a niemogących na nie liczyć ze strony dorosłych
- organizowaniu kampanii społecznych podnoszących świadomość społeczną w obszarze kryzysów i zaburzeń psychicznych
- udziale w gremiach eksperckich na szczeblu samorządowym i rządowym w celu zabrania głosu i zajęcia stanowiska w kwestiach zdrowia psychicznego
- współpracy przy tworzeniu lokalnych dokumentów strategicznych, w których kwestie zdrowia psychicznego są poruszane i wyodrębniane
- innych działaniach innowacyjnych, które mogą przyczynić się do poprawy sytuacji osób z zaburzeniami i w kryzysach psychicznych.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Aby móc skutecznie prowadzić działalność ekspercką należy nieustannie poszerzać swoją wiedzę oraz podnosić kompetencję w zakresie pracy z osobami w kryzysach i z zaburzeniami psychicznymi. Osoby odpowiedzialne za ekspercką reprezentację Centrum – poza znajomością literatury przedmiotu, najnowszych badań i publikacji dotyczących wdrożeń – na szerszym polu społecznym powinny mieć również świadomość i gotowość udziału w tworzeniu lokalnych dokumentów strategicznych (m.in. gminnej/powiatowej/wojewódzkiej strategii rozwiązywania problemów społecznych, lokalnych planów deinstytucjonalizacji/rozwoju usług społecznych czy gminnych/powiatowych/regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego). Ponadto osoby te powinny wykazywać się znajomością treści aktów prawnych, które mogą być przydatne w prowadzeniu działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Innym obszarem wiedzy są źródła finansowania dla usług realizowanych w Centrum zarówno tych podstawowych, jak też tych, które są pożądane przez Pacjentów Centrum i wynikają z diagnozy potrzeb. Ważne, aby koordynatorzy Centrum posiadali orientację w środkach finansowych dystrybuowanych nie tylko przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), PCPR, pomoc społeczną w formie świadczeń, a także przez wybrane Ministerstwa (np. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministerstwo Rozwoju i Technologii, Ministerstwo Infrastruktury) w ramach grantów pozyskiwanych z funduszy strukturalnych.

Uwieńczeniem kompetencji eksperckich osób związanych z CZP są umiejętności lobbowania za skutecznymi rozwiązaniami w obszarze zdrowia psychicznego wobec władz lokalnych i centralnych (Jasiecki i in., 2006; Mastromarco i in., 1995; Sławik, 2009). Jest to sztuka trudna w układzie potencjalnej co czteroletniej rotacji władz i ich skupieniu się wyłącznie na aspektach kosztów i oszczędności finansowych. W takiej sytuacji argumentem, który może przebić się przez świadomość włodarzy, przy odrobinie ich dobrej woli, jest ten dotyczący kosztów zaniechania, kosztów niepodjętych decyzji, opóźnionych bądź nietrafionych usług. Oznacza to wszystkie negatywne zjawiska i procesy, np. pojawianie się nowych i narastanie już istniejących problemów społecznych, którym można było zapobiec poprzez określone działanie. Koszty zaniechania mogą być dużo większe niż koszty działania,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

prowadząc do poważnych i nieodwracalnych konsekwencji dla jednostek, gospodarki i całego społeczeństwa. Od kilkunastu lat trwają prace nad kalkulatorem kosztów zaniechania, który pozwoliłby wyliczyć wysokość konkretnych kwot, które będą musiały być poniesione z publicznych pieniędzy w związku z niepodjęciem działań profilaktycznych, naprawczych lub zaradczych w bieżącej sytuacji (w roku decyzyjnym; Szarfenberg, 2014). Wśród tych kosztów są nie tylko fundusze przeznaczane na hospitalizację, świadczenia socjalne, ale też koszty rehabilitacji zawodowej, luki na rynku pracy i wynikające z nich braki we wpływach z podatków, koszty utrzymania instytucji pomocowych. Koszty zaniechania mogą zadziałać na wyobraźnię władarzy i skłonić ich do podejmowania decyzji związanych z ochroną zdrowia psychicznego.

Podsumowując, w wypełnieniu roli eksperta potrzebne jest posiadanie złożonych kompetencji eksperckich takich jak wiedza na temat zaburzeń psychicznych i kryzysów psychicznych, kompetencje związane z pomaganiem osobom z zaburzeniami i w kryzysach psychicznych, znajomość aktów prawnych, lokalnych dokumentów strategicznych, zasad działania nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale też systemu pomocy społecznej czy edukacji. Ekspert CZP powinien umieć prowadzić działania związane z diagnozą społeczną, budowaniem partnerstw, koordynacją usług. Prowadzenie działań o charakterze naukowym (badań, konferencji, debat, publikacji) wspiera ekspercką rolę Centrum, podobnie jak znajomość rozmaitych źródeł finansowania usług.

## **Zakończenie**

Tworzenie i rozwijanie CZP jest wyzwaniem wieloaspektowym. Wymaga od osób organizujących działalność Centrów wszechstronnej wiedzy w obszarach medycznych, społecznych, prawnych, finansowych, politycznych i aksjologicznych. Przede wszystkim wymaga jednak głębokiego przekonania co do fundamentalnych założeń, na których działalność Centrum się opiera.

Rozwój CZP ma charakter procesualny, co oznacza, że nie da się zamknąć w sztywne ramy strategii na jego stworzenie. Z jednej strony utrudnia to organizowanie działalności osobom, które potrzebują tych sztywnych ram i wytycznych. Z drugiej strony procesualność działań CZP pozwala na takie kształtowanie działalności, żeby w odpowiedzi na zmieniające



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

się warunki – skalę i zakres potrzeb, uwarunkowania społeczne, strategiczne, polityczne, ekonomiczne – dopasowywać swoje działania, aby były one optymalnie adekwatne do zmieniającej się rzeczywistości. Nie jest to zadanie łatwe, ale niezwykle ciekawe i przy właściwych intencjach prowadzonych działań – chęci coraz lepszego pomagania osobom w kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychicznymi – może być satysfakcjonujące dla odbiorców usług i ich realizatorów.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## MAPA DROGOWA WSPÓŁPRACY POMIĘDZY PODMIOTEM SPOŁECZNYM A CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

---

JESTEŚ KIEROWNIKIEM CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

---

PLANUJESZ WSPÓŁPRACĘ Z INNYMI PODMIOTAMI PUBLICZNYMI I NIEPUBLICZNYMI REALIZUJĄCYMI USŁUGI SPOŁECZNE (CUS, PCPR, OPS, NGO)

---

CHCESZ:

---

(1) dołączyć się do istniejącego partnerstwa lokalnego

- 1) Wypracuj ze swoim zespołem aksjologiczne podstawy działalności:
  - wizję,
  - misję,
  - cele,
  - wartości,
  - zasady.
- 2) Na tej podstawie opracuj konieczne procedury wsparcia osób w kryzysie psychicznym.

(2) zainicjować partnerstwo lokalne z innymi podmiotami realizującymi usługi społeczne

- 1) Przygotuj politykę informacyjną dot. usług zdrowotnych w CZP.
- 2) Przeanalizuj dostępne dane związane z problemami zdrowia psychicznego w Twojej społeczności lokalnej / na poziomie powiatu, np. wykorzystując Mapy Potrzeb Zdrowotnych<sup>79</sup>.
- 3) Na podstawie dokumentów strategicznych lub wyników badań lokalnych przeprowadź diagnozę potrzeb we współpracy z instytucjami publicznymi (postaraj się o zewnętrzne źródła finansowania badań).
- 4) Zrób bazę podmiotów publicznych i niepublicznych wraz z zakresem ich usług.
- 5) Określ zasoby powiatowe i stopień realizacji potrzeb w powiecie.

---

<sup>79</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

Przygotuj osobę lub grupę osób odpowiedzialnych za współpracę z innymi podmiotami.

Zrób analizę potrzeb i korzyści współpracy – zastanów się wraz z zespołem, w jakim zakresie potrzebowalibyście wsparcia ze strony innych podmiotów i co macie do zaoferowania innym.

---

Stwórz wraz ze swoim zespołem materiały promujące działalność CZP i współpracę – opracuj podstronę www dot. współpracy oraz posty promujące współpracę lub korzyści z niej płynące w mediach społecznościowych.

Zaproś wszystkie podmioty i organizacje, które realizują usługi społeczne na terenie Twojego powiatu. Zaproszenie powinno zawierać plan spotkania, w którym podmioty i organizacje się zaprezentują. Ważne jest podkreślenie, że chcesz powołać zespół współpracy międzysektorowej. Celem zespołu ma być opracowanie wstępnych zasad i procedur międzysektorowego wsparcia Pacjenta. Określ minimalny roczny harmonogram spotkań – ważne, by na każdym spotkaniu poddawać analizie i refleksji zasady i procedury współpracy międzysektorowej.

---

Opublikuj na podstronie bazę instytucji, które mogą być pomocne Pacjentom CZP. Zamieść nazwę, adres, telefon kontaktowy i rodzaj świadczonej pomocy (np. poradnictwo psychologiczne, rodzaje interwencji kryzysowej, edukacyjne itd.). WAŻNE: podstrona powinna być aktualizowana co trzy miesiące lub w razie potrzeby częściej.

Przed pierwszym spotkaniem przeanalizuj:

- cele lub problemy, dla rozwiązania których można powołać partnerstwo,
- zasoby instytucji, organizacji, firm, samoorganizacji, potencjał liderów.

---

Uczestnicz we wszystkich spotkaniach tematycznych, organizowanych przez instytucje publiczne z poziomu gminy, powiatu i województwa, na których będzie można przedstawić usługi realizowane w CZP.

Podczas pierwszego spotkania zadбай o dobrą atmosferę, zaplanuj czas dla wszystkich na prezentację swojej działalności i oczekiwań. Jeśli będzie trzeba, spotkaj się jeszcze kilka razy, żeby pozwolić potencjalnym partnerom się ze sobą oswoić, zastanowić, czy chcą się zaangażować lub podjąć decyzję.

---

Organizuj spotkania w siedzibie CZP w formule wizyt studyjnych, spotkań indywidualnych, edukacyjnych i promocyjnych.

Podczas kolejnego spotkania sformalizuj partnerstwo. Stwórz okazję do: (1) analizy wzajemnych oczekiwań oraz

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

	(2) określenia formuły funkcjonowania partnerstwa, celów i planu działania.
Nawiązuj kontakty z innymi podmiotami, które mogą być pomocne twoim Pacjentom – wymieniaj informacje, organizuj zespoły wielospecjalistycznego wsparcia.	Na kolejnych etapach wspólnie realizujcie zaplanowane działania zgodnie z opracowanym planem działania i strategią partnerstwa. Partnerstwo działa poprzez: <ul style="list-style-type: none"><li>• regularne spotkania,</li><li>• wnioskowanie o granty,</li><li>• prowadzenie wspólnych działań (np. kampanii, wydarzeń, projektów, programów, tworzenie strategii),</li><li>• superwizję realizowanych działań i rezultatów,</li><li>• poszerzanie partnerstwa o nowych członków,</li><li>• uruchamianie nowych usług społecznych.</li></ul>
Zorganizuj spotkanie zespołu CZP ze służbami mogącymi w swojej pracy zetknąć się z Pacjentami (policja, straż miejska, pracownicy socjalni, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy oświaty), poświęcone ustaleniu form i zakresu współpracy w obszarze: <ul style="list-style-type: none"><li>• działań profilaktycznych na rzecz zdrowia psychicznego,</li><li>• działań interwencyjnych wobec dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym,</li><li>• wsparcia dla przedstawicieli służb (grupy wsparcia, superwizja, zespoły zadaniowe, krótka ścieżka pomocowa, szybki kontakt).</li></ul>	Zakończ działalność partnerstwa po osiągnięciu założonego celu lub w związku z zakończeniem wspólnych realizacji.
Poszukaj innego podmiotu o podobnym profilu działalności i nawiąż kontakt, poszukując obszarów współpracy (np. wsparcie dla Pacjentów, wspólne przedsięwzięcia, wspólne projekty).	
Jeśli na terenie działa grupa podmiotów, które współpracują ze sobą, zadeklaruj chęć dołączenia, zaprezentowania swojej działalności.	

---





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

---

Nieustannie zachęcaj swój zespół do podtrzymywania współpracy z innymi podmiotami poprzez kontakty osobiste, udział w spotkaniach, szkoleniach i innych inicjatywach, które pojawiają się w środowisku lokalnym, a także poprzez szkolenia z zasad budowania partnerstwa.

---

Rób regularne podsumowania dotychczasowych działań, współpracy, oczekiwań. Udzielaj informacji zwrotnej i przyjmuj ją ze strony zespołu i partnerów.

---

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Auleytner, J. (2012). *Polityka społeczna w Polsce i w świecie*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Babbie, E. R. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Babbie, E. R. (2013). *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Babicki, M., Mastalerz-Migas, A. (2021). Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria Polska*, 55(3), 497–509.  
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/126230>
- Bąbska, B., Dudkiewicz, M., Jordan, P., Kaźmierczak, T., Kozdrowicz, E., Mendel, M., Popłońska-Kowalska, M., Rymsza, M., Skrzypczak, B. (2014). *Model środowiskowej pracy socjalnej/organizowania społeczności lokalnej*. [https://www.osl.org.pl/wp-content/uploads/2014/12/Model\\_OSL1.pdf](https://www.osl.org.pl/wp-content/uploads/2014/12/Model_OSL1.pdf)
- Bąbska, B., Rymsza, M. (2014). *Organizowanie społeczności lokalnej – metodyka pracy środowiskowej. Poradnik II*. [http://www.osl.org.pl/wp-content/uploads/2014/09/Tryptyk-02\\_calosc-lekka.pdf](http://www.osl.org.pl/wp-content/uploads/2014/09/Tryptyk-02_calosc-lekka.pdf)
- Borowiecki R., Czekaj J. (red.). (2012). *Zarządzanie informacją i komunikacją w organizacjach gospodarczych i instytucjach sektora publicznego*. Dom Organizatora. Toruń.
- Centrum Badań Opinii Społecznej. (2023). *Samopoczucie Polaków w roku 2023*.  
[https://cbos.pl/PL/publikacje/raporty\\_tekst.php?id=6728](https://cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=6728)
- Frankfort-Nachmias, Ch., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Gilejko, L., Błaszczak, B. (red.). (2009). *Partnerstwo społeczne na poziomie lokalnym i regionalnym. Rola organizacji pozarządowych*. Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora.
- Glinowiecki, M. (2023). Od azylu do życia w środowisku. Praktyki pomocowe adresowane do osób w kryzysach psychicznych. W: M. Rymsza (red.), *W stronę środowiskowych usług*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie (s. 81–100),*  
Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Grewiński, M., Lizut, J. (red.). (2021). *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej: szanse i zagrożenia*. Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.

Jasiecki, K., Molęda-Zdziech, M., Kurczewska, U. (2006). *Lobbing: sztuka skutecznego wywierania wpływu*. Oficyna Ekonomiczna – Oddział Polskich Wydawnictw Profesjonalnych.

Kotlarska-Michalska, A. (red.). (1999). *Diagnozowanie i projektowanie w pracy socjalnej*. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Mastromarco, D. R., Saffer, A. P., Zieliński, M., Biedrzycka, U., Hryciuk, K. (1995). *Sztuka lobbingu w Polsce*, USAID/GEMINI.

Ministerstwo Zdrowia (2011). *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015*. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20110240128>

Ministerstwo Zdrowia (2017). *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458>

Ministerstwo Zdrowia (2023). *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030*. (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230002480>)

Moskalewicz, J., Wciórka, J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Najwyższa Izba Kontroli (2017). *Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/16/055>

Rajkiewicz, A. (1998). *Istota polityki społecznej wczoraj i dziś*. W: A. Rajkiewicz, J. Supińska i M. Książkowski (red.), *Polityka społeczna (s. 27–45)*. Wydawnictwo „Śląsk”.

Schimanek, T. (2015). *Diagnozowanie problemów społecznych*. Wydawnictwo Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Skowrońska, A. (2013). *Badania w pomocy społecznej. Zastosowanie, metody i narzędzia.*

Wydawnictwo CRZL.

Sławik, A. (2009). *Lobbing w strategiach przedsiębiorstw: pięć ciekawych analiz przypadków.*

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Szarfenberg, R. (rok). *Standaryzacja usług społecznych.* Wspólnota Robocza Związków

Organizacji Socjalnych. <https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/?id=72&m=33>

Szarfenberg, R. (2014). *Model kalkulator kosztów zaniechania: kalkulator społeczny.*

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

Szarfenberg, R. (2018). Ewaluacja polityki społecznej. W: G. Firlit-Fesnak i J. Męcina (red.),

*Polityka społeczna* (s. 146–157). Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Szatur-Jaworska, B. (2014). *Diagnozowanie w polityce społecznej: metody i problemy.* Dom

Wydawniczy Elipsa.

Wciórka, J., Leciak, J., Rawska-Kabacińska, A., Suchecka, E., Świtaj, P., Stefanowski, B.,

Stokwiszewski, J. (15–16 listopada 2021). *EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc)* [referat]. Konferencja podsumowująca projekt EZOP II, Warszawa, Polska.

[https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII\\_Rozpowszechnienie.pdf](https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf)

World Health Organization (2001). *The world health report 2001. Mental health: New*

*understanding, new hope.* <https://iris.who.int/handle/10665/42390>

World Health Organization (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

World Health Organization (2022). *World mental health report: Transforming mental health*

*for all.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego jako podmiot lokalnej polityki społecznej:  
rekomendacje dotyczące rozwoju i integrowania usług społecznych oraz medycznych w  
obszarze zdrowia psychicznego**

Mariola Raclaw

Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytet Warszawski, m.raclaw@uw.edu.pl

**Streszczenie**

W artykule rozważa się środowiskowe centrum zdrowia psychicznego jako podmiot lokalnej polityki społecznej w relacji do innych jednostek świadczących usługi społeczne dla mieszkańców danego terenu. Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego rozważane to innowacja społeczna, której idea wpisuje się w założenia deinstytucjonalizacji i rozwoju środowiskowych usług społecznych blisko domu potrzebującego, zatem ma duży potencjał skalowania. W opracowaniu podkreśla się znaczenie czynników kulturowych, politycznych i infrastrukturalnych dla powodzenia organizowania i świadczenia usług środowiskowego centrum psychicznego oraz budowania jego pozycji w środowisku lokalnym na drodze kooperacji z innymi podmiotami - poza podziałami sektorowymi, resortowymi czy branżowym. Podjęto kwestie możliwych relacji środowiskowego centrum zdrowia psychicznego z nowymi podmiotami lokalnej polityki społecznej, dostarczającymi skoordynowanych i zintegrowane usług „szyte na miarę” dla mieszkańców danej gminy czy powiatów, tj. z działającymi już centrami usług społecznych i planowanymi w niedalekiej przyszłości centrami zdrowia 75+. Jako podmiot koordynujący spersonalizowane usługi w obszarze zdrowia psychicznego dla potrzebujących osób i ich rodzin stanowi środowiskowe centrum zdrowia psychicznego stanowi kluczowy podmiot prewencji i opieki zdrowotnej oraz przeciwdziałania i niweluje nierówności zdrowotne. Powinno zatem być postrzegane jako główny partner świadcząca usługi na danym terenie, po to, aby nie dublować działań publicznych.

**Słowa kluczowe:** deinstytucjonalizacja, usługi społeczne, lokalność, międzysektorowość, międzyresortowość, polityka społeczna



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Wprowadzenie

Idea środowiskowych centrów zdrowia psychicznego (CZP) i jej wdrażanie jest przykładem udanej realizacji innowacji społecznej, odpowiadającej europejskim wymogom deinstytucjonalizacji. Celem CZP jest zapewnienie zintegrowanych usług dla mieszkańców na terenie odpowiedzialności terytorialnej. Idea centrów zakłada kompleksową, skoordynowaną ofertę usług, łączących te o charakterze medycznym i społecznym. Jest to *novum* w polskiej polityce społecznej na poziomie lokalnym, w której podziały sektorowe, branżowe i szczeblowe uniemożliwiają osiągnięcie synergetycznego efektu wsparcia. Ponadto CZP oferuje usługi personalizowane („szyte na miarę”), indywidualne dla potrzebujących osób, pracę grupową/z rodziną i pracę środowiskową. Testowanie modelu wykazało potencjał takiej organizacji usług: analiza usług dostarczanych w środowiskowych centrach zdrowia psychicznego ukazuje zdolność do ich łączenia i koordynowania wokół klienta i jego rodziny w ramach centrum i w połączeniu z innymi organizacjami (Bartosiewicz-Miziołek, Szut, Łyciuk-Bzdyra, 2023).

Model CZP w pełni odpowiada założeniom deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia psychicznego, przedstawionym w dokumencie rządowym „Strategia rozwoju usług społecznych” (M.P.2022, poz. 767)<sup>80</sup> oraz w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (Dz.U.2023, poz. 2480)<sup>81</sup>. We wspomnianym programie wprowadza się model środowiskowy, który opiera pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi, doświadczającymi kryzysu psychicznego, w tym uzależnionymi, na usługach świadczonych w miejscu zamieszkania, by zapewnić wszechstronną i kompleksową opiekę i wsparcie adekwatne do ich potrzeb oraz zapobiegać stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

## Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego jako podmiot lokalnej polityki społecznej

---

<sup>80</sup> Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 [z perspektywą do 2035 r.]

<sup>81</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Publicznego na lata 2023-2030



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W modelu działań środowiskowego centrum zdrowia psychicznego oparcie społeczne jest rozumiane jako działania podejmowane na rzecz osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego w celu przywrócenia oraz utrzymania przez nią zdolności do samodzielnego życia. Oparcie społeczne stanowi zatem zestaw formalnych i nieformalnych usług instytucjonalnych i realizowanych w środowisku zamieszkania. Świadczone są dla osób w kryzysie psychicznym i ich bliskich przez różne instytucje lub sieci nieformalne. Usługi te wspomagają proces zdrowienia, integracji społecznej i aktywizacji społeczno-zawodowej. Zintegrowanie świadczeń z trzech filarów, tj. oparcia społecznego, usług medycznych i profilaktycznych, zwiększa prawdopodobieństwo udzielania wsparcia dobrej jakości, tzn. skutecznego (prowadzącego do zdrowia psychicznego), trafionego (dobrze dobranego, dopasowanego), punktualnego (dawanego na czas) i efektywnego (z punktu widzenia relacji kosztów i nakładów).

Usługi sektorowe (oparcie, ochrona zdrowia, profilaktyka) można określić szeroko jako usługi społeczne. Zaspakajają one indywidualne potrzeby jednostek i rodzin a ich jakość i dostępność ma wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości (Szatur-Jaworska i Grewiński, 2021). Z ekonomicznego punktu widzenia służą rozwojowi kapitału ludzkiego. W ujęciu socjologicznym znaczenie ma fakt interakcji pomiędzy biorcą i dawcą usługi, jej **współtworzenie** (zależy on od działań usługodawcy, ale i reakcji odbiorcy). Jako międzyludzka forma pomocy mają „dobroczynny” charakter (Hartmann, 2013, s. 92), tzn. przynoszą korzyść dla jej adresata, zwłaszcza, gdy znajduje się on w trudnym położeniu.

W procesie świadczenia usług mogą też mieć miejsce negatywne zjawiska, np. ograniczenia suwerenności konsumenckiej czy nadużycia ze strony odbiorcy i oferenta usługi, a w wymiarze gospodarczym - ograniczona elastyczność cenowa. Zależność między usługodawcą a odbiorcą, częste osadzenie usługi w biurokratycznych strukturach, traktowanie osoby odbiorcy jako „przedmiotu” usługi (odbiorca usługi – jego cechy, umiejętności, wiedza – są przetwarzane w procesie świadczenia usługi) czy konieczność wypełnienia założonych efektywnościowych celów systemu, może prowadzić do relacji ubezwłasnowolniającej odbiorcę. W trakcie testowania modelu zwrócono uwagę na te efekty w odniesieniu np. do działań pomocy społecznej:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Praca socjalna była realizowana w OPS troszkę »z doskoku«, bo był wymóg stworzenia planu pracy socjalnej i ośrodki też mają bardzo ograniczone możliwości czasowe, np. nie ma czegoś takiego, że ja poświęcam cały dzień czy pół dnia na to, żeby zapakować Klienta do samochodu, objechać z nim kilka instytucji i zrobić kilka treningów praktycznych. Tutaj [w ŚCZP – przyp. red.] nie ma żadnych przeszkód przy wsparciu, jeszcze do tego psychologa, który jedzie ze mną. Zupełnie inaczej wygląda taka praca niż w OPS. (...) Pierwsza rzecz różnicująca to czas, ograniczenia kadrowe, rzeczowe (samochód, tablet, laptop), narzędzia, dokumentacja.(...) Pomoc społeczna to papierologia (...), a tutaj mam indywidualny plan zdrowienia, nad którym pracuję z klientem (Testowanie..., 2023, s. 45).*

W odniesieniu do osób doświadczających zaburzeń psychicznych bardzo często ma miejsce osadzenie ich w schemacie bierności jako wyłącznie odbiorców a nie współtwórców usługi. Kaszyński i Harhaj (2022, s. 94) wskazują tendencję „do wyłączenia osób chorujących z obszaru planowania i realizacji usług społecznych (...). Rozmawiając o zdrowiu psychicznym, zazwyczaj słyszymy opinie ekspertów. Lokalne sieci oparcia społecznego zbudowane są w głównej mierze ze sformalizowanych, specjalistycznych instytucji oraz zatrudnionych w nich fachowców. Perspektywa i inicjatywa samych zainteresowanych rzadko brana jest pod uwagę”. Badacze postulują wprowadzenie w praktyce koncepcji użytkownika usług (*service user*), czyli osoby, która (zazwyczaj długotrwale) korzystała lub korzysta ze świadczeń niematerialnych, zwłaszcza pomocowych i zdrowotnych.

Autorzy podkreślają, że w polskich warunkach pełne podejście włączające osoby doświadczające zaburzeń psychicznych i chore psychicznie jest jeszcze rzadkością, chociaż zdarzają się dobre praktyki. Występuje natomiast „oświecony paternalizm”, oznaczający oddanie głosu użytkownikom usług, co przyjmuje najczęściej formę wysłuchania pochwał kierowanych do profesjonalistów. Inną praktyką jest traktowanie pomocy wzajemnej osób doświadczonych jako elementu uzupełniającego usługi danej organizacji, tolerowanego przez nią w granicach jej działania (praktyka ta ma większy walor upodmiotowienia użytkowników usług). Wreszcie ma miejsce „praca na zasobach”, która ujawnia potencjały osób doświadczonych i pozwala też organizacji wykorzystać ich energię dla wzbogacenia jej





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

działania a pozostałym klientom/pacjentom dostrzec własne indywidualne kompetencje w procesie zdrowienia. W wypadku środowiskowego centrum zdrowia psychicznego praktyka ta wiąże się z zatrudnianiem asystentów zdrowienia i jest ono liderem tego typu przedsięwzięć

Tworząc centrum zdrowia psychicznego, należy zatem wskazać nie tylko jakie i gdzie usługi społeczne będą świadczone, przez kogo i dla kogo, ale również uznać w praktyce ich specyficzny charakter i rolę odbiorcy usług: usługi stanowią łącznik pomiędzy jednostką a społeczeństwem, mediują pomiędzy potrzebującym a zbiorowością w oparciu o osobisty kontakt pomiędzy usługobiorcą a usługodawcą. Usługi społeczne jako pomost między systemem społecznym a psychicznym pełnią funkcję amortyzatora negatywnego oddziaływania systemów na jednostkę: „Usługi społeczne nie starają się zmienić człowieka, ale pracują nad jego »adresem społecznym«. Kierują one inkluzją osób do systemów społecznych, poprzez przypisanie komunikacji do społecznego systemu i kanalizację oczekiwań” (Hartmann, 2013, s. 105). Działają na „granicy społeczeństwa”, gwarantują ludziom warunki włączenia do społeczeństwa lub w wypadku wyłączenia społecznego stwarzają warunki inkluzji. W procesie ich świadczenia może dojść do upodmiotowienia i wzmocnienia osoby lub do jej uprzedmiotowienia i osłabienia potencjału ze względu na sposób realizacji świadczenia niematerialnego.

Dodatkowo trzeba przyjąć, że koncepcja środowiskowego centrum zdrowia psychicznego w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych i w określonym stanie zdrowia, w tym dzieci, młodzieży, osób dorosłych, starszych, osadza się na dostarczaniu powiązanych usług o zróżnicowanym charakterze, tj.:

- personalnych, bezpośrednio zaspakajających potrzebę jednostki (np. porada medyczna, leczenie, umieszczenie w innym miejscu pobytu, oferta pracy, asystencja osobista, edukacja),
- personalnych, przygotowujących jednostki na przyjęcie usługi bezpośrednio zaspokajającej potrzebę (np. praca socjalna, poradnictwo prawne, obywatelskie, rozwój kompetencji społecznych niezbędnych m.in. przy poszukiwaniu czy podjęciu pracy),
- odnoszących się do zbiorowości pod postacią pracy środowiskowej (konsultacje, organizacja środowiska lokalnego, animacja, sieciowanie, partycypacja).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Te grupy usług świadczone są przez różne podmioty w środowisku lokalnym i nie są możliwe do zrealizowania przez jeden podmiot. O trafności i skuteczności wsparcia instytucjonalnego i oparcia społecznego przesądza programowanie lokalnych działań jako wiązki/zbioru powiązanych ze sobą grup usług. Zaadresowanie personalnych usług bezpośrednich do odbiorcy, który nie jest przygotowany na ich przyjęcie (np. oferta pracy szybko skierowana do osoby po traumatycznych przejściach) oznacza marnotrawstwo zasobów czasu, kompetencji profesjonalistów i materialnej wartości usługi, gdyż nie zostanie ona w pełni zrealizowana a użytkownik nie odczuje jej „dobroczynności” (może za to zostać zniechęcony czy osłabiony porażką). Dodatkowo świadczenie usług nawet po przygotowaniu odbiorcy w nieprzychylnym środowisku, niespójnym w ofercie, z fragmentarycznie rozwiniętymi systemami wsparcia i oparcia również stanowi rodzaj marnotrawienia środków, co doskonale wiedzą badacze niepełnosprawności, donoszący, np. o otwarciu szkolnictwa wyższego dla osób z niepełnosprawnością i utrzymywaniu ekskludujących ich praktyk na lokalnych rynkach pracy (Giermanowska i Raćław, 2014).

### **Świadomość i kształtowanie postaw społeczności lokalnej wobec problemów zdrowia psychicznego**

Zadaniem środowiskowego centrum zdrowia psychicznego jako koordynatora usług w obszarze zdrowia psychicznego jest stworzenie szerokiej sieci współpracy na rzecz zmiany postrzegania osób z zaburzeniami psychicznymi, w kryzysie psychicznym i centrum jako miejsca wsparcia, które jest otwarte dla mieszkańców społeczności lokalnej<sup>82</sup>. Szczegółowo na temat działań świadomościowych i antystygmatyzyjnych pisze Jabłońska, Krzyżanowska-Zbucka i Szczerbowska (2023) w niniejszej książce. Centrum zarówno samo kreuje akcje informacyjno-edukacyjne, jak również inicjuje współpracę i integruje podmioty, które już działają oraz sieciuje tego typu inicjatywy. W zależności od cech środowiska lokalnego sieciowanie może bazować albo na interpersonalnych kontaktach/więziach w mniejszych środowiskach lub na relacjach instytucjonalnych/międzyorganizacyjnych.

---

<sup>82</sup> Jest to jeden z celów głównych NPOZP 2023-2030 r.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Warto przy tym zwrócić uwagę, że oprócz podmiotów publicznych, tj. jednostek samorządu terytorialnego, w środowiskach lokalnych zasoby oraz potencjał zmian świadomości społecznej posiadają również organizacje innych sektorów gospodarki lub przynależne do innych resortów:

- 1) Organizacje pozarządowe, które często od lat prowadzą ważne działania profilaktyczne, edukacyjne i informacyjne, pokazując: jak dbać o higienę zdrowia psychicznego i unikać wystąpienia kryzysów psychicznych, walczą ze stereotypami i wpływają na zmianę postaw społecznych. Organizacje pozarządowe nierzadko współpracują ze szkołami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi i specjalizują się w treściach dostosowanych dla dzieci i młodzieży, co jest szczególnie ważne, edukują i szkolą osoby pracujące z dziećmi i ich rodzicami, oraz samych opiekunów prawnych dzieci. Ponadto ważne jest, aby obok treści dotyczących rozpoznawania problemów, zmiany postaw społecznych przekazać skutecznie informacje, gdzie i jak można szukać pomocy. Pełnią też funkcję rzecznicze lub wspierają samorzecznictwo osób doświadczających zaburzeń psychicznych, często w koalicji ze strukturami publicznej pomocy społecznej.

Dobrym przykładem rozpoznania potencjału sektora pozarządowego jest działalność Klubu Samopomocy w Koszalinie (funkcjonuje on na bazie ŚDS zintegrowanego z Centrum), który utworzył grupę, która ustaliła lokalne zasoby, tj. zgromadzone informacje o funkcjonujących w społeczności lokalnej stowarzyszeniach i fundacjach, formach udzielanego przez nie wsparcia i grupach docelowych, przez co szybciej i trafniej można było udzielać informacji osobom doświadczającym kryzysów psychicznych (*Testowanie modelu...*, 2020, s. 18).

- 2) Podmioty prywatne, przedsiębiorstwa działające lokalnie, które mogą włączać się w inicjatywy społeczne, np. kampanie społeczne. Nawet te największe, ogólnopolskie akcje nie odbyłyby się bez wsparcia finansowego, organizacyjnego ze strony podmiotów gospodarczych. Każda znana kampania, np.: „Twarze Depresji” czy „Nastoletnia depresja. Nie pozwól dziecku wylogować się z życia”, miała swoich

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

donatorów i promotorów. Obecnie podmioty gospodarcze, zwłaszcza te większe, rozwijają marketing zaangażowany społecznie, którego celem jest nie tylko wzmocnienie marki i pozycji na rynku, ale również propagowanie określonych wartości społecznych (Bednarz-Łuczewska, 2018).

Marketing społeczny podmiotów gospodarczych możliwy jest dzięki współpracy międzysektorowej z organizacjami pozarządowymi, instytucjami publicznymi. Warto przy tym zadbać, aby w ramach działań marketingu zaangażowanego społecznie oraz firmowania a czasami znakowania swoich towarów/usług podmioty gospodarcze nie odwoływały się w sposób nieuzasadniony do wartości ochrony zdrowia psychicznego, tolerancji i tworzenia wspierającego środowiska dla osób w kryzysach psychicznych. Mielibyśmy w bowiem do czynienia z tzw. „washingiem”, w tym wypadku „mental-washingiem” (termin własny; pozorantwem, „ściemą”), co osłabia przekaz społeczny poprzez brak autentyczności, np. gdy firma wspiera kampanie walki z depresją a prowadzi niekorzystną dla pracowników politykę personalną i tworzy stresującą kulturę organizacyjną lub dyskryminuje słabszych psychicznie pracowników lub kandydatów do pracy.

Obecnie jest bardzo korzystny moment wejścia we współpracę z podmiotami gospodarczymi, gdyż firmy zaczęły w politykach personalnych odwoływać się do idei inkluzji, różnorodności i wellbeingu. Prawidłowo prowadzone zarządzanie różnorodnością, włączeniem pracowników i dbaniem o ich dobrostan musi uwzględniać interesy osób z doświadczających zaburzeń psychicznych. Ponadto podmioty gospodarcze zaczynają postrzegać CSR (społeczną odpowiedzialność biznesu) jako funkcję strategiczną, a wraz z nią dostrzegają konieczność działań na rzecz środowiska lokalnego i innych swoich interesariuszy (w tym pracowników i ich rodzin). CSR oznacza, że podmioty gospodarcze są członkami społeczeństwa i powinny dzielić jego normy i wartości. Mogą zatem stać się partnerami działań akcyjnych lub bardziej długofalowych, powtarzalnych akcji informacyjnych i edukacyjnych kierowanych do mieszkańców, ale również wewnątrz – do własnych pracowników i ich rodzin. Jednocześnie ŚCZP może w ramach współpracy prowadzić akcje uwrażliwiające,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

szkoleniowe czy treningowe dla firm, które chcą wdrożyć lub skorygować swoje strategie personalne związane z zarządzaniem różnorodnością, inkluzją i wellbeingiem.

Dobry przykład daje działalność ŚCZP w Koszalinie, gdzie rozpoczęto współpracę z Izbą Gospodarczą, zrzeszająca pracodawców na tym terenie i zaproponowano szkolenia dotyczące zdrowia psychicznego na temat uprawnień podmiotów zatrudniających osoby chore i z niepełnosprawnością (*Testowanie modelu...*, 2020, s. 20).

- 3) Lokalne publiczne oraz niepubliczne media są istotną platformą dla nagłaśniania działania środowiskowego centrum zdrowia psychicznego, podkreślenia jego znaczenia w środowisku lokalnym, informowania i edukowania o kryzysach psychicznych. Przykłady z testowania modelu ŚCZP wskazują na ich znaczenie dla pozycjonowania centrum jako podmiotu lokalnej sieci wsparcia

*Akcja medialna (...), wystąpienia w telewizji lokalnej, które przybliżyły miastu i mieszkańcom czy powiatowi co się dzieje, co to jest, kogo to dotyczy, co można zrobić – regularność edukacji. (...) w ten sposób zmienia się spojrzenie społeczne (...), to zaczyna być (...) znane, rozumiane, a to już jest bardzo dużo. Uważam, że bezcenne są kampanie społeczne, które mówią o tym, że jest problem, że dzisiaj dotyka ciebie, a jutro kogoś albo mnie. Ludzie zaczynają się z tym utożsamiać, to się może gdzieś blisko dzieć, albo może się zdarzyć im, więc co można zrobić, żeby temu zapobiec albo, gdy to się wydarzy (...). To są konkretne odpowiedzi na pytania, których do tej pory nie było. (Testowanie...., 2020, s.29).*

Media przyczyniają się do zwiększenia wrażliwości społecznej, by szybko reagować na występowanie pierwszych symptomów zaburzeń i kryzysów psychicznych a przede wszystkim informują, gdzie szukać wsparcia w środowisku lokalnym. Mogą stać się podmiotem rzeczniczym dla centrów. Wagę mediów w kreowaniu i ramowaniu problemu społecznych od dawno dostrzegają medioznawcy i socjologowie. Ci ostatni podkreślają, że media często współtworzą zjawisko moralnej paniki (popłochu moralnego, straszaka moralnego), generując nieadekwatne w sile społeczne reakcje



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

emocjonalne w stosunku do określonego problemu/zjawiska/kategorii społecznej. **Warto zatem współpracować z mediami, by zapobiegać nieadekwatnym reakcjom społecznym na pojawiające się problemy i nowe instytucje, unikać „krucjat moralnych”, a działać trafniej i skutecznie oraz przeciwdziałać zjawisku NIMBY (zwłaszcza dla lokalizacji usług dla osób doświadczających kryzysów psychicznych i z uzależnieniami)<sup>83</sup>.**

- 4) Uczelnie działające na lokalnym poziomie (prywatne i publiczne), których rola w kształtowaniu postaw i świadomości społecznej może być wieloraka:
- jako podmiotu partnerskiego, wspierającego ekspercko działania centrum i kształtującego kontakty międzyinstytucjonalne (pracownicy naukowcy w roli konsultantów, badacze, diagnostów, ewaluatorów);
  - jako podmiotu kształcącego przyszłe kadry w zawodach społecznych i medycznych o odpowiednich umiejętnościach i wrażliwości społecznej dotyczącej obszaru zdrowia psychicznego (por. ramka 2). **Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego może we współpracy z akademickimi biurami karier przygotowywać staże studenckie, przyjmować praktykantów z uczelni, realizować programy ambasadorskie z udziałem studentów, brać udział w kształtowaniu programu studiów w oparciu o kontakt z centrum i osobami doświadczonymi** – na niektórych uczelniach organizowane są centra czy laboratoria studiów nad dostępnością i niepełnosprawnością, co szczególnie sprzyja wypracowaniu odpowiedniej oferty dydaktycznej;
  - jako podmiotu dostarczającego usług dla uczelni, tj. dla studentów i pracowników w kryzysie zdrowia psychicznego, w rehabilitacji zdrowotnej, zwłaszcza we współpracy z uczelnianymi biurami ds. osób z niepełnosprawnościami. Przykładowe, ŚCZP w Koszalinie uruchomiło całodobową infolinię telefoniczną dla studentów Politechniki Koszalińskiej.

---

<sup>83</sup> NIMBY (ang. *Not In My Back Yard*, „nie na moim podwórku”) – pejoratywne określenie postaw i działań osób, które wyrażają swój sprzeciw wobec pewnych inwestycji w ich najbliższym sąsiedztwie, choć nie zaprzeczają, że są one potrzebne społecznie, najlepiej jednak, by zostały umieszczone w innej lokalizacji. W efekcie projekty społeczne mogą nie być zrealizowane w ogóle ze względu na podobny sprzeciw mieszkańców innych okolic.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **„Lokalność” i jej cechy jako czynnik sukcesu i porażki we wdrażaniu środowiskowego centrum zdrowia psychicznego**

Cechy lokalne, tzn. szeroko pojęte środowisko lokalnego, jest ważnym obszarem dla powodzenia wdrażania i utrzymania innowacji społeczno-organizacyjnych. W tym kontekście pod uwagę należy brać kilka grup czynników:

- 1) Czynniki związane z popytem na usługi, wynikające z potrzeb społecznych, czyli cech społeczno-demograficznych klientów centrów (np. wiek, płeć, stan zdrowia fizycznego, występujące zaburzenia psychiczne i czas ich trwania), ale również związane z potrzebami rodzin/bliskich klientów, współtowarzyszących im w kryzysach i w chorobie oraz potrzebujących wsparcia w tym towarzyszeniu; profil klientów może się zmieniać również ze względu na zawiązywane przez centra kooperacje z innymi podmiotami, np. partnerstwo/kooperację z podmiotami świadczącymi wsparcie dla szczególnych zbiorowości kategoryalnych, m.in. seniorów (choroby wieku starczego, np. depresja), rodziców zastępczych i ich podopiecznych (diagnoza zaburzeń zachowania, choroby psychiczne, FAS); profil klientów, ale też usług, jest też związany z ogólnymi cechami społeczno-demograficznymi ludności na danym obszarze, m.in: tereny o nasilonej emigracji (osamotnienie, kryzysy rodzinne), tereny z intensywnym procesem starzenia się populacji (zmiany i choroby wieku starczego, wdowieństwo, samotność), tereny z silną imigracją wewnętrzną i zewnętrzną (psychiczne koszty adaptacji, szok kulturowy, PTSD, trudności integracyjne), itp. Oznacza to, że ŚCZP jako usługodawca adaptuje ofertę do środowiska i musi ją elastycznie zmieniać ze względu na wydarzenia ujawniające nowe cechy populacyjne.
- 2) Czynniki kształtujące podaż usług, związane z materialnymi i niematerialnymi zasobami lokalnymi, odnoszące się do funkcjonującej oraz dostępnej cenowo, przestrzennie i dostosowanej architektonicznie i w urządzenia infrastruktury wsparcia publicznego (w tym poradnie psychologiczno-terapeutyczne, oddziały szpitalne, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki interwencji kryzysowej), oferty usług spoza sektora publicznego, tj. organizacji pozarządowych (szkolenia, terapie, poradnictwo,

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

informacja) i podmiotów komercyjnych (np. prywatne gabinety terapeutów), dostępnością kadr społecznych czy medycznych;

- 3) Czynniki kształtujące podaż, odnoszące się do systemów aksjologicznych i kodów kulturowych w środowisku lokalnym: funkcjonujące stereotypy społeczne, praktyki naznaczania społecznego, uniważnianie problemów społecznych i praktyki wstydu w danym lokalnym środowisku, tendencje kulturowe do urodzinniania pomocy vs. występowania o wsparcie zewnętrzne, praktyki pomagania, osadzające się na kulturowych aspektach w działaniach służb społecznych (jawna i ukryta dyskryminacja klientów w kryzysie psychicznym w praktykach pomocowych w sektorze pomocy społecznej, w obszarze ochrony zdrowia, wśród nauczycieli i pedagogów);
- 4) Czynniki kształtujące podaż natury politycznej, tj.: sposoby programowania zadań publicznych (sposoby diagnozowania problemów społecznych, ich definiowania w agendach lokalnych, formułowanie rozwiązań), wpisanie ich w lokalne programy zarządzania sfera społeczną, powiązanie z innymi strategiami polityk publicznych, uwspólnianie i uspołnianie działań na poziomie przedmiotowym i podmiotowy, a przede wszystkim wola polityczna podejmowania działań.

Dobrym przykładem sukcesu wspólnych działań, osiąganym m.in. ze względu na zrozumienie problemu i wolę polityczną jest powstanie bielańskiego ŚCZP, gdy władze Dzielnicy Bielany w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego wspólnie z władzami Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego pozyskały prawie 30 mln zł na budowę bielańskiego Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego.

Jak pokazują przytoczone przykłady sukces środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla młodszych i starszych mieszkańców zależy nie tylko od zasobów infrastruktury i środków finansowych, ale też od uznania ich istotności przez władze i użyteczności przez potencjalnych beneficjentów wsparcia, przyjęcia modelu niekonkurowania z innymi służbami o klienta lecz współpracy i wypracowania kultury zaufania. Realizacja zadań



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

centrum jest powiązana z wzorcami prowadzenia lokalnych polityk publicznych, w tym polityki zatrudnienia, reintegracji i aktywizacji, pomocy społecznej, polityki rodzinnej, polityki wobec osób z niepełnoprównościami, mieszkaniowej. Działania ŚCZP przecinają lokalne polityki horyzontalnie (w poprzek), co wymaga działania poza branżą, sektorem, obszarem, inaczej niż w klasycznej polityce wertykalnej.

### **Poza międzysektorowością i międzyresortowością: wyzwanie „międzycentrowość”**

Przed środowiskowymi centrami zdrowia psychicznego stoi wyzwanie prowadzenia działań na styku sektorów (publiczny/prywatny/pozarządowy/niefORMALNY), resortów (zdrowie/pomoc społeczna), szczebli samorządu (gmina/powiat).

O ile w zakresie współpracy międzysektorowej czy międzyresortowej powstały już opracowania poradnikowe i dobre praktyki do innych polityk publicznych (które można zastosować analogicznie w wypadku ŚCZP), o tyle centra zdrowia psychicznego muszą liczyć się z obecnością podobnych organizacyjnie i merytorycznie podmiotów. Organizacje te, podobnie jak centra, działają w środowiskach lokalnych, w roli koordynatora usług socjalnych lub społecznych oraz jako dostawcy specjalistycznych usług dla zbiorowości kategoryalnych – zgodnie z przepisami uchwalonego prawa. Te relatywnie nowe i bardzo nowe podmioty to centra usług społecznych (Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, Dz.U. z 2019 r., poz. 1818) i centra zdrowia 75+ (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej, Dz. U. z 2023 r., poz. 1831), z którymi centrum zdrowia psychicznego może wejść w kooperację lub konkurować o klientów, kandydatów do pracy czy dodatkowe zasoby. Bez względu na wybór strategii ŚCZP musi się spozycjonować w środowisku lokalnym na tle innych podmiotów np. na drodze specjalizacji usług oferowanych mieszkańcom na danym terytorium.

Centrum usług społecznych jest ważnym podmiotem w przyjętej na poziomie rządowym strategii decentralizacji usług społecznych. W dokumencie „Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” sformułowano cel 4: „Stworzenie skutecznego systemu usług społecznych dla osób z

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

zaburzeniami psychicznymi”, z celem operacyjnym dotyczącym wdrożenia systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi przez:

- 1) *koordynację, przez jednostkę samorządu terytorialnego, wsparcia w formie usług społecznych dla rodzin i osób sprawujących funkcję opiekuna osób z niepełnosprawnościami;*
- 2) *wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie powołania na terenie jednostek samorządu terytorialnego koordynatora usług społecznych;*
- 3) *promocję tworzenia CUS jako instytucji koordynującej usługi społeczne;*
- 4) *tworzenie nowych CUS i sieciowanie istniejących CUS;*
- 5) *opracowanie standardów i katalogów usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.*

Centra usług społecznych są wprost wymienione w dokumencie strategicznym jako koordynatorzy usług społecznych a ich wzrost liczebny i rozwój jest jednym z katalizatorów zmian decentralizacyjnych w obszarze zdrowia psychicznego. CUSy mają zapewnić Polakom i Polkom skoordynowany dostęp do spersonalizowanych publicznych usług społecznych oraz upowszechniać społeczne formy wsparcia: jak wolontariat, samopomoc czy pomoc sąsiedzką. Są pomyślane jako instytucja jednego okienka, gdzie mieszkańcy po uzgodnieniu z pracownikami CUS indywidualne plany usług na okres od 3 do 12 miesięcy bez konieczności osobnych wizyt i rejestracji u każdego z potrzebnych specjalistów i gromadzenia odrębnej dokumentacji. W latach 2020–2023 powstało 56 CUS-ów (13 w gminach miejskich, 24 w wiejskich a 19 w gminach miejsko-wiejskich lub wiejsko-miejskich). Przede wszystkim do ich organizacji wykorzystano środki PO WER (41 centrów usług społecznych). Przypuszcza się, że od 2024 r. „druga fala” CUS-ów powstanie dzięki finansowaniu ze środków EFS+ (FERS). CUS-y często powstają na bazie OPS-ów, które już mają wypracowane metody działania, są w nich stosowane metody pracy środowiskowej, przede wszystkim organizowanie społeczności lokalnej.

Raport ewaluacyjny pokazał, że 24 CUS-ów działających w 2022 r., koncentrowało się na usługach kierowanych do rodzin (w tym mających problemy z członkami z zaburzeniami emocjonalnymi, problemy wychowawcze, problemy opiekuńcze, kryzysy, konflikty itp.),



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

seniorów, osób z niepełnosprawnościami i innych osób niesamodzielnych lub z ograniczonymi możliwościami samodzielnego funkcjonowania, dzieci i młodzieży, społeczności lokalnej, osób bezrobotnych (Karwacki i Rymsza, red., 2023). Jednocześnie w badanych centrach usług społecznych planowano uruchomić asystenturę dla osób z niepełnosprawnościami i dla seniorów, asystenturę rodziny, opiekę wytchnieniową, usługi poradnictwa psychiatrycznego, psychologicznego, psychoterapia<sup>84</sup>, usługi mediacji, usługi opiekuńcze dla osób starszych i niesamodzielnych w miejscu zamieszkania, usługi transportowe dla osób o ograniczonych możliwościach poruszania się, usługi remontowe, naprawcze i porządkowe dla osób o ograniczonej zdolności do podejmowania takich prac. Usługi wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego są jednymi z usług świadczonymi lub planowanymi do uruchomienia w nowych jednostkach koordynujących usługi lokalne. Jest to istotna informacja w perspektywie koordynowania usług społecznych świadczonych na danym terenie w perspektywie dublowania usług: dwa typy centrów (CUS i ŚCZP) oferujące podobne wsparcie dla mieszkańców danego powiatu powinny „dostrzec się wzajemnie”, by rozpocząć ewentualnie dialog dotyczący własnej oferty.

Kolejnymi podmiotami, które pojawią się w środowiskach lokalnych są centra zdrowia 75+, które kierowane są do seniorów i mają być odpowiedzią na braki w opiece geriatrycznej. Planuje się, że powstanie ponad 300 takich jednostek, a ich uruchomienie systemu będzie kosztować w pierwszym roku ok. 250 mln zł, a w kolejnych latach - 2,5 mld zł. Centrum ma być tworzone przez powiat: w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego wskazanego w wojewódzkim planie, albo jako nowy podmiot leczniczy utworzony przez powiat, w formie spółki kapitałowej albo samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wskazany w wojewódzkim planie. W jego skład mogą też wejść oddziały geriatryczne. W centrum udziela się świadczeń opieki zdrowotnej zakresu z zakresu geriatry, fizjoterapii, opieki psychiatrycznej (psycholog), dietetyczne, terapii zajęciowej i edukacji zdrowotnej, a także zapewnia transport i wyżywienie.

W centach zdrowia 75+ też mają funkcjonować koordynatorzy odpowiedzialni za opracowanie i zrealizowanie indywidualnego planu dla osoby uprawnionej i w porozumieniu

---

<sup>84</sup> Plany takie miało 10 CUS-ów na 24 badanych (podkreślenie rodzaju usług – własne)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

z tą osobą, który obejmuje oprócz wskazania celu i postępowania terapeutycznego określenie potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych pacjenta, w tym potrzeby zbadania przez właściwy ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych możliwości objęcia go świadczeniami z zakresu pomocy społecznej lub usługami społecznymi. Indywidualny plan jest opracowywany przez zespół geriatryczny, w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog i koordynator opieki geriatrycznej.

Powstają zatem trzy rodzaje centrów: usług społecznych, zdrowia psychicznego, zdrowia 75+, które mają koordynować dostarczenie specjalistycznych zindywidualizowanych usług dla potrzebujących. We wszystkich z nich pojawiają się usługi dla osób w kryzysach psychicznych i z zaburzeniami psychotycznymi. Muszą zatem zostać wypracowane mechanizmy koordynacji wśród koordynatorów, by nie dublować zadań i nie przeciążać partnerów usług ani monopolizować ich na danym terenie, jak również w celu zapewnienia usługodawców o najlepszych kwalifikacjach (każde centrum tworzy własne sieci współpracy i zarządzania nimi, ale też ma ograniczyć dostępność usługodawców i partnerów dla innych).

Wymienione podmioty zaczną pozycjonować się względem siebie i tworzyć relacje ze sobą. Kontakty i relacje pomiędzy różnymi podmiotami, reprezentującymi odmienne grupy interesów, cele i strategie w ramach określonego obszaru polityki społecznej, opisuje – w uproszczeniu - model „czterech k” (*four C*; Najam, 2000)<sup>85</sup>. Są to:

- 1) kooperacja: podmioty dążą do osiągnięcia podobnych celów przy użyciu podobnych strategii;
- 2) konfrontacja: podmioty dążą do różnych celów przy pomocy odmiennych strategii;
- 3) komplementarność: podmioty dążą do podobnych celów, lecz preferują odmienne strategie;
- 4) kooptacja: podmioty preferują podobne strategie dla osiągnięcia odmiennych celów

W wypadku najbardziej pożądanых relacji: kooperacji i komplementarności podmioty mają szansę utworzyć spójną sieć jednostek transferujących zasoby i usługi pomiędzy sobą dla

---

<sup>85</sup>Typologia relacji powstała dla sektora pozarządowego i rządu, ale z powodzeniem może być wykorzystywana dla wskazania dopasowani, starć, napięć w wypadku ustalania relacji pomiędzy aktorami zbiorowymi.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

konkretnych użytkowników/klientów. W wypadku kooptacji i konfrontacji mogą powstać sieci konkurencyjne, krótkookresowe, fragmentaryczne i wykluczające.

Ważne zatem, aby ustalić sieci, czyli wzory interakcji pomiędzy organizacjami (Kjaer, 2009) i zarządzać siecią podmiotów na danym terenie, której potencjalnymi punktami węzłowymi będą różnego typu centra. W ramach sieci podmioty mogą wymieniać środki/zasoby (np. informację, wiedzę), aby osiągnąć wyznaczone cele. Pamiętać przy tym należy, że sieci przekształcają proces zarządzania sferą publiczną, tj. zacierają się granice sektorów a administracje muszą liczyć się z pozostałymi uczestnikami sieci. Ponadto sieć wykazuje zdolności do samoorganizacji, ale też tendencję do zamknięcia, wykluczanie podmiotów. Ważne jest zatem monitorowanie przez zarządzanie sieciami. Dotyczy ono zarządzania grą i strukturyzowania sieci. Zarządzanie grą polega na wywieraniu wpływu na uczestników sieci w celu osiągnięcia porozumienia (np. negocjowanie, mediowanie czy facylitacja), zaś strukturyzowanie sieci to modyfikowanie jej cech.

Sieci zatem mogą być elastyczne i innowacyjne w zakresie forsowania nowych koncepcji działania i ich wprowadzania, ale mogą też zakłócać proces demokratyczny, gdy służą tylko interesom niektórych, a nie interesowi wspólnemu (Kjaer, 2009, s. 69). Stąd – dostrzegając korzyści (m.in. społeczne zaangażowanie podmiotów, włączonych w procesy decyzyjne i wykonawcze) i trzeba monitorować zagrożenia (jednostronność interesów i zwrócenie się ku stronom wyrażającym silne interesy), co może prowadzić do fragmentacji działań lokalnych.

### **Koordinacja usług medycznych i społecznych wokół zdrowia psychicznego**

Wprowadzenie społecznych i medycznych usług oznacza wypracowanie współdziałania wśród przedstawicieli zawodów pomocowych i zakresu ochrony zdrowia. Współpraca pracowników medycznych i społecznych na styku dwóch sektorów nie jest prosta. W procesie testowania modelu było to spore wyzwanie. Wskazać można trzy elementy graniczne pomiędzy ochroną zdrowia a wsparciem społecznym, tj. finansowy (oddzielne fundusze), administracyjny (ściśle oddzielnie leczenia i opieki/pomocy społecznej, co prowadzi do ograniczenia świadczeń tylko do tych przypisanych danej sferze praktyki), zawodowy (pomiędzy profesjami, próbującymi



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

narzucić wzajemnie własne ideologie zawodowe; Lewis, 2008). Bariery te utrudniają personalizację i koordynację usług w ramach *case managementu*.

Dobra koordynacja usług medycznych i społecznych powinna przede wszystkim przeciwdziałać niskiemu poziomowi wykorzystywania dostępnej usługi i występowaniu zjawiska *non-recours* (ang. *non-take up*), czyli nierealizowaniu praw socjalnych obywateli<sup>86</sup>. *Non-recours* to wszystkie sytuacje (bez względu na przyczynę), w których dana osoba nie wykorzystuje przysługujących jej świadczeń materialnych i niematerialnych. Może to wynikać z nieformalnych reguł utrudniających jednostkom egzekwowanie ich praw socjalnych lub z braku przygotowania umiejętności, by przeprowadzić roszczenia (stąd tak ważne są usługi przygotowujące na transfer innej usługi). Znaczenie mają pozaprawne kryteria, związane z zasobami kapitału kulturowego, społecznego i osobiste umiejętności klienta czy petenta danego urzędu, a nie jego status prawny. Na występowanie zjawiska *non-take up* narażone mogą być szczególnie osoby w kryzysach psychicznych, doświadczających zaburzeń psychicznych i uzależnionych, których stan często uniemożliwia skuteczne domaganie się realizacji przysługujących im uprawnień a one same mogą być narażone na praktyki dyskryminujące ze strony profesjonalistów i nieprofesjonalistów. Podczas testowania modelu ujawniono takie praktyki w środowiskach lokalnych, co wskazuje jak szczególnie ważne są działania usługowe i rzecznicze centrów:

*W naszych pacjentach jest duży lęk przed kontaktem z instytucją, ich to przeraża i nie wiedzą jak się zachować. Nie zdają sobie sprawy z procedur. Mnie się zdarzało napisać odwołanie (...) od decyzji Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. To była osoba chorująca psychicznie i wiem, że ten człowiek sam by sobie nie poradził. (...) Chłopak dostał wypowiedzenie od pracodawcy za porozumieniem stron, podpisał (...), a potem się okazało, że nie dostanie zasiłku dla bezrobotnych. Nie miał świadomości, że podpisując wypowiedzenie zostanie*

---

<sup>86</sup> We Francji działa specjalna instytucja badawcza – *Observatoire des non-recours aux droits et services* (Odenore), która zajmuje się analizowaniem wielorakich i wieloaspektowych skutków tego zjawiska. Karolina Sztander-Sztanderska (2018) podkreśla, że w wypadku Polski tego typu praktyki zaniechania realizacji przysługujących jednostkom praw są “przezroczyście” i rzadko są one badane. Równie rzadko analizuje się ich społeczne i polityczne konsekwencje. Zob. Sztander-Sztanderska, 2018, s. 19-20.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*pozbawiony świadczenia. Napisałam odwołanie i pracodawca sprostował świadectwo pracy. Zrozumiał swój błąd i udało się. Myślę, że gdyby nie było Klubu, to on by nawet nie wiedział gdzie z tym pójść. (Testowanie modelu, 2020, s. 26)*

Ponadto lokalna działalność ŚCZP jako forma innowacji społecznej, łącząca wymiar medyczny i społeczny, odchodząca od sektorowej fragmentaryzacji wsparcia, ujawnia niewidoczne na poziomie krajowym i lokalnie luki wsparcia, w odniesieniu do osób należących do określonych grup społecznych lub zaniechane zadania publiczne. W testowaniu modelu ujawniono systemowe lukę w ofercie pomocowej kierowanej do młodzieży i młodych osób, które mają problemy ze zdrowiem psychicznym a nie są w systemie formalnej edukacji (porzuciły szkołę) i nie pracują. Mogą to być osoby z niepełnoprawnością, zależne od swoich rodziców, ale też młodzi kwalifikowani jako NEET<sup>87</sup> (ang. *neither in employment nor in education or training*, poza systemem edukacji, pracy i szkoleń), którzy nie są wpierani ani w instytucjach powiązanych z systemem edukacji ani zatrudniania (warto zwrócić uwagę, z coraz więcej działań UE kierowane jest do tej kategorii osób). ŚCZP jest instytucją, która ma duże szanse na ujawnienie problemów nowych w danym środowisku lokalnym, niestandardowych lub niszowych oraz ma potencjał w kooperacji z innymi podmiotami na metodyczne opracowanie zasad oraz sposobów ich rozwiązywania.

Funkcjonowanie środowiskowego centrum zdrowia psychicznego wraz z siecią partnerskich instytucji na danym terenie rodzi pozytywne skutki nie tylko w postaci udzielonej indywidualnej i spersonalizowanej pomocy osobie potrzebującej, ale służy szerszym zmianom społecznym, związanym – jak opisanych przykładach - z działalnością diagnostyczno-odkrywczą i rzeczniczą dla określonych kategorii społecznych.

---

<sup>87</sup> Według danych Eurostatu z 2022 r. odsetek osób w wieku 15-29 lat w Polsce, pozostających poza rynkiem pracy, edukacją i szkoleniami, wynosił niecałe 11 i był nieco niższy niż średnia unijna (dla EU – 11,7). Statistics on young people neither in employment nor in education or training, 2023. Statistics on young people neither in employment nor in education or training - Statistics Explained (europa.eu) (data dostępu: 26.11. 2023 r.). W Polsce NEET łączy się głównie z biernością zawodową, zatem liczby młodych ludzi nieobecnych na rynku pracy nie odzwierciedla stopa bezrobocia (Giemza, 2023).



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Służby społeczne i medyczne w środowiskach lokalnych**

Powodzenie centrów zdrowia psychicznego zależy od dostępności dobrze wykwalifikowanej kadry. W chwili obecnej na poziomie ogólnokrajowym występują braki kadrowe w systemie opieki psychiatrycznej, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży. Model środowiskowy nie zaistnieje bez lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów, terapeutów środowiskowych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, asystentów rodzinnych itp. W odniesieniu do personelu medycznego na poziomie ogólnopolskim zwiększono liczbę miejsc na specjalizacji psychiatrycznej dla studentów medycyny, skrócono czas specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy pediatrów czy zorganizowano bezpłatnych szkoleń z zakresu psychoterapii dzieci i młodzieży. Te działania są konieczne, ale na nie mają na nie bezpośredniego wpływu samorządy ani społeczności lokalne. W dalszym ciągu występują niedobory lekarzy psychiatrów. W 2022 r. specjalizację psychiatrii posiadało 3600 lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (rok wcześniej 3500), co stanowiło 4,1% ogółu lekarzy specjalistów (na 88 200 specjalistów ogółem pracujących bezpośrednio z pacjentem) (GUS 2023). Tym bardziej istotne jest budowanie „pomostów” pomiędzy przedstawicielami różnych zawodów pomocowych (do nich zalicza się też personel medyczny), aby nieliczne kadry lekarskie i pielęgniarskie miały oparcie w kompetentnych pracownikach innych zawodów pomocowych. Jest to trudne, bowiem lekarze, psychologowie, pielęgniarki mają rozpoznawalne społecznie zestawy czynności a ich prestiż zawodowy jest mimo wszystko wyższy niż np. pracownika socjalnego. Wzajemny kontakt łatwo może przerodzić się w asymetryczne relacje, które zbudują opór słabszej pozycyjnie strony i wzajemny niekonstruktywny dystans (jak w wypadku służb pomocy społecznej i wymiaru sprawiedliwości w pieczy zastępczej).

Wypracowanie pola współpracy pomiędzy służbami centrum a tymi z obszaru szeroko rozumianej pomocy społecznej wymaga nie tylko wzajemnym poznania się osobowego, ale przede wszystkim poszerzenia poznawczego (wzajemne przekazywanej wiedzy o podmiocie i przedmiocie działań pomocowych) i metodycznego, co owocuje postawą otwartości i wzrostem akceptacji dla innowacji społecznych:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Był to obszar [praca na rzecz OZDKP – przyp. red.], którym zajmowało się 3-4 pracowników socjalnych. Większa część (...) chciała być jak najdalej od tego, przez nieznamość i niezrozumienie tematu, bo (...) boimy się rzeczy, których nie znamy czy nie rozumiemy. (...) Jak się zaczęła realizacja projektu, pracownicy zaczęli mieć tłumaczone o co chodzi i zaczęli się wdrażać w projekt i to jest zupełnie co innego. [...] Myślę, że 90% pracowników socjalnych zupełnie inaczej podchodzi do osób doświadczających kryzysu czy będących w kryzysie. (...) Dużo więcej wiedzą na ten temat i zmienili się (...). Przede wszystkim nie boją się pracy z takimi osobami i to jest podstawa (...). Wliczając w to asystentów rodziny (...). Zmiana dokonała się naprawdę bardzo duża, oczywiście na plus. (Testowanie..., 2020, s. 49),*

Zatem działania lokalne powinny być skierowane na wykorzystanie dostępnych zasobów i budowanie platform wzajemnej komunikacji, czyli:

- sięgnięcie nie tylko specjalistów, ale też przedstawicieli samiprofesji: od 2019 r. uregulowano zawód asystentów zdrowienia, znanych wcześniej jako eksperci przez doświadczenie (osoby z doświadczeniem choroby lub zaburzenia psychicznego, którzy po odpowiednim przygotowaniu w trakcie odpłatnych kursów, towarzyszą i wspierają pacjentów). Asystenci zdrowienia pełnią rolę łącznika pomiędzy personelem medycznym a chorym i jego rodziną, są osobami, które rozumieją jego stan, potrafią objaśnić sytuację i przetłumaczyć „język medyczny” na język potoczny. Są istotnym elementem przejścia na uśrodkowiony model opieki psychiatrycznej, jednak ich rola oraz zadania muszą być dobrze zrozumiane przez pacjentów i personel medyczny, czemu powinna służyć odpowiednia akcja informacyjna i umiejętności zarządzania organizacją ich pracy. Powinny również wdrażane procedury oceny i monitorowania pracy asystentów i jej superwizji, by przeciwdziałać zagrożeniom wynikającym z przeciążenia i wypalenia asystentów czy wywołania stanów wznowy choroby;

- przeszkolenie i uwrażliwienie przedstawicieli zawodów pomocowych z obszaru wsparcia społecznego na kwestie związane z kryzysami i zaburzeniami zdrowia psychicznego u jednostek oraz ich wpływu na rodzinę. Profesjonalni pomagacze, w tym pracownicy socjalni, przechodzą edukację formalną, jednak jak wskazują pogłębione badania pracownicy pomocy społecznej posługują się tzw. praktycznej mądrością w codziennych działaniach i w procesie pomagania, która często ma większe znaczenie niż teorie formalne, nabyte w toku kształcenia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

i praktyki zawodowej (Kudlińska, 2014, s. 142-143). Praktyczna mądrość jest szczególnie rozpowszechniona wśród zawodów mających słabsze podstawy teoretyczne i gdzie kryteria efektywności są trudne do sprecyzowania. Jest obecna m.in. w zawodach związanych z pracą socjalną, doradztwem, psychoterapią, które dostarczają usługi zbiorowościom dotkniętym problemami społecznymi, szczególnie tymi opornymi na zmiany. Oznacza, że zadaniem centrum jest dostarczanie wiedzy profesjonalistom, z którymi współpracują, prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, zwłaszcza w perspektywie ustalania zasad pracy z rodziną osoby w kryzysie psychicznym. Efekty tej pracy są widoczne i potwierdzone w testowaniu, o czym świadczą wypowiedzi osób zaangażowanych we wdrażanie modelu:

*Jeżeli chodzi o pracowników instytucji (...) rozmawiamy teraz używając tego samego języka, więc zrozumienie kryzysu psychicznego uległo radykalnej zmianie. Wiedza pracowników instytucji też (...) uległa dużej zmianie. (Testowanie., 2020, s. 49).*

### **Spotkanie pomiędzy standardami usług świadczonych w obszarze zdrowia psychicznego i wsparcia społecznego**

Wprowadzenie spersonalizowanych skoordynowanych usług społecznych wymaga wprowadzania standaryzacji w trosce o ich rezultat końcowy w odniesienia do dobrostanu usługobiorcy, zwłaszcza gdy usługi świadczą podmioty z dostępem do różnych zasobów i o różnym zakresie formalnej profesjonalizacji (np. eksperci przez doświadczenie). Standardy ujednolicają możliwy i zakładany wynik usługi (równość w dostępie do i jakości oferty), pozwalają eliminować drogie, ale mało skuteczne metody działania, są też podstawą do zlecania i rozliczania zadań publicznych (Grabowska, 2023, s. 69). Standaryzowanie czynności i procedowanie jest konieczne do kontroli jakości usług zorientowanych na osobę i zazwyczaj formułuje się „zestawy łatwych do oceny dowodów, iż dany wymóg został spełniony (w kategoriach celów chodzi o kryteria ich realizacji, wskaźniki tych kryteriów oraz wymogi poziomu osiągnięć mierzonych tymi wskaźnikami)” (Szarfenberg, bd, s. 84). Jakość usług „można przedstawić w trójkącie między profesjonalistą, obsługiwanym i organizacją, w którego centrum jest dana usługa (...). Na styku działań poszczególnych aktorów procesu świadczenia usługi społecznej wykonywane są czynności, co do których można wyznaczyć

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

szczegółowe kryteria jakości” (Grabowska, 2023, s. 69). Oznacza to, że same kompetencje wykonawcy usługi nie przesądzają o jej jakości, bo za nią też odpowiada organizacja jako struktura zarządzająca i produkująca usługi oraz sam biorca wsparcia.

Standardy świadczenia usług z zakresu ochrony zdrowia psychicznego są zapisane m.in. w odpowiednich rozporządzeniach, a środowiskowe centra zdrowia psychicznego działają według Standardów Zintegrowanych Świadczeń Oparcia Społecznego w ŚCZP. Te wytyczne spotykają się ze standardami służb społecznych, gdy centrum kooperuje z innymi podmiotami lokalnej polityki społecznej. W obszarze usług pomocy społecznych i integracji społecznej powstały standardy pracy socjalnej, interwencji kryzysowej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, poradnictwa specjalistycznego jak również modele realizacji usług o określonym standardzie w gminie, powiecie i mieście na prawach powiatu (Grabowska, 2023, s. 70). Realizowano też mniejsze inicjatywy standaryzacyjne, skierowane do określonych grup klientów, np. osób z niepełnosprawnościami. Wciąż nie mają one charakteru systemowego, co oznacza, że pomiędzy służbami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego a szeroko rozumianym systemem pomocy społecznej i integracji dochodzić będzie do uzgodnień na poziomie operacyjnym, ale również etycznym w określonym kontekście lokalnym.

W każdej z tych ścieżek: medycznej i społecznej - obok występowania sformalizowanych standardów ogólnokrajowych i lokalnych - ma po prostu miejsce praktykowanie standardów, czyli ich stosowania w praktyce, które jest wypadkową oddziaływania standardów formalnych i tych wynikających z praktycznej mądrości przedstawicieli służb społecznych (zob. tabela 1). Wzrost znaczenia wystandaryzowanych procedur, monitorowanie ich wdrażania i stosowania minimalizuje wpływ wiedzy praktycznej. Warunkiem skuteczności standardów sformalizowanych jest ich realność, czyli możliwość zastosowania w toku codziennych czynności zawodowych w określonych okolicznościach. Jednocześnie ich wdrożenie może napotykać na opór wynikający z rutyny i przyzwyczajień przedstawicieli służb medycznych i społecznych, co ma szczególnie znaczenie przy przechodzeniu na nowy środowiskowy model opieki osób w obszarze zdrowia psychicznego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

**Tabela 1.**

Możliwe typy standardów

<i><b>Elementy różnicujące</b></i>	<i><b>Podstawa teoretyczna</b></i>	<i><b>Formalizacja</b></i>	<i><b>Powszechność</b></i>	<i><b>Jednolitość /zróżnicowanie</b></i>
<i><b>Ogólnokrajowe</b></i>	Teorie formalne naukowe i praktyczne	Sformalizowane, spisane, zawarte w aktach prawnych krajowych i dokumentach strategicznych oraz w dokumentach organizacji ogólnopolskich	Powszechne na terenie kraju	Ujednocające działanie w skali kraju
<i><b>Regionalne (lokalne)</b></i>	Teorie formalne naukowe i praktyczne	Sformalizowane, spisane, zawarte w aktach prawa miejscowego i w lokalnych dokumentach strategicznych; w sformalizowanych dokumentach organizacji	Zasięg oddziaływania lokalny (gminny, powiatowy, regionalny)	Ujednocające działanie w skali regionu, powiatu lub gminy
<i><b>Praktyczne</b></i>	Teorie nieformalne praktyczne (z elementami teorii formalnych)	Niesformalizowane lub słabosformalizowane, często niespisane, wzorzec działania wyprowadzony indukcyjnie od pojedynczego przypadku do ogółu i stosowany do wszystkich przypadków; wpływ standardów lokalnych i ogólnokrajowych	Zasięg oddziaływania – w skali organizacji, niekiedy lokalny	Działanie słaboujednocające, dopuszczające zróżnicowanie wzorca działania w zależności od wykonawcy

Źródło: Raclaw, 2017, s. 272.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Wprowadzenie standardów nie oznacza wyłącznie wdrożenia określonych procedur organizacji i transferowania usługi, gdyż „wszelkie udzielanie pomocy jest sytuacją etyczną” (Kaczyńska, 1998, s. 289). Wprowadzenie standardów etycznych, jak zaznacza Marta Łuczyńska (1998), stanowi element budowania etosu zawodowego, wpływając na określenie zasad miejsca i odrębności danego zawodu od pozostałych i zawarte są w kodeksach etycznych. Kodeksy te stanowią punkt odniesienia w sytuacjach konfliktu moralnego, ale rozstrzygnięć dokonuje zawsze człowiek-profesjonalista na podstawie stosowanych i akcentowanych przez siebie standardów osobistych i moralnych. Wiele zawodów pomocowych (m.in. pracownicy socjalni, kuratorzy, terapeuci, psychologowie), posiada kodeksy etyczne, wprowadzone do organizacji i akceptowane przez środowisko zawodowe (co nie oznacza ich pełnej stosowalności w praktyce). W innych wypadkach mogą powstać poradniki z elementami wymogów etycznych, które mają walor praktyczny – zwiększają bezpieczeństwo moralne poprzez wskazówki działań, co minimalizuje lęk czy poczucie winy w trudnych sytuacjach.

W sytuacji współpracy różnych służb, tak jak jest w wypadku ŚCZP, uzgodnienie celów działań powinno również uwzględnić etyczne standardy, specyficzne dla danej profesji. Inaczej strony pozostaną na poziomie uzgodnień „zarządzania ryzykiem etycznym”, czyli ryzykiem praktycznym (w odniesieniu do zagrożeń związanych z procesami sądowymi, skargami pacjentów czy klientów, działań kontrolnych i nadzorczych uprawnionych podmiotów), powstałym ze względu na konieczność podjęcia trudnych, dylematycznych decyzji przez profesjonalistów (Reamer, 2010). Zarządzanie ryzykiem etycznym to niewątpliwie ważna kwestia, jednak nie stanowi istoty pracy z człowiekiem w potrzebie.

Funkcjonowanie standardów poszczególnych służb mogą przynosić ograniczenia w pracy mutiprofesjonalnych zespołów, nie tylko ze względu na odmienną deontologię pomagania, język służący do opisu problemu, etykę działania, ale również ze względu na istniejące przepisy prawa, np. kwestie przekazywania danych pacjenta, informacji o jego sytuacji czy odpowiedniej dokumentacji, w tym medycznej, co utrudnia nie tylko proces leczenia ale również jego stabilizacji integracji społecznej. Niestety tu w grę nie mogą wejść uzgodnienia pomiędzy służbami, ale zmiana prawa, które dając gwarancję ochrony

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

powierzanych i przetwarzanych danych, pozwala jednocześnie na skuteczne pomaganie (np. pozwalając usługobiorcy na zarządzanie przekazywaniem informacji o nim).

### **Finansowanie usług centrum zdrowia psychicznego**

Doświadczenia z wdrażania modelu środowiskowego centrum zdrowia psychicznego wyraźnie wskazują, że system *fee for service*, stanowiący opłatę za wykonanie usługi, jest nieadekwatny do realizacji usług zintegrowanych, opartych na zdrowieniu i jego efekcie końcowym, a nie zaś na pojedynczych świadczeniach. Model *fee for service* skłania do maksymalizowania liczby oferowanych świadczeń niematerialnych, często bez wglądu, monitorowania i zachowania dobrej jakości usługi, czyli bez uwzględnienia rezultatu leczenia/poprawy dobrostanu związanego z jakością dostarczonej usługi. Wprowadza też element silnej konkurencji wśród podmiotów dostarczających dane usługi na określonym terenie, by wykonać jak największą ich liczbę w określonej jednostce czasu.

Inne efekty daje wprowadzenie systemu ryczałtowego na populację, w którym znaczenie ma opieka nad pacjentem a nie pojedyncze świadczenie. Takie podejście jest szczególnie ważne w wypadku finansowania usług dla dzieci i młodzieży. Daje to możliwość większej dbałości o jakość usług oraz pozwala na tworzenie oferty dawanej punktualnie i trafnie, czyli adekwatnie do ujawnionych kryzysów i powstałych potrzeb społecznych na danym terenie, w wyniku stymulowania współpracy pomiędzy podmiotami. Trafność usług należy odnieść nie tylko do osobistej sytuacji klienta zwracającego się o pomoc, ale również do specyfiki społeczności lokalnej i terenu działania w perspektywie opieki i prewencji, który np. może charakteryzować jednocześnie ubóstwo infrastruktury i duże rozproszenie zaludnienia, generujące konieczność tworzenia zespołów mobilnych.

System ryczałtowy, nastawiany na proces zdrowienia i efekt końcowy, pozwala uwzględnić zadania związane z usługami przygotowującymi pacjenta/klienta na dostarczenie mu innych usług personalnych, które są świadczone przez inne służby społeczne czy medyczne. Kontakt z nimi, koordynacja udzielenia usług czy uczestnictwo w zespołach są zadaniami, które trudno przeprowadzać w modelu *fee for service*.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Podsumowanie

W klasycznych rozważaniach dotyczących pomocy środowiskowej, czyli wsparcia, które dostarczane jest w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej, podkreśla się, że w trojaki sposób można odczytać jej „uśrodowikowanie” (Symonds, Kelly 1998), czyli:

- jest ona świadczona w danym środowisku (na danym terytorium, w danej społeczności),
- jest ona świadczona przy wykorzystaniu sił tego środowiska, jego potencjału opiekuńczego/potencjału wsparcia (zasoby środowiska),
- jest ona świadczona dla odbiorcy z danego środowiska, mieszkańcy danego terytorium.

Analogicznie należy rozumieć ideał modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej. Środowiskowe centrum zdrowia psychicznego jest właśnie takim podmiotem, który - ze względu na obszar działania, dostawcę usług i ich odbiorcę - funkcjonuje w danym środowisku, dla danego środowiska i przy wykorzystaniu sił tego środowiska. Jednak środowiska, w którym przyszło organizować się i działać ŚCZP, są zróżnicowane ze względu na występujące zasoby (np. organizacje pozarządowe funkcjonują przede wszystkim w dużym miastach, na dobrze rozwiniętych terenach, słabiej na terenach wiejskich i w małych miastach), możliwości rozwoju społeczno-gospodarczego i kody kulturowe (których przejawami są funkcjonujące stereotypy, stygmatyzowanie czy tabuizowanie określonych zachowań ludzkich). Decentralizacja zadań społecznych zawsze przynosi lokalnie zróżnicowane efekty, nawet przy wprowadzeniu standaryzacji. Dodatkowo zainicjowany odgórnie proces deinstytucjonalizacji pogłębia odmienności w wymiarze terytorialnym. Z tego względu i mając na uwadze występujące wstępne różnice przy inicjowaniu i organizacji centrów, należy między innymi:

- z poziomu centralnego (przez odpowiednie dotacje/granty) wspierać ekonomicznie i organizacyjnie tworzenie ŚCZP zwłaszcza w rejonach słabszych gospodarczo, infrastrukturalnie lub też trudniejszych pod względem społeczno-kulturowym lub demograficznych (tj. o zaawansowanym procesie starzenia ludności, z pogłębiającą się depopulacją, gdzie rozwój określonych usług społecznych i infrastrukturalnych jest zagrożony ze względu na rozproszenie przestrzenne odbiorców i malejącą ich liczbę),
- wprowadzać zachęty dla władz samorządowych, np. za pomocą specjalnych grantów, do tworzenia przekrojowych (ponaddziedzinowych) lokalnych strategii rozwiązywania



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

problemów społecznych, które nie tylko uwzględniałyby kwestie zdrowia psychicznego, ale tworzyły sieć zintegrowanych działań rzecz i „wokół” osób chorujących, w kryzysach psychicznych i uzależnionych, a zwłaszcza dzieci i młodzieży; w wielu miejscach w Polsce istnieją powoływane przez władze samorządowe konsorcja dla lokalnych systemów wsparcia, np. dla dzieci i młodzieży<sup>88</sup>, które działając na zasadzie partnerstw jednostek publicznych i organizacji pozarządowych, dotowane z środków samorządowych, synergetycznie wzmacniają własne oferty, wspomagają kadry i wspólniają cele oraz zadania - są one dobrym przykładem dla budowania lokalnych systemów wsparcia dla zdrowia psychicznego, którego kluczowym podmiotem powinno być środowiskowe centrum zdrowia psychicznego;

- ukierunkowywanie lokalnej polityki na integrowanie działań różnych typów centrów, które potencjalnie mogą zaistnieć na danym obszarze: wzajemne porozumienie w zakresie proponowanych usług, powiązanie ścieżek wsparcia klienta i działalność rzecznicza przyczyni się z jednej strony do eliminacji marnotrawstwa środków publicznych, zasobów organizacyjnych i eksploatacji kadr przez dublowanie zadań, a z drugiej uszczelni system wsparcia lokalnego, by przeciwdziałać zjawisku luk wsparcia i niewykorzystywania oferty pomocy.
- wdrożyć system finansowania ryczałtowego i tworzyć możliwości współfinansowania różnych zadań w ramach partnerstw lokalnych;
- rozwijać społeczną świadomość dotyczącą problemów zdrowia psychicznego poprzez kampanie społeczne, organizowane we wsparciu podmiotów różnych sektorów, w tym prywatnych przedsiębiorców;
- integrować działania ŚCZP i szkół, w tym wyższych, nie tylko w obszarze usług zdrowotnych, ale również z zakresu edukacji społecznej, w tym prowadzonej przez osoby doświadczone;
- wprowadzić wzajemną edukację służb nie poprzez kursy oferowane poszczególnym służbom, ale łączną i wzajemną edukację oraz dialog, czyli rozwinąć system szkoleń wzajemnych.

---

<sup>88</sup> Takie lokalne systemy wsparcia dla dzieci i młodzieży działają m.in. na terenie dzielnic Warszawy od 6 lat.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Wreszcie na środowiskowe centra zdrowia psychicznego z perspektywy socjologicznej można popatrzeć jak na innowację normatywną (por. Sztompka, 2002), która przedarła się przez społeczne sito selekcji nowych sposobów postępowania (tu wobec osób doświadczających zaburzeń psychicznych). Teraz następuje próba jej rozpowszechnienia (dyfuzji). Losy innowacji na tym etapie mogą być różne: od wywołania przez nią negatywnych sprzężeń zwrotnych w systemie społecznym, które zminimalizują jej wpływ lub nawet wyeliminują, czasami nie tylko konserwując „stare” (kompensacja), ale nawet je radykalizując (nadkompensacja); przez amplifikację, czyli uruchomienie pozytywnych sprzężeń zwrotnych i procesów samowzmocnienia oraz przekształceń całego systemu; przez dyspersję, czyli rozproszenie innowacji, przypadkowe przekształcenia norm, wartości, instytucji, chaotyczne i nie naruszające danych struktur; po insulację, czyli swoiste zamrożenie zmiany w kształcie początkowym.

Środowiskowe centra zdrowia psychicznego są ideą zmiany i instrumentem zmian. Wytracenie potencjału przeobrażeń przez blokady prawne i mentalne, utracenie innowacji nie rozwiąże problemów społecznych w obszarze zdrowia psychicznego, a przekształci je w złożoną kwestię społeczną. Każdy z nas może stać się klientem centrów, więc każdy powinien być promotorem tej innowacji.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- Bartosiewicz-Niziołek, M., Kaczmarczyk-Partyka, S., Olszewski, B., & Ostrowska, M. (2021). The role and functioning of Mental Health Recovery Assistants (Ex-In) in the community model of psychiatric care. *Studia Psychologica: Theoria Et Praxis*, 21(2), 5–18. <https://doi.org/10.21697/sp.2021.21.2.01>
- Bednarz-Łuczewska, P. (2018). Organizacja jako członek społeczeństwa. W: D. Latusek-Jurczak, T. Olejniczak, W. Piotrowski, (red.) *Teoria organizacji, nauka dla praktyki* (s. 301-318). Wydawnictwo Poltex.
- Evers, A., Heinze, R. G., Olk, T. (2013). Wprowadzenie: Usługi społeczne – arena i generator przemian społecznych. W: A. Evers, R. Heinze, T. Olk (red.), *Podręcznik usług społecznych – przykład Niemiec*. (s. 13-42). Wyd. WSP.
- Giermanowska, E., Raclaw, M. (2014). Niepełnosprawni absolwenci szkół wyższych – nowy potencjał czy narastający problem społeczny. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica*, nr 50 (pod red. J. Grotowskiej-Leder „Nowe niepokojące zjawiska społeczne”), s. 7-26.
- Giemza, D. (2023). Ocena zmian komponentów wskaźnika NEET w krajach Unii Europejskiej z zastosowaniem testu T2 Hotellinga. *Wiadomości Statystyczne*, Nr 68(5), 20–39 <https://doi.org/10.59139/ws.2023.05.2>, dostęp:25.11.2023 r.
- Grabowska, I. (2023). Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych wspierających osoby z niepełnosprawnością. Między koniecznością a wyborem. W: M. Rymsza (red.), *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie*. (s. 53-80). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Hartmann, A. (2013). Usługi społeczne: specyfika, zadania i kierunki rozwoju z perspektywy teorii socjologicznych. W: A. Evers, R. Heinze, T. Olk (red.), *Podręcznik usług społecznych – przykład Niemiec*. (s. 91-111). Wyd. WSP
- Jabłońska, M., Krzyżanowska-Zbucka, J., Szczerbowska, K. (2023) Działania antystygmatyzacyjne w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego w (red.)(2023) Rowiński, T. *Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego: doświadczenia i rekomendacje*, s. XX0XX. Warszawa: Liberi Libri.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Kaczyńska, W. (2010). W poszukiwaniu normatywnych i aksjologicznych podstaw niesienia pomocy. W: W. Kaczyńska (red.), *O etyce służb społecznych* (s. 289-319). IPSiR UW.
- Karwacki, A., Rymsza, M. (red.). (2023). *Centra usług społecznych. Potencjał intencjonalnie wywołanej zmiany w lokalnej polityce społecznej w Polsce. Raport*, opracowanie przygotowane przez Zespół ds. monitorowania CUS w ramach prac Rady do spraw Społecznych Narodowej Rady Rozwoju, Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.
- Kaszyński, H. (2013). Edukacja społeczna na rzecz zdrowia psychicznego. W: K. Frysztacki, *Krakowskie studia pracy socjalnej* (s. 75–92). Wydawnictwo UJ.
- Kaszyński, H., Harhaj, P. (2022). *Service users involvement (SUI) w obszarze zdrowia psychicznego*, *Praca Socjalna*, nr 4(37), 93-105.
- Kjaer, A.M. (2009). *Rządzenie*, Wydawnictwo Sic!
- Kudlińska, I. (2014). Socjologia a praktyka rozwiązywania problemów społecznych – między naukowymi a nieformalnymi teoriami problemów społecznych. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica*, nr 50 (pod red. J. Grotowskiej-Leder „Nowe niepokojące zjawiska społeczne”), s. 137-150.
- Lewis, J. (2008), *The Boundary between health and social care for older people*. W: B. Bytheway, V. Bacigalupo, J. Bornat, J. Johnson, S. Spurr (red.), *Understanding Care, Welfare and Community (S...)*. The Open University Press.
- Łuczyńska, M. (2010). O odpowiedzialności etycznej pracownika socjalnego. W: W. Kaczyńska (red.), *O etyce służb społecznych* (s. 101-117). IPSiR UW.
- Najam, A. (2000). The Four C's of Third sector-government relations: cooperation, confrontation, complementary and co-optation. *Nonprofit Management and Leadership*, t. 10, nr 4, s. 375-396.
- Raław, M. (2017). *Zinstrumentalizowane rodzicielstwo. Rodziny zastępcze – między usługą a odruchem serca. Perspektywa socjologiczna*. Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.
- Reamer, F.G. (2010). Wartości i etyka pracy socjalnej: refleksje o odysei profesji. W: J.G. Daley (red.), *Postępy w pracy socjalnej (s...)* Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie.
- Symonds, A., Kelly, A. (red.). (1998). *The Social construction of community care*, Palgrave.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Szarfenberg, R. (bd)., Standaryzacja usług społecznych,  
<http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Ryszard%20Szarfenberg.pdf>

Szatur-Jaworska, B., Grewiński, M. (2021). Dylematy definicyjne w kontekście wypracowania definicji prawnej usług społecznych na potrzeby powołania centrów usług społecznych w Polsce. W: M. Rymsza (red.), Centrum usług społecznych: od koncepcji wdrożenia do przepisów ustawy. S. 33-66, IPiSS.

Sztander-Szatnderska, K. (2018). Państwo na co dzień. etnografia polityk publicznych wobec grup zmarginalizowanych we Francji, *Kultura i Rozwój*, nr 1(6).

Sztompka, P. (2002). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Wydawnictwo Znak.

Wójcik, Sz., Lignar-Paczocho, K. (2023). Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Europie. Przegląd doświadczeń państw członkowskich Unii Europejskiej. W: M. Rymsza (red.), *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie*. (s. 190-222). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

*Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r. Informacja sygnalna*. (2023). GUS.

*Testowanie modelu środowiskowych centrów zdrowia psychicznego. Raport tematyczny „Zintegrowane świadczenia oparcia społecznego w modelu ŚCZP”*.2020. Warszawa



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## **Wszystko w życiu ma swój sens: perspektywa indywidualnej rodziny w reformie psychiatrii**

Regina Bisikiewicz, Polski Instytut Otwartego Dialogu,  
email:regina.bisikiewicz@otwartydialog.pl

### **Streszczenie**

Rozdział prezentuje perspektywę członka rodziny, która doświadczyła kryzysu psychicznego. Dla Autorki była to motywacja do zaangażowania w zmianę systemu wsparcia rodzin i osób w kryzysie psychicznym. Historia jednej rodziny także jest zbieżna z powstaniem zespołu składającego się z ludzi pracujących w różnych sektorach życia społecznego, ludzi z pasją, pełnych entuzjazmu i energii. Zaangażowali się oni w zmianę systemu zdrowia psychicznego w ramach innowacji społecznej - środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego. Autorka przedstawia kolejne etapy formowania się tego zespołu, szukania w Europie dobrych praktyk, przenoszenia tych praktyk na grunt polski, szukania wzorców do stworzenia modelu środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego (Bisikiewicz, 2015) oraz sposób pozyskania finansowania na testowanie tego modelu.

Tekst jest swego rodzaju podróżą w czasie – Czytelnik towarzyszy rodzinie, której życie dramatycznie się zmieniło, gdy jeden z jej członków otrzymał diagnozę „chory psychicznie”. Liczne hospitalizacje, przerwana nauka, zerwane relacje, bezradność i brak nadziei na wyzdrowienie spowodowały, że zaczęto pytać: Jak leczone są choroby psychiczne w innych krajach? Czy są osoby, które wyzdrowiały? Jeśli tak – jaką terapię zastosowano?

Te pytania i podjęte działania doprowadziły do odkrycia finlandzkiego podejścia Otwarty Dialog. Niespotykane dotąd na świecie wyniki leczenia włączającego rodzinę i sieć społeczną – poparte badaniami naukowymi, obudziły pragnienie przeniesienia Otwartego Dialogu do Polski. Przełomem w tych działaniach był 2015 rok, gdy – dzięki współpracy z *WHO Collaborative Center* w Trieście (Fioritti i Amaddeo, 2014) – poznano środowiskowy system zdrowia psychicznego dla dorosłych (Mezzina, 2014) oparty na trzech filarach: profilaktyka – usługi medyczne – usługi społeczne. Dzięki środkom unijnym w ramach programu PO WER 4.1 Innowacje społeczne model ten został przetestowany w kilku społecznościach lokalnych. W tych społecznościach, po zakończeniu projektów PO WER, uruchamiano centra zdrowia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

psychicznego finansowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 i 2023–2030.

**Słowa kluczowe:** historia modelu, otwarty dialog, finansowanie projektowe

## Wprowadzenie

To dla mnie przywilej móc podzielić się faktami z mojego życia, które są zbieżne z procesem zmian w polskim systemie zdrowia psychicznego, a szczególnie z powstaniem środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla dzieci i dorosłych w ramach projektu PO WER 4.1 „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę”.

Kim jestem i jak to się stało, że poznałam większość osób, które są współautorami tej monografii? Razem utworzyliśmy zespół, który niestrudzenie przez kilka lat tworzył model CZP oparty na trzech filarach: profilaktyka – usługi medyczne – usługi społeczne. Studiowałam organizację i zarządzanie na jednej z wrocławskich uczelni, przygotowując się do roli menedżera procesu zmian – zarówno w biznesie, jak i w sektorze publicznym. Przez pierwsze lata mojej pracy zawodowej zarządzałam projektami, których celem było wdrażanie innowacyjnych technologii informatycznych. W kolejnym okresie mojego rozwoju zawodowego zmieniałam profil swojej pracy – skupiłam się na towarzyszeniu ludziom i organizacjom w procesie przechodzenia przez zmiany, w kształtowaniu kultury organizacji opartej na głębokim poczuciu misji, wizji i wartości. Swój rozwój w tej dziedzinie zawdzięczam zespołowi firmy *Leadership Management International*, którą założył w latach 60. XX wieku wyjątkowy człowiek, autorytet w zakresie rozwoju zawodowego i osobistego – Amerykanin Paul J. Meyer. Następnie, po prawie dziesięciu latach prowadzenia typowo biznesowych przedsięwzięć, zaangażowałam się w projekt mojego życia – udział w transformacji polskiego systemu zdrowia psychicznego.

Skąd taka zmiana? Otóż w 2005 roku bliska mi osoba niespodziewanie trafiła do szpitala psychiatrycznego i zaledwie po kilku dniach otrzymała diagnozę schizofrenii. Wcześniej nic nie wiedziałam o chorobach psychicznych, nie interesowałam się tym obszarem zdrowia, więc dla mnie i dla całej rodziny był to szok. Od początku, w trakcie kilku hospitalizacji, całkowicie polegałam na opinii lekarzy i personelu medycznego, akceptując przebieg leczenia



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

w powtarzających się kryzysach psychicznych. Rutyną było izolowanie bliskiej mi osoby przez 6–12 tygodni w szpitalu psychiatrycznym, podawanie leków psychotropowych dla eliminacji objawów i uzyskania pełnej remisji. Czas mijał, a to leczenie nie przynosiło oczekiwanych rezultatów – dziś bym to określiła jako leczenie bez efektów zdrowotnych. Wręcz przeciwnie – powtarzały się nawroty choroby, a ich przebieg był coraz gwałtowniejszy. Za każdym razem zwiększano dawki leków, próbowano też nowych leków – w tym tych o przedłużonym działaniu. Niestety kolejne hospitalizacje prowadziły do coraz większej izolacji społecznej członka mojej rodziny, powodowały coraz więcej napięcia i niezrozumienia w relacjach rodzinnych, potęgowały w nas poczucie bezsilności i braku nadziei na wyzdrowienie.

Przełomem był 2010 rok, w którym bliska mi osoba przebywała na leczeniu w trzech szpitalach psychiatrycznych – łącznie trwało to 7 miesięcy. W grudniu tegoż roku zaczęłam się zastanawiać: Czy rzeczywiście tak musi być? Jak wygląda proces leczenia w innych częściach Polski? Jak leczone są choroby psychiczne w innych krajach? Czy są osoby, które wyzdrowiały? Jeśli tak – jaką terapię zastosowano? Moja intuicja i doświadczenie w sferze biznesowej podpowiadały mi, że stawiając pytania, otwieramy się na szukanie rozwiązań, pojawia się energia do działania i nadzieja na zmianę.

Pierwsze kroki skierowałam do Krakowa, aby w ciągu dwóch dni zobaczyć miejsca, w których żył i pracował prof. Antoni Kępiński, spotkać się z rodzinami, poznać członków Stowarzyszenia „Otwórzcie drzwi”. Chciałam też poznać osoby, które prowadziły Hotel Cogito, zatrudniając w nim byłych pacjentów. Na liście spotkań miałam również wizytę w oddziale dziennym, aby przedstawić sytuację mojej rodziny i prosić o radę: Co zrobić, aby pomóc bliskiej mi osobie w powrocie do zdrowia? Tu usłyszałam słowa od jednego z lekarzy psychiatrów, które mocno mnie poruszyły: „Pani Regino, nie pomoże pani bliskiej osobie, jeśli nie zmieni się cały system. Musi rozwinąć się psychiatria środowiskowa, potrzebujemy zmiany w myśleniu o osobach chorujących, trzeba stworzyć warunki do włączenia tych osób do życia społecznego. Sama farmakoterapia nie wystarczy”. Takiej odpowiedzi się nie spodziewałam. Pomyślałam wówczas, że zmiana systemu to wielki temat i raczej ma perspektywę długookresową. Niemniej, jeżeli będzie to pomocne dla mojej rodziny, warto się zaangażować.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Podjęłam tego dnia decyzję o czasowym wycofaniu się z aktywności zawodowych, aby przeznaczyć swój czas na przeniesienie dobrych praktyk z Krakowa do Wrocławia. Pierwsze kroki skierowałam do konsultanta w dziedzinie psychiatrii dla Dolnego Śląska. Bardzo szybko uzyskałam akceptację pomysłu, aby zorganizować jesienią 2011 roku pierwsze wrocławskie Forum Psychiatrii Środowiskowej pod hasłem „Obudźmy nadzieję!”<sup>89</sup>. Miałam duże doświadczenie w organizacji konferencji, więc połączyliśmy swoje możliwości, aby pozyskać sponsora, odpowiednie miejsce i zapewnić interesujący program. Moim zadaniem było zaproszenie prelegentów – jak się okazało po czasie, przyniosło ono niesamowite rezultaty. Był to początek nowej drogi.

Aby zapewnić najlepszych prelegentów dla pierwszego Forum Psychiatrii Środowiskowej umówiłam się z prof. Bogdanem de Barbaro, który pełnił wówczas funkcję kierownika Zakładu Terapii Rodzin w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zgodził się na przyjazd do Wrocławia. Niemniej dla mnie nie to było najważniejsze w pierwszym spotkaniu. Pan Profesor właśnie wrócił z pięciodniowego seminarium w Belgii poświęconego terapii rodzin i podzielił się ze mną informacjami z tego spotkania. Prezentowano na nim nowe podejście do pomocy osobom z problemem zdrowia psychicznego, które w latach 80. XX wieku opracowano w Zachodniej Laponii w Finlandii. Podejście to zakłada, że wszystkie decyzje dotyczące osoby w kryzysie podejmuje się z nią i w jej obecności. Ponadto od pierwszego spotkania zapraszana jest rodzina i sieć społeczna osoby przeżywającej kryzys psychiczny. To podejście nazywa się Otwarty Dialog (Kłapciński i Rymaszewska, 2015; Lenkiewicz, 2020; Seikkula, 2011; Seikkula i Arnkil, 2018a, 2018b; Trojańska, 2018). Jego skuteczność terapeutyczna została potwierdzona w wielu badaniach naukowych (Bergström, Kurtti i in., 2023; Bergström i in., 2022; Bergström i in., 2018; Bergström, Seikkula, Gaily-Luoma i in., 2023; Bergström, Seikkula, Köngäs-Saviaro i in., 2023; Fedosejevs i in., 2023; Skourteli i in., 2023; Tavares i in., 2023).

Tego samego dnia przeczytałam artykuł Aaltonena i in. (2011). Przedstawiono w nim wyniki 5-letnich badań, które pokazywały skuteczność oddziaływań terapeutycznych organizowanych w i po pierwszym epizodzie psychozy w ramach podejścia Otwartego Dialogu.

---

<sup>89</sup> <https://otwartydialog.pl/i-wroclawskie-forum-psychiatrii-srodowiskowej-obudzmy-nadzieje>





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

W ciągu dwóch lat pacjenci byli hospitalizowani znacznie rzadziej (14 dni/osoba) niż pacjenci leczeni w tradycyjny sposób (117 dni/osoba). W leczeniu w podejściu Otwartego Dialogu aktywnie angażowano rodziny w procesie leczenia ze średnią dwudziestu sześciu spotkań w ciągu dwóch lat. Efektem takiego sposobu leczenia był znacznie szybszy powrót do zdrowia (nawroty jedynie u 24% pacjentów w porównaniu do 71% w grupie leczonej tradycyjnie) i do pełnego zatrudnienia (81% w porównaniu do 43%). Ponadto w ciągu pięciu lat aż 86% pacjentów leczonych w podejściu Otwartego Dialogu wróciło do poprzedniej aktywności – studiów, pracy lub jej poszukiwania, a 82% nie doświadczyło żadnych przewlekłych objawów w kolejnych pięciu latach.

Po tej lekturze zrodziło się we mnie pragnienie, aby poznać twórców Otwartego Dialogu – prof. Jaakko Seikkulę i Birittę Alakare. Po trzech tygodniach byłam już w Helsinkach na międzynarodowym kongresie *Dialogical Practices*. Poznałam ponad sto osób – głównie lekarzy psychiatrów – ze wszystkich kontynentów. Do dzisiaj pamiętam jeden z warsztatów, w trakcie którego zastanawiano się, kiedy należy postawić diagnozę osobie w kryzysie. Dominowało przekonanie – płynące z doświadczenia zespołu w Zachodniej Laponii, że diagnoz schizofrenii nie należy stawiać zbyt pośpiesznie. Potrzebny jest czas na prowadzenie otwartych spotkań terapeutycznych z osobą w kryzysie, z jej rodziną i siecią społeczną. Celem tych spotkań jest szukanie odpowiedzi na pytania: Co się wydarzyło w waszym życiu? W czym tkwi problem? Jak możemy wam pomóc? Dla mnie udział w kongresie był bardzo ważnym momentem – zobaczyłam, że jest nadzieja na wyjście z sytuacji, w której się znalazła moja rodzina. Podjęłam wówczas decyzję, aby przenieść fińskie doświadczenia do naszego kraju.

Okazało się, że w Polsce jest wiele osób zainteresowanych poznaniem i wdrożeniem podejścia Otwartego Dialogu do leczenia zaburzeń psychicznych. Potrzeba zmian w systemie zdrowia psychicznego oraz silna motywacja do działania była i jest fundamentem wspólnych działań na rzecz upowszechnienia Otwartego Dialogu. Nie sposób wymienić w tym miejscu wszystkich, którym ogromnie dużo zawdzięczam (kolejność wynika z chronologii czasowej, kiedy się poznaliśmy): prof. Bogdan de Barbaro, Anna Kraucz-Miękus, dr n. med. Renata Wallner, prof. Jacek Wciórka, dr n. med. Aldona Krawczyk, Bożena Piróg, dr n. med. Wojciech Żak, Beata Walter, Mariusz Panek, Anna Przewłocka, Ewa Giza, Joanna Krzyżanowska-Zbucka,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

Izabela Ciuńczyk, Aleksandra Lisińska-Jarża, Barbara Imiołczyk, dr Tomasz Rowiński, dr n. med. Cezary Żechowski, prof. Maria Załuska, dr n. med. Anna Depukat i wielu, wielu innych. Zaufali osobie bez tytułów naukowych i specjalizacji, kobiecie, która miała swoją wizję przyszłości i chciała tworzyć razem z innymi lepszą przyszłość dla swojej rodziny i wielu osób w podobnej sytuacji.

Szczególną wdzięczność mam dla Beaty Walter i Mariusza Panka z Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” z Wieliczki, z którymi stworzyliśmy w listopadzie 2013 roku nieformalny zespół na rzecz zmian w systemie zdrowia psychicznego – z perspektywy świadczeniodawców i świadczeniobiorców, w zakresie organizacji i finansowania usług w psychiatrii. Wspólnie zorganizowaliśmy wiele konferencji, seminariów i kursów, kształcąc specjalistów pracujących na co dzień w tym systemie.

Sięgając pamięcią do początkowego okresu naszej działalności, zastanawiam się, które wydarzenia mogę nazwać „krokiem milowym” na drodze do zmian. Na pewno jednym z nich była konferencja promująca ideę deinstytucjonalizacji usług medycznych i społecznych, którą zorganizowało biuro Rzecznika Praw Obywatelskich w lutym 2014 roku. W tamtym czasie Komisja Europejska naciskała, aby w Polsce zacząć rozmawiać o nowych sposobach wspierania ludzi w trudnych sytuacjach życiowych, w tym osoby z niepełnosprawnością, dzieci w domach dziecka oraz osoby z problemami zdrowia psychicznego. Chodziło o taki sposób, który nie polega na izolowaniu tych osób w takich dużych placówkach jak domy pomocy społecznej, domy dziecka czy szpitale psychiatryczne. Eksperci z Komisji Europejskiej i międzynarodowej organizacji *Mental Health Europe* jako pierwsi, przekazali nam wiedzę na temat deinstytucjonalizacji, czyli przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności oraz podzielili się dotychczasowymi doświadczeniami w tym zakresie. Jednym z tych ekspertów był dr Jan Pfeiffer z Czech, który wkrótce stał się moim mentorem.

Drugim takim wydarzeniem była konferencja zorganizowana w marcu 2015 roku we współpracy z Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie pn. „Obudźmy nadzieję i szukajmy rozwiązań. Nowi eksperci, nowe podejścia, nowe doświadczenia”. W Auli Schumana w ciągu dwóch dni 500 osób słuchało ekspertów, którzy inspirowali nas do tworzenia systemu zdrowia psychicznego, w którym najważniejszy jest człowiek i jego



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

indywidualne potrzeby. Ogromny wpływ wywarł na nas lekarz psychiatra ze Stanów Zjednoczonych, doradca Prezydenta George'a W. Busha – dr Daniel Fischer, który w przejmujący sposób przedstawił swoją historię chorowania i wyzdrowienia. W czasie tej konferencji zrodziło się partnerstwo dwóch organizacji pozarządowych – kierowanego przeze mnie Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu i Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”, z Instytutem Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (kategoria A). Nawiązaliśmy wówczas współpracę z dr. Tomaszem Rowińskim, zastępcą dyrektora Instytutu Psychologii. Tomasz Rowiński – wraz z naszym zespołem i kilkoma współpracownikami – opracował model zdrowia psychicznego, który był walidowany w wielu badaniach empirycznych. Jest on opisany w rozdziale Ciecucha i in (2023)., w tej książce.

Dzięki opisanym powyżej dwóm konferencjom poznaliśmy kolejnych ekspertów działających na rzecz zmian w systemie zdrowia psychicznego oraz mieliśmy zaplecze teoretyczne, które kształtowało nasze myślenie o zdrowiu psychicznym. Osoby te otwierały nam oczy na to, co już osiągnięto w Europie i w Stanach Zjednoczonych. Eksperci ci mieli różne doświadczenia, każdy był specjalistą w swojej dziedzinie, każdy wnosił coś nowego – dla mnie to było poznawanie świata medycznego na nowo. W rezultacie w ciągu kilku kolejnych lat stworzyliśmy silny międzynarodowy zespół, który miał ten sam cel: pragnęliśmy stworzyć model organizacji usług w systemie ochrony zdrowia, który byłby bardziej przyjazny dla osób doświadczających kryzysu psychicznego i ich rodzin. W modelu tym specjaliści mogliby nieść szybką i właściwą pomoc w społeczności lokalnej, dając pacjentom nadzieję na całkowite wyzdrowienie. Poniżej pierwszych dziesięć osób, z którymi nawiązaliśmy współpracę w latach 2011–2015:

- Arnhild Lauveng, Uniwersytet Oslo, Norwegia, sierpień 2011
- prof. Jaakko Seikkula, Uniwersytet Jyväskylä, Finlandia, wrzesień 2011
- Thomas Floeth, Fundacja PINEL, Niemcy, marzec 2012
- dr n. med Werner Schütze, Dialogische Praxis, Niemcy, marzec 2012
- Joerg Utschakowski, F.O.C.U.S., Niemcy, maj 2012
- dr Daniel Fisher, Empowerment Collage, USA, październik 2012



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- dr Jan Pfeiffer, Ministerstwo Zdrowia Czech, październik 2014
- Luc Zelderloo, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Opartej na Społeczności Lokalnej, październik 2014
- dr Roberto Mezzina, WHO Collaborative Center, Triest, Włochy, kwiecień 2015
- John Jenkins, International Mental Health Collaborative Network, październik 2015.

Na powyższej liście pragnę wyróżnić psychiatrę dorosłych oraz dzieci i młodzieży dr. n. med. Wenera Schützego z Niemiec, którego poznałam w marcu 2012 roku. Od pierwszego spotkania w Nauen koło Berlina – gdzie wówczas kierował Kliniką Psychiatrii – stał się moim mentorem, a potem kluczowym trenerem dla Polski przygotowującym do pracy w podejściu Otwartego Dialogu (Schütze, 2015).

Jedną z organizacji, która szczególnie nam pomogła w rozwoju innowacji w systemie zdrowia psychicznego była Fundacja PINEL z Berlina<sup>90</sup>. To tu poznaliśmy koncepcję EX-IN (*Experienced-Involvement*) i ludzi po kryzysach, którzy towarzyszyli innym w procesie wyzdrowienia. Zrodziło to w nas pragnienie zaangażowania asystentów zdrowienia w procesie leczenia również w ramach reformy polskiej psychiatrii dorosłych. W celu realizacji tego pragnienia nawiązaliśmy w 2012 roku współpracę z liderem międzynarodowego projektu „Experienced-Involvement”. W rezultacie – korzystając z dorobku ekspertów w Niemczech, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Holandii, Słowenii, Szwecji i Włoch – stworzyliśmy warsztaty rozwojowo-edukacyjne „Asystent zdrowienia”. Kim jest asystent zdrowienia? Propozycję ich roli w systemie opisali w tym tomie sami asystenci zdrowienia oraz pracodawcy zatrudniający ich w CZP.

Asystent zdrowienia jest ekspertem przez doświadczenie. Fundamentem specjalistycznej wiedzy asystenta są poddane refleksji własne przeżycia związane z chorobą i procesem zdrowienia wraz z solidną wiedzą praktyczną, zbudowaną w oparciu o koncepcję „Wiedza JA-TY-MY”. Utschakowski i van Haaster (2007) – współtwórcy koncepcji EX-IN – zwracają uwagę na ryzyko związane z wyłącznym zorientowaniem na indywidualnym doświadczeniu, przekonaniach czy wyznawanych wartościach. Jak podkreślają, aby stać się ekspertem przez doświadczenie trzeba poddać refleksji własne doświadczenie oraz mieć chęć

---

<sup>90</sup> <https://www.pinel.de/>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

dzielenia się nimi z innymi. Niezbędnym jest porównywanie własnego doświadczenia z doświadczeniem innych osób zdobytych w innych sytuacjach. Dlatego, dopiero po aktywnym udziale w dwunastomodułowych warsztatach i poznaniu perspektywy innych osób z podobnymi doświadczeniami, a potem przetestowaniu swojej wiedzy i umiejętności w trakcie stażu, możemy mówić o byciu przygotowanym do pracy w roli asystenta zdrowienia.

Do dziś zorganizowaliśmy – najpierw samodzielnie – a potem w partnerstwie z Fundacją Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”, kilkanaście rocznych warsztatów rozwojowo-edukacyjnych „Asystent zdrowienia”. Natomiast dzięki projektowi w ramach programu PO WER (2015–2018), którego liderem była Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”, przygotowanie do roli asystenta zdrowienia i pracy m.in. w Centrum Zdrowia Psychicznego zostało dokładnie opisane i przedstawione Ministerstwu Zdrowia jesienią 2018 roku. Fundacja „Leonardo” przygotowała również wniosek o włączenie kwalifikacji rynkowej „Wspieranie osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia przez osoby z doświadczeniem psychozy (asystent zdrowienia)” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji<sup>91</sup>.

Wróćmy do opisanego wcześniej podejścia Otwartego Dialogu jako do pierwszej inspiracji, która pobudziła do działania najpierw mnie, a potem cały nasz zespół. Otóż od 2013 roku zaangażowaliśmy się w przygotowanie i organizację szkoleń w tym podejściu. Po kilku 8-miesięcznych kursach przygotowujących do pracy w Otwartym Dialogu okazało się, że ten system pomocy osobom w kryzysie i ich rodzinom nie rozwija się zgodnie z naszymi oczekiwaniami. Osoby kończące kurs, pracując w dotychczasowej strukturze organizacyjnej i finansowania, będąc wynagradzonym za pojedyncze usługi, nie miały możliwości spotkań z rodziną i siecią społeczną pacjenta. Widząc te bariery, zaczęliśmy stawiać sobie pytania o to, jak system ochrony zdrowia psychicznego jest zorganizowany w innych krajach, gdzie są dobre praktyki prawidłowej implementacji Otwartego Dialogu i czy możemy się nauczyć od nich, jak to zrobić w naszym systemie.

Odpowiedź przyszła nieoczekiwanie w kwietniu 2015 roku poprzez Fundację F.O.C.U.S. z Bremen w Niemczech. Mianowicie zaproszono nas do międzynarodowego projektu

---

<sup>91</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220000581>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

*Empowerment Collage*<sup>92</sup>, którego partnerem był Departament Zdrowia Psychicznego w Trieście. Departament ten jest także jednostką WHO *Collaborative Centre for Research and Development*<sup>93</sup>, czyli ośrodkiem dedykowanym do współpracy międzynarodowej pod patronatem World Health Organization. Pamiętam do dzisiaj moje zaskoczenie, gdy przeczytałam krótki opis systemu zdrowia psychicznego w Trieście, historię zmian zainicjowanych przez Franco Basaglia i rezultaty tych zmian (Johnson i in., 2008). Założenia, które przyjął Departament Zdrowia Publicznego w Trieście są następujące:

- najważniejszy jest człowiek i jego indywidualne potrzeby – tak jest budowany plan wsparcia, specjaliści nie muszą mieć rozbudowanego systemu sprawozdawczości;
- pomoc środowiskowa dla dorosłych składa się z trzech aspektów: profilaktyka – usługi medyczne – usługi społeczne. Są one zintegrowane dla społeczności Triestu;
- na 240 tys. mieszkańców Triestu zaplanowano cztery środowiskowe centra zdrowia psychicznego z miejscami noclegowymi;
- każde centrum działa w trybie tygodniowym całą dobę (24/7);
- w miejskim szpitalu wielospecjalistycznym jest całodobowy oddział psychiatryczny, na którym po 40 latach rozwoju systemu opieki środowiskowej wystarcza sześć łóżek dla całej populacji Triestu;
- sieć dostępnych usług pozwala na szybką reakcję w sytuacji kryzysu zdrowia psychicznego, dzięki temu hospitalizacje stają się coraz mniej potrzebne.

Aktualnie w osiemnastu budynkach dawnego szpitala psychiatrycznego dla 1200 pacjentów funkcjonują firmy szkoleniowe, spółdzielnie socjalne, uniwersytet medyczny, kompleks konferencyjny i restauracja. W parku na terenie dawnego szpitala jedna ze spółdzielni pielęgnuje sześć tysięcy róż.

Abym mogła pojechać tam na wizytę studyjną wystarczyła 15-minutowa rozmowa z dyrektorem, lekarzem psychiatrą, dr. Roberto Mezziną. Trzy tygodnie później byliśmy już w Trieście, tj. specjaliści z Wrocławia, Wieliczki, Instytutu Psychologii UKSW oraz dwóch

---

<sup>92</sup> <https://otwartydialog.pl/empowerment-college/>

<sup>93</sup> <https://www.mhinnovation.net/organisations/who-collaborating-centre-research-and-training-mental-health>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

przedstawiciele Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju (obecne Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej). W sumie było nas osiem osób. Wchodząc do budynku, w którym 40 lat temu mieściły się duże sale dla pacjentów ówczesnego szpitala psychiatrycznego San Giovanni, przeżywałam bardzo ten czas i miejsce. Nie mogłam uwierzyć, że jestem w jednym z budynków dawnego szpitala psychiatrycznego dla ponad tysiąca osób. Moja ciekawość wzrastała, co do tego miejsca i ludzi w nim pracujących. Zastanawiałam się także, jak ta wizyta wpłynie na naszą przyszłość i naszą współpracę.

W ciągu dwóch dni wizyty studyjnej poznałam Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego „Maddalena”, elementy systemu oparcia społecznego z łatwym dostępem dla każdego mieszkańca Triestu. Rozmawiając z osobami pracującymi w tych miejscach, z każdą godziną rosło we mnie pragnienie, aby takie same miejsca powstawały w Polsce. To samo pragnienie podzielał cały zespół. Wyjeżdżając z Triestu, byliśmy przekonani, że trzeba do niego zaprosić jak najwięcej osób, aby doświadczyły tego co my – zbudowały w sobie przekonanie, że systemowe zmiany są możliwe i mają przełożenie na zdrowienie pacjentów. W trakcie wizyty studyjnej można:

- spotkać się ze współpracownikami Franco Basaglii (Morzycka-Markowska i in., 2015) i usłyszeć wprost od nich, jak jako młodzi lekarze psychiatrzy zostali porwani przez wizję Basaglii i poświęcili całe swoje życia zawodowe dla epokowych zmian w Trieście, a potem w całym regionie północnych Włoch;
- mieszkać w przytulnym hotelu Tritone prowadzonym przez osoby po doświadczeniu choroby psychicznej, z którego jest piękny widok na zatokę;
- zjeść lunch czy wypić kawę w restauracji prowadzonej przez byłych pacjentów;
- kupić torbę uszytą przez pracowników spółdzielni socjalnej;
- po całym dniu usiąść na ławce w parku na terenie byłego szpitala psychiatrycznego, w którym rośnie sześć tysięcy róż pielęgnowanych również przez pracowników spółdzielni.

W ciągu trzech lat zorganizowaliśmy siedem wizyt studyjnych dla około 100 osób. Uczestniczyły w nich osoby zajmujące różne miejsca i pełniące różne role w systemie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, tj.:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- profesjonaliści pracujący na co dzień z osobami z problemem zdrowia psychicznego, zarówno ze sfery medycznej, jak i społecznej – najliczniejszą grupę stanowili lekarze psychiatrzy;
- dyrektorzy naczelni i medyczni szpitali psychiatrycznych;
- ordynatorzy oddziałów całodobowych psychiatrycznych;
- przedstawiciele władz samorządowych na szczeblu regionalnym i powiatowym;
- przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia biorący udział w pracach nad reformą systemu;
- przedstawiciele Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, które zarządzało środkami unijnymi na proces deinstytucjonalizacji;
- pracownicy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- dyrektorzy departamentów z Narodowego Funduszu Zdrowia;
- konsultanci w dziedzinie psychiatrii;
- beneficjenci systemu ochrony zdrowia psychicznego – osoby doświadczone i ich rodziny.

Równolegle w ramach naszej grupy zaangażowanych osób, myśleliśmy, jaki przyjąć model ŚCZP dla dorosłych w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia. Ważne dla nas było to, aby była to struktura organizacji świadczeń usytuowana w lokalnej społeczności. ŚCZP musiało zawierać w sobie trzy filary: profilaktyka – usługi medyczne – usługi społeczne. Dlaczego to było dla mnie tak ważne? Otóż osoba w kryzysie nie może chodzić od instytucji do instytucji w poszukiwaniu pomocy. Pacjenci i rodziny gubią się w siatce instytucji i przepisów. Powinno być jedno miejsce, blisko domu, w którym każdy uzyska potrzebne wsparcie – bez skierowania, bez oczekiwania na termin wizyty, bez zbędnych powielających się decyzji administracyjnych. Dla łatwego dostępu i ze względu na stygmatyzację chorób psychicznych CZP jest usytuowane poza szpitalem psychiatrycznym, w społeczności lokalnej – zwykle jest to kamienica w szeregu zabudowy miejskiej czy lokal usytuowany na osiedlu.

Jednocześnie poprzez proaktywne działania CZP buduje partnerskie relacje ze wszystkimi podmiotami na danym terenie, aby edukować lokalną społeczność, redukować stygmatyzację i razem pomagać ludziom w powrocie do zdrowia psychicznego – dobrych relacji interpersonalnych oraz aktywnego życia, pracy czy nauki. Praca w CZP wymaga wiedzy



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

i odpowiedniego podejścia do osoby w kryzysie, dlatego personel jest przygotowywany do swojej roli poprzez różne szkolenia – w tym kurs Otwartego Dialogu (Seikkula i Arnkill, 2018b).

Oto podstawowe zasady tego podejścia:

- natychmiastowa pomoc. W idealnych warunkach powinna być udzielona w ciągu 24 godzin od wystąpienia kryzysu, szczególnie kryzysu psychotycznego, niezależnie od tego, kto pierwszy nawiązał kontakt z CZP – osoba doświadczająca kryzysu czy jej bliski;
- włączanie sieci społecznej. Przed lub w trakcie udzielanego wsparcia włączane są kolejne osoby zapraszane przez pacjenta. Są one naturalnym zasobem pacjenta oraz wnoszą swoją perspektywę na sytuację osoby w kryzysie i na objawy, których doświadczą;
- elastyczność i mobilność. Leczenie powinno odbywać się jak najbliżej miejsca codziennego życia osoby i stanowić odpowiedź na zmieniające się potrzeby pacjenta i jego rodziny oraz zawierać metody terapii odpowiednie dla nich, ich specyficznego języka i stylu życia;
- odpowiedzialność. Jeśli ktoś sygnalizuje potrzebę pomocy, to musi ją otrzymać. Zadaniem osoby odbierającej prośbę o pomoc jest zorganizowanie spotkania lub przekazanie sprawy w ręce kogoś, kto może w danej sytuacji pomóc;
- ciągłość psychologiczna. Zespół terapeutyczny składa się z kilku osób, żeby zagwarantować obecność przynajmniej jednego członka zespołu pracującego z pacjentem i jego siecią od początku – niezależnie od niespodziewanych okoliczności, takich jak choroba któregoś z członków zespołu, zmiana pracy, przeprowadzka itp.;
- tolerancja niepewności. Na początku spotkania z osobą w kryzysie i jej bliskimi nie czyni się żadnych założeń, co przyniesie ta rozmowa, nie stawia się przed nią żadnych oczekiwań. Zamiast tego należy nastawić się na wzajemne słuchanie się i spontaniczne reagowanie na to, co wnoszą kolejne osoby;
- dialogowość. Według niej w rozmowie tak samo ważny jest każdy głos. Każdy może się wypowiedzieć. Każdy może wnieść swoją perspektywę. Osoba w kryzysie,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

członkowie rodziny i osoby z zespołu terapeutycznego od pierwszego spotkania traktowani są w rozmowie równorzędnie.

Opracowane są także kryteria wiarygodności pracy w podejściu Otwartego Dialogu (Alvarez-Monjaras i in., 2023), które mogą być stosowane w projektowaniu zmian organizacyjnych w CZP pod kątem jego wdrażania.

W 2015 roku słyszałam, że „brzmi to zbyt pięknie, aby było możliwe”. Wskazywano na brak środków do wdrożenia takich rozwiązań, że potrzebny jest zupełnie inny system finansowania, aby leczyć ludzi w ten sposób. Wskazywano, że system finansowania ochrony zdrowia psychicznego przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie daje możliwości leczenia w ten sposób pacjentów. I tu z pomocą przyszły nam fundusze unijne przeznaczone na deinstytucjonalizację usług medycznych i społecznych dla osób z problemem zdrowia psychicznego. W okresie 09.2018–12.2023 dzięki tym funduszom – poprzez projekty „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę”<sup>94</sup> realizowany w ramach programu PO WER 4.1 Innowacje społeczne działały ŚCZP dla dorosłych w Wieliczce, Koszalinie, Warszawie (Bielany) i Nowym Targu. Łącznie ponad 500 tys. osób dorosłych miało przez trzy lata dostęp do innowacyjnych usług z zakresu profilaktyki, usług medycznych i usług społecznych stworzonych w oparciu o doświadczenia polskie i europejskie, w tym Finlandii, Włoch i Niemiec.

Spśród wielu korzyści w/w projektu na uwagę zasługuje fakt, że dzięki uzyskanym rezultatom i wypracowanym standardom, wsparł on reformę całego systemu zdrowia psychicznego, na którą czekaliśmy od 1994 roku. Opisane w tej książce CZP – jedno po drugim – weszły do Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego<sup>95</sup> (Pilotaż CZP), który został uruchomiony przez Ministra Zdrowia rozporządzeniem z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Personel Centrów Zdrowia Psychicznego zarówno tych typu „A”, jak i „B” każdego dnia swoją pracą pokazuje, jak wielką wartością jest człowiek i jego indywidualne potrzeby, jak ważna jest szybka odpowiedź na prośbę o pomoc,

---

<sup>94</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=Kb75ieWDZvE>

<sup>95</sup> <https://czp.org.pl/>



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

jak istotna jest współpraca podmiotów medycznych i społecznych dla uchwycenia choroby w jej pierwszym etapie.

Mam nadzieję, że już wkrótce Pilotaż CZP zostanie przekształcony w systemowe finansowanie reformy systemu zdrowia psychicznego. Moim marzeniem jest, aby najpóźniej do 2028 roku każda polska rodzina i każdy dorosły Polak miał dostęp do szybkiej i profesjonalnej pomocy blisko miejsca zamieszkania w sytuacji problemu w zakresie zdrowia psychicznego.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

## Bibliografia

- 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*, 3(3), 179–191. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.601750>
- Alvarez-Monjaras, M., Lotmore, M., Razzaque, R., Hopfenbeck, M. S., Pilling, S. (2023). The community mental health team fidelity scale: A measure of program fidelity of social networks interventions for severe mental illness. *Frontiers in Psychology*, 14, artykuł 1076791. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1076791>
- Bergström, T., Kurtti, M., Miettunen, J., Yliruka, L., Valtanen, K. (2023). Out-of-home interventions for adolescents who were treated according to the Open Dialogue model for mental health care. *Child Abuse & Neglect*, 145, artykuł 106408. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106408>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., Miettunen, J., Mäkiöllitervo, H., Taskila, J. J., Virta, K., Valtanen, K. (2022). The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents: A nationwide longitudinal register-based study. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(12), 1368–1375. <https://doi.org/10.1111/eip.13286>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Bergström, T., Seikkula, J., Gaily-Luoma, S., Miettunen, J., Kurtti, M. (2023). A 5-year suicide rate of adolescents who enrolled to an open dialogue-based services: A nationwide longitudinal register-based comparison. *Community Mental Health Journal*, 59, 1043–1050. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01106-0>
- Bergström, T., Seikkula, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Aaltonen, J. (2023). Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: a descriptive longitudinal cohort study. *Psychosis*, 15(2), 134–144. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2134444>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Bisikiewicz, R. (2015). Ocena projektu Ustawy o zdrowiu publicznym (UoZP) ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych zmian dotyczących systemu zdrowia psychicznego wraz z propozycją oczekiwanych przez społeczeństwo rozwiązań (druk sejmowy 3675). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(3), 178–191.  
<https://doi.org/10.1016/j.pin.2015.09.006>
- Fedosejevs, V., Shi, J., Hopfenbeck, M. S. (2023). Development of the peer-supported open dialogue attitude and competence inventory for practitioners: A Delphi study. *Frontiers in Psychology*, 14, artykuł 1059103. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1059103>
- Fioritti, A., Amadeo, F. (2014). Community mental health in Italy today. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 425–427.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000139>
- Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P. (red.). (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511543906>
- Kłapciński, M. M., Rymaszewska, J. (2015). Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu—o fenomenie skandynawskiej psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1179–1190.  
<https://doi.org/10.12740/PP/36677>
- Lenkiewicz, K. (2020). Model EZRA—opieka środowiskowa w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 155–168.
- Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond: An “Open Door—No Restraint” system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 440–445. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000142>
- Morzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski, T. (2015). Deinstitutionalization in Italian psychiatry—the course and consequences Part I. The course of deinstitutionalization—the activity of Basaglia's group. *Psychiatria Polska*, 391–401.  
<https://doi.org/10.12740/PP/28615>
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179–193.  
<https://doi.org/10.1375/anft.32.3.179>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny (POWR.04.01.00-00-D208/17)

- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018a). *Dialog sieci społecznych*. Wydawnictwo Paradygmat.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018b). *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schütze, W. (2015). Open dialogue as a contribution to a healthy society: Possibilities and limitations. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(2), 86–90.  
<https://doi.org/10.1016/j.pin.2015.05.002>
- Skourteli, M. C., Issari, P., Dimou, L., Antonopoulou, A. O., Bairami, G., Stefanidou, A., Kouroglou, V., Stylianidis, S. (2023). The introduction and implementation of open dialogue in a day center in Athens, Greece: experiences and reflections of mental health professionals. *Frontiers in Psychology*, 14, artykuł 1074203.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1074203>
- Tavares, S., Puchivailo, M., Pereira, J. G. (2023). The first Portuguese Open Dialogue pilot project intervention. *Frontiers in Psychology*, 14, artykuł 1175700.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1175700>
- Trojańska, M. (2018). „Otwarty dialog”-środowiskowy model wsparcia osób w kryzysach psychicznych i ich rodzin. *Niepełnosprawność*, 30(2018), 222–233.  
<https://doi.org/10.4467/25439561.NP.18.026.9864>
- Utschakowski, J., van Haaster, H. P. M. (2007). Training programme for people with experience in mental health crisis to work as trainer and peer supporter. EX-IN curriculum. W: H. P. M. van Haaster (red.), *Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter* (s. 7–8). HPM van Haaster B.V.