

Warszawski zintegrowany system leczenia i wspierania środowiskowego osób z zaburzeniami psychicznymi

Modyfikacja modelu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi oparta o wyniki ewaluacji i doświadczenia z realizacji projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Autorzy:

dr n.med. Tomasz Szafrński /opracowanie/

mgr Katarzyna Stankiewicz koordynator merytoryczny miejski projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” /konsultacja/

Przygotowano na zlecenie Biura Pomocy i Projektów Społecznych
Urzędu m.st. Warszawy

Spis treści

I. Założenia środowiskowego systemu leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi.....	4
Zasady i kluczowe elementy wysokiej jakości środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym.....	5
Podsumowanie	13
II. Reforma opieki psychiatrycznej w Polsce. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	14
Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	14
Centra Zdrowia Psychicznego	15
III. Psychiatryczna opieka medyczna i niemedyczna, programy wsparcia dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w Warszawie.....	18
Typy dzielnic ze względu na stopień zawansowania opieki środowiskowej	19
System oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicach Warszawy.....	21
System oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – dzielnica Wola m.st. Warszawy.....	23
IV. Wnioski z realizacji projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie”	25
Punkty konsultacyjno-doradcze (PKD).....	26
Współpraca punktów konsultacyjno-doradczych z ośrodkami pomocy społecznej ..	35
Mieszkania chronione.....	38
Zespoły aktywizacji zawodowej (ZA)	40
Grupy wsparcia dla rodzin	42
Zapobieganie osamotnieniu i kompensowanie indywidualnych sieci społecznych...	44
Warsztaty zdrowienia	45
Działania w społecznościach lokalnych.....	46
Szkolenia dla przedstawicieli społeczności lokalnej	48
Warsztaty w szkołach.....	50
Streetworking	51
Rekomendacje dotyczące kontynuacji	52

V. Proponowane działania wraz ze sposobem realizacji.....	53
Wdrażanie nowego modelu Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Warszawie.....	59
Działania w dzielnicach typu A i sposób ich realizacji.....	60
Działania w dzielnicach typu B i sposób ich realizacji.....	64
Działania w dzielnicach typu C i sposób ich realizacji.....	67
Podsumowanie	71
Remodel wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi	71
Aneksy	74

I. Założenia środowiskowego systemu leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadaniem środowiskowych systemów leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi jest poprawa dostępności i jakości opieki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, jej destygmatyzacja i realizacja w warunkach społeczności lokalnych. Środowiskowe systemy leczenia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są wprowadzane w życie w różnych krajach europejskich od lat 70. XX wieku. Uważa się, że ich rozwój stał się możliwy dzięki zmianom w polityce społecznej, w nastawieniu zarówno ze strony użytkowników jak i świadczeniodawców.

Środowiskowy system realizowania opieki w zakresie zdrowia psychicznego niesie ze sobą szereg korzyści. Jedno z ostatnich podsumowań europejskich doświadczeń we wdrażaniu środowiskowej opieki¹ psychiatrycznej wymienia sześć kluczowych obszarów:

1. Wyższy poziom ochrony praw człowieka;
2. Skoncentrowanie się na zdrowiu publicznym;
3. Wspieranie użytkowników usług (pacjentów) w ich drodze do zdrowia;
4. Wykorzystywanie skutecznych interwencji opartych na dowodach i celach świadczeniobiorcy;
5. Zaangażowanie społeczności lokalnych i promowanie szerokiej sieci wsparcia społecznego;
6. Wykorzystywanie wiedzy „ekspertów przez doświadczenie” w projektowaniu i świadczeniu usług.

Rozwój opieki środowiskowej jest powiązany z ideą deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Deinstytucjonalizacja oznacza odejście od centralnej roli szpitali psychiatrycznych w systemach ochrony zdrowia psychicznego na rzecz otwartych form leczenia zlokalizowanych w środowisku pacjenta. Pomimo, że takie przesunięcie ciężaru opieki jest uzasadnione względami społecznymi, merytorycznymi i finansowymi zmiany te nie są jednak proste do wprowadzenia. W wielu krajach szpitale psychiatryczne nadal dominują, także w aspekcie finansowania, pochłaniając znaczną część środków przeznaczanych na zdrowie psychiczne.

¹ Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L. et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. BMC Psychiatry 19, 174 (2019)

Wprowadzanie opieki środowiskowej wymaga przełamania barier związanych z kilkoma kwestiami:

1. Konieczność nadania zmianom wysokiego priorytetu politycznego;
2. Konieczność poprawy poziomu finansowania (aktualne nakłady na finansowanie psychiatrii w Polsce należą do najniższych w Unii Europejskiej i wielu ekspertów uważa, że powinny być co najmniej dwukrotnie wyższe);
3. Ustalenie silnych ośrodków kierujących wprowadzaniem zmian;
4. Wypracowanie nowych zasad współpracy pomiędzy specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym a podstawową opieką zdrowotną i sektorem pomocy społecznej.

Doświadczenia z wielu krajów pokazują, że skuteczne wprowadzanie zmian w systemie leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi jest możliwe, pod warunkiem wypracowania strategii aktywnego rzecznictwa z udziałem użytkowników usług, kluczowych decydentów i organizacji w celu osiągnięcia porozumienia co do kierunku działania i zaangażowania politycznego. Zmiana systemu wymaga opracowania i uaktualniania polityki, ustawodawstwa i planów. Ich celem jest właściwe rozdysponowywanie środków na środowiskowe świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oraz budowanie stałej współpracy między służbami zdrowia psychicznego, pomocy społecznej i zatrudnienia.

Należy podkreślić, że dotychczasowe doświadczenia w zakresie tworzenia i wprowadzania środowiskowych systemów wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi wskazują, że sama deinstytucjonalizacja nie może być głównym celem reformy systemu opieki psychiatrycznej. Przeprowadzenie deinstytucjonalizacji bez jasno określonej alternatywy prowadzi do negatywnych efektów takich jak bezdomność i ponowna/przeniesiona instytucjonalizacja (czyli przeniesienie ze szpitali psychiatrycznych do innych instytucji). Skuteczna deinstytucjonalizacja wymaga poprawy dostępności i jakości opieki psychiatrycznej, aktywnego zaangażowania w budowanie alternatywy dla dotychczasowego systemu. Alternatywy określonej jako "dobra" opieka środowiskowa nad zdrowiem psychicznym w wyodrębnionym, geograficznie zdefiniowanym regionie lub obszarze.

Zasady i kluczowe elementy wysokiej jakości środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym

Opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego obejmuje zasady i praktyki potrzebne do promowania zdrowia psychicznego dla lokalnej społeczności poprzez:

1. Zajmowanie się potrzebami populacji w sposób, który jest dostępny i najbardziej akceptowalny;
2. Bazowanie na celach i mocnych stronach osób, które doświadczają chorób i zaburzeń psychicznych;
3. Promowanie szerokiej sieci wsparcia, usług i zasobów o odpowiedniej pojemności dla danego regionu;
4. Podkreślanie usług, które są zarówno oparte na dowodach naukowych, jak i zorientowane na „powrót do zdrowia”;
5. Angażowanie użytkowników usług w zdrowie psychiczne oparte na społeczności;
6. Zapewnienie aktywnej pomocy terapeutycznej.

Ekspertki zajmujące się środowiskową opieką w zakresie zdrowia psychicznego polecają konceptualizację celów takiej opieki jako dążenie do zdrowia rozumianego w kategoriach dynamicznej zdolności do adaptacji i samozarządzania własnym dobrostanem w celu sprostania fizycznym, emocjonalnym i społecznym wyzwaniom życia. Jest to ujęcie, które przesuwając akcent ze złego stanu zdrowia na odporność i dobre samopoczucie. W tym sensie opieka środowiskowa nad zdrowiem psychicznym ma skupiać się na promocji zdrowia psychicznego, integrowaniu leczenia, i profilaktyce chorób i zaburzeń psychicznych.

1. Prawa człowieka

Osoby z zaburzeniami psychicznymi należą do osób doświadczających najwięcej naruszeń praw człowieka. Cierpią z powodu stygmatyzacji i dyskryminacji, zarówno na poziomie indywidualnym jak również strukturalnym i systemowym. Prowadzi to często do wykluczenia ze społeczeństwa i niemożności korzystania z pełnych praw do wolności i bezpieczeństwa, z prawa do niezależnego życia w społeczności, na równych zasadach z innymi.

Jednym z istotnych czynników, który pomaga w przenoszeniu opieki nad zdrowiem psychicznym do społeczności stało się upowszechnienie wyższych standardów ochrony praw człowieka i coraz większa uwaga przywiązywana do naruszeń praw człowieka doświadczanych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Dlatego uważa się, że prawa człowieka (i ich uszczegółowienie dla sytuacji korzystania z systemu ochrony zdrowia, czyli prawa pacjenta) stanowią fundament realizowania dobrej środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym.

Od 70 lat obserwujemy rozwój międzynarodowych instrumentów, które mają pomagać w poprawie przestrzegania praw człowieka. Ważnym momentem było sformułowanie

w 2006 roku Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych², w 2007 roku podpisały ten dokument 82 kraje, w tym wiele krajów europejskich. Dokument potwierdza, że osoby ze wszystkimi rodzajami niepełnosprawności (w tym wynikającymi z zaburzeń i chorób psychicznych) muszą cieszyć się tymi samymi prawami człowieka i podstawowymi wolnościami, jak inne osoby. Konwencja weszła w życie w 2008 roku, uznając za ogólną zasadę, obowiązek i prawo pełne i skuteczne uczestnictwo i integrację w społeczeństwie.

Wdrażanie tych postanowień wymaga stałego wysiłku. Wystarczy zaznaczyć, że oczekiwana długość życia osób z ciężkimi chorobami psychicznymi jest około 15-25 lat krótsza niż w przypadku populacji ogólnej i istnieją przesłanki wskazujące na to, że ta różnica w umieralności nie tylko się nie zmienia, ale nawet pogłębia się. To jaskrawy przykład konsekwencji stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczenia, które wpływają na pozycję społeczno-ekonomiczną osób z chorobami psychicznymi, zachowania związane z poszukiwaniem pomocy oraz jakość opieki medycznej, jaką otrzymują. W oparciu o zapisy Konwencji uzasadnieniem dla wprowadzania rozwiązań opieki środowiskowej jest dostosowanie się do zapisów jej podstawowych reguł, czyli zakazu dyskryminowania osób niepełnosprawnych, nakazu tworzenia warunków korzystania z praw na zasadzie równości z innymi osobami i wprowadzenia rozwiązań specjalnie adresowanych do osób z niepełnosprawnościami, odpowiednio do rodzaju niepełnosprawności. Takim rozwiązaniem jest opieka środowiskowa, która stawia sobie za cel zapobieganie wykluczeniu z życia społecznego. Oczywiście jej prawidłowa realizacja wymaga uwrażliwienia i edukacji pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie celów i praw pacjentów, dzięki czemu można osiągnąć cel eliminowania naruszeń praw człowieka, do których dochodzi w kontekście usług w zakresie zdrowia psychicznego.

Realizacja dobrej opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego jest obowiązkiem, który spoczywa na władzach każdego kraju.

2. Zdrowie publiczne

Działania państwa w zakresie zdrowia publicznego mają zmierzać do osiągnięcia równości między grupami i stanem zdrowia na poziomie populacji, odpowiadając na rozszerzone prawo człowieka do "najwyższego osiągalnego standardu zdrowia". Oznacza to, że społeczeństwo i usługi koncentrują się na potrzebach całej populacji.

² Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. Dz.U. 2012 poz. 1169

Misją dobrej środowiskowej służby zdrowia psychicznego jest wspieranie zdrowia wszystkich obywateli w jej obszarze działania. Oznacza to, że nacisk kładzie się nie tylko na leczenie, ale także na promowanie zdrowia psychicznego i prewencję zaburzeń. Uwzględnia się tym samym potrzeby całej populacji, a nie tylko osób z istniejącym problemem zdrowia psychicznego, które szukają pomocy. Korzyści z dobrze funkcjonującej opieki w zakresie zdrowia psychicznego odnosi całe społeczeństwo. Zdrowie psychiczne jest traktowane jako globalne dobro publiczne a dbałość o zdrowie psychiczne jest istotnym czynnikiem zrównoważonego rozwoju we wszystkich krajach, niezależnie od ich statusu społeczno-ekonomicznego.

W większości krajów europejskich nadal nie przywiązuje się wystarczającej wagi do funkcji zdrowia publicznego, jaką pełnią usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Dlatego też zaleca się przyjęcie podejścia zdrowia publicznego w planowaniu i wdrażaniu środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym. Wiąże się to z następującymi kwestiami:

1. Określeniem obszaru, na którym będą świadczone usługi („odpowiedzialność terytorialna”);
2. Przeprowadzeniem oceny potrzeb i przełożeniem jej na dobrze zdefiniowane plany mapujące usługi i wsparcie dla różnych segmentów populacji;
3. Wielkość regionu - obszaru powinna zależeć od regionalnej demografii, rozpowszechnienia złego stanu zdrowia psychicznego i dostępnych środków na opiekę zdrowotną (psychiatryczną). Jest ona określana przede wszystkim przez dwa czynniki.

Po pierwsze, region musi być wystarczająco mały, aby zespół (zespoły) środowiskowy mógł być zintegrowany z lokalną społecznością i mieć silne relacje z podstawową opieką zdrowotną i interesariuszami społecznymi. Z drugiej strony, region musi być na tyle duży, aby można było zmobilizować zasoby do stworzenia wielodyscyplinarnego zespołu w tym regionie. W związku z tym, wielkość obszaru działania jest kompromisem pomiędzy zaletami małego regionu (obecność, współpraca z niewielką liczbą lekarzy rodzinnych) a koniecznością zapewnienia wystarczających zasobów do utworzenia zespołu wielodyscyplinarnego.

Po drugie, zadaniem środowiskowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego jest zapobieganie i leczenie problemów zdrowia psychicznego obywateli w danym rejonie. Obejmuje to stosowanie ukierunkowanych interwencji promujących kontakty społeczne i komunikaty antydyskryminacyjne, które mogą zmniejszyć stygmatyzację i zwiększyć integrację osób z zaburzeniami psychicznymi.

Obecnie znane strategie przeciwdziałania stygmatyzacji obejmują:

1. Edukację (podważanie mitów za pomocą faktów dotyczących chorób psychicznych);
2. Kontakt (planowa wymiana między osobami z doświadczeniem kryzysu psychicznego a ogółem społeczeństwa).

Wykazano, że programy, które są oparte na kontakcie i zapewniają edukację prowadzoną przez osoby z doświadczeniem kryzysu, mają lepsze wyniki niż inne podejmowane działania.

Programy destygmatyzacji powinny być: Ukierunkowane, Lokalne, Kontaktowe, Wiarygodne i Ciągłe. Przykładami takich skutecznych programów przeciwdziałania stygmatyzacji są kampanie "Time to Change" w Anglii, "One of Us" w Danii oraz "SeeMe" w Szkocji.

3. Zdrowienie

W ciągu ostatnich kilkunastu lat, obserwujemy w Europie zmianę mającą na celu realizację indywidualnych potrzeb i osobistych celów z perspektywy użytkownika (pacjenta), z naciskiem na autonomię i możliwość podejmowania przez niego decyzji.

Koncepcja zdrowienia stała się istotnym elementem filozofii nowoczesnej opieki środowiskowej. Najpowszechniej stosowana definicja określa zdrowienie jako "głęboko osobisty, niepowtarzalny proces zmiany postaw, wartości, uczuć, celów, umiejętności i/lub ról. Jest to sposób na prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei i wkładu życia, nawet w ramach ograniczeń spowodowanych przez chorobę. Zdrowienie obejmuje rozwój nowego znaczenia i celu w życiu człowieka, który wyrasta poza katastrofalne skutki choroby psychicznej". Zdrowienie jest rozumiane jako unikalny indywidualny proces lub doświadczenie, które najlepiej można opisać jako podróż. W dobrej, środowiskowej opiece zdrowia psychicznego profesjonaliści są towarzyszami w tej podróży przez tak krótki czas, jak to możliwe, ale tak długo, jak to konieczne.

Zdrowienie ma kilka wymiarów:

1. Zdrowienie kliniczne (złagodzenie objawów psychiatrycznych);
2. Zdrowienie funkcjonalne (znaczące uczestnictwo w życiu społecznym);
3. Zdrowienie osobiste (przywrócenie tożsamości osobistej).

Należy podkreślić, że chociaż koncepcja zdrowienia jest coraz częściej stosowana w usługach w zakresie zdrowia psychicznego, jej rzeczywiste zastosowanie w praktyce

jest trudne do wykazania. Należy zatem podkreślić, że samo przemianowanie usługi na "zorientowaną na zdrowienie" lub umieszczenie słowa "zdrowienie" w logo lub misji danej placówki wcale nie musi oznaczać faktycznej praktyki zorientowanej na zdrowienie. W przypadku psychiatrycznej opieki środowiskowej wspieranie perspektywy zdrowienia przez oznacza, że powinna ona przestać koncentrować się jedynie na leczeniu, a zacząć wspierać ludzi w ich drodze do zdrowienia. Kluczowe założenia to wspólne podejmowanie decyzji z użytkownikiem (w odróżnieniu od podejmowania decyzji za niego), koncentrowanie się na zasobach (a nie na słabych stronach) oraz oferowanie nadziei na możliwą zmianę.

4. Skuteczność interwencji środowiskowych

Dobra środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym wykorzystuje interwencje oparte na dowodach naukowych. W oparciu o analizę dostępnych danych powstają wytyczne postępowania klinicznego (takich jak brytyjskie wytyczne NICE) oraz przeglądy systematyczne i metaanalizy piśmiennictwa (takich jak przeglądy Cochrane). Jednakże same modele organizacji usług środowiskowych były dotychczas badane i analizowane w niewielkim stopniu – stąd ogromne znaczenie nowych spostrzeżeń z badań wdrożeniowych, które mogą istotnie wspierać proces przekładania nauki na praktykę (w Polsce taką rolę pełni realizowany obecnie pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego w ramach Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego).

Dowody naukowe są oczywiście ważnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki w zakresie zdrowia psychicznego. Jednak to kontekst indywidualnego pacjenta ma zasadnicze znaczenie dla skutecznej realizacji planu leczenia. Planu, który powinien uwzględniać wartości, preferencje i wybory użytkownika usług. Ponieważ zdrowie psychiczne w społeczności lokalnej jest zapewniane w naturalnym środowisku danej osoby, kluczowe jest dostosowanie interwencji opartych na dowodach do lokalnych realiów i zasobów. Zatem medycyna oparta na dowodach i postawa zdrowienia stanowią dwa podejścia, które należy ze sobą we właściwy sposób połączyć. W coraz większym stopniu akcentuje się znaczenie silnego wpływu czynników społecznych obok podejścia biologicznego i psychologicznego w opiece nad zdrowiem psychicznym. W wielu ośrodkach europejskich udaje się łączyć podejścia oparte na dowodach i opiekę zorientowaną na zdrowienie. Jednocześnie obserwuje się zjawiska podziału na „dwa obozy” między opieką opartą na dowodach i opieką zorientowaną na zdrowienie. Tego rodzaju podziały zwykle tamują rozwój opieki środowiskowej. Jednym z zaleceń mogących pomóc przeciwdziałać takim zjawiskom jest stosowanie interwencji, które łączą nacisk na oparte na dowodach leczenie psychologiczne z wykorzystaniem leków jako narzędzia, a nie celu. Ponadto, zwraca się uwagę

na poprawę zdrowia fizycznego i integrację społeczną. Wśród praktyk zaliczanych do najlepszych wymienia się takie, które koncentrują się na włączeniu społecznym, obejmują wykorzystanie grup zasobów, podejścia dialogowe, poprawę warunków mieszkaniowych oraz indywidualne umiejscowienie i wsparcie.

5. Sieć opieki w społeczności lokalnej

Zdrowie psychiczne w społeczności lokalnej oznacza jej umiejscowienie w ramach szerszej sieci samopomocy, rodziny, przyjaciół i innych nieformalnych zasobów oraz ogólnych usług środowiskowych. Łączenie perspektyw w takiej opiece pozwala na wypełnienie luki między profesjonalistami i nieprofesjonalistami, i może zwiększyć odporność użytkowników, jak również odporność sieci wokół nich. Takie rozumienie zdrowia psychicznego pokazuje, że jest ono kwestią systemową, opartą między innymi na wielu współpracujących ze sobą świadczeniodawcach (czyli nie może być delegowane tylko i wyłącznie do jednego podmiotu np. szpitala psychiatrycznego).

Oznacza to, że usługi w zakresie zdrowia psychicznego powinny składać się z wielodyscyplinarnej, wielousługowej sieci opieki terapeutycznej. Należy dążyć do tego aby mogła ona zapewnić szerokie spektrum interwencji dostosowanych do potrzeb użytkowników, co ostatecznie pozwoli ludziom na powrót do zdrowia w ich środowisku domowym. W zależności od dostępnych zasobów, opieka może być świadczona w ramach zintegrowanych modeli opieki, w których centralnym węzłem jest środowiskowy zespół zdrowia psychicznego (centrum zdrowia psychicznego), lub przez oddzielne zespoły jeśli taka zintegrowana opieka nie jest dostępna. Niezależnie od dokonanego wyboru zasad funkcjonowania, podstawowa opieka zdrowotna (lekarze rodzinni) to główny partner w sieci w dziedzinie medycyny.

Istotną kwestią w rozwoju zespołów zajmujących się zdrowiem psychicznym w społeczności lokalnej jest przyjęcie wspólnej odpowiedzialności za interwencje. Wiąże się to z interdyscyplinarnym i wieloekspersckim sposobem pracy, czyli takim, w którym nie ma dziedzin wykluczających się. Wiedza specjalistyczna różni się w zależności od dyscypliny, a zadaniem ekspertów w zespole jest dzielenie się swoją wiedzą. Fachowa wiedza członków zespołu powinna być łączona z doświadczeniem użytkowników. Tę samą zasadę można zastosować do współpracy międzysektorowej.

W Europie, w różnych krajach wprowadzono wiele modeli zintegrowanej środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym, w których szereg usług zdrowotnych współpracuje ze sobą w celu zapewnienia opieki dostosowanej do indywidualnych potrzeb. Aktywna terapia środowiskowa (ACT) jest opartym na dowodach naukowych modelem zintegrowanej środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym. Wykazano,

że taka terapia oferuje znaczące korzyści w porównaniu ze standardowymi modelami koordynacji opieki w zmniejszaniu bezdomności i nasilenia objawów u osób bezdomnych z ciężkimi chorobami psychicznymi. Dobre praktyki w zakresie zintegrowanej środowiskowej opieki psychiatrycznej, na które dowody są mniej jednoznaczne, obejmują: elastyczne aktywne leczenie środowiskowe (Flexible Assertive Community Treatment – FACT) oraz zintegrowane leczenie zaburzeń z podwójną diagnozą (Integrated Dual Disorder Treatment – IDDT).

Problemem jest bardzo często słaby rozwój współpracy z osobami spoza systemu opieki zdrowotnej. Szansą na wzmocnienie pozycji osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi jest członkostwo w różnego rodzaju klubach i grupach wsparcia. Ich rozwój jest istotnym elementem działań w ramach opieki środowiskowej. Uczestnictwo w klubach daje możliwości ponownego wejścia w świat przyjaźni, rodziny, zatrudnienia i edukacji, a także dostępu do usług i wsparcia, potrzebnego także poza systemem ochrony zdrowia psychicznego, aby kontynuować powrót do zdrowia.

6. Rola ekspertów przez doświadczenie / asystentów zdrowienia

Kolejnym ważnym elementem nowoczesnej opieki środowiskowej jest korzystanie z wiedzy osób, które same doświadczyły złego stanu zdrowia psychicznego. Jest ona coraz częściej uznawana za „trzecią dziedzinę wiedzy specjalistycznej”, obok dowodów naukowych oraz praktycznej wiedzy i umiejętności. Eksperti przez doświadczenie (asystenci zdrowienia) są żywym przykładem, że wyzdrowienie jest możliwe. Dzięki swoim doświadczeniom mogą wspierać innych użytkowników usług w ich zdrowieniu. Istotne jest tutaj myślenie zgodnie z zasadą "nic o nas bez nas". Użytkownicy usług stają się partnerami w projektowaniu, realizacji i ewaluacji usług.

Wprowadzanie tych zasad natrafiało i natrafia na szereg barier ale doświadczenie kryzysu psychicznego jest coraz częściej uznawane za dziedzinę wiedzy specjalistycznej. Znajduje to odzwierciedlenie w europejskich dokumentach politycznych oraz strategiach europejskich usługodawców. Cały czas jednak nie zawsze znajduje to odzwierciedlenie w praktyce. Zmiany wymagają zrozumienia i akceptacji na poziomie społeczności lokalnej, przeznaczenia środków na organizację usług kierowanych przez użytkowników, w tym na organizacje przedstawicielskie, które wnoszą wkład w działalność publiczną i polityczną oraz są aktywne na poziomie narodowym, regionalnym i lokalnym, oferując użytkownikom usług możliwość szkolenia i rozwijania swojej wiedzy.

Podsumowanie

Eksperti w dziedzinie zdrowia psychicznego proponują aby nowoczesna opieka środowiskowa opierała się na trzech filarach i perspektywach:

1. Pierwsza z nich łączy prawa człowieka i zasady zdrowia publicznego w perspektywie obywatelskiej lub społecznej. Perspektywie, która przemawia za ochroną praw człowieka dla wszystkich, w tym osób z chorobami psychicznymi.
2. Druga jest perspektywą użytkownika usług, która łączy zasadę powrotu do zdrowia i współuczestnictwa ekspertów przez doświadczenie. Kładzie się tutaj nacisk na centralne miejsce użytkownika usług w opiece i wykorzystanie jego wiedzy w projektowaniu i świadczeniu usług.
3. Trzecią perspektywą jest perspektywa profesjonalna łącząca skuteczność interwencji i zasady sieci opieki środowiskowej, wskazując, że interwencje są skuteczne, gdy uwzględniają lokalne realia i współpracują z siecią, zarówno formalną, jak i nieformalną, użytkowników usług.

Opieka środowiskowa w praktyce powinna być dostosowana do potrzeb populacji w danym regionie. Powinna wprowadzać zasadę odpowiedzialności terytorialnej za daną populację. Być koordynowana przez jeden odpowiedzialny podmiot i finansowana w stabilny sposób dostosowany do wielkości populacji objętej opieką.

Budowanie opieki środowiskowej wymaga wszechstronnego podejścia, budowania współpracy w ramach, której usługi, sektory, użytkownicy usług i ich sieć ściśle ze sobą współpracują. Taka wspólnotowa sieć opieki ułatwia indywidualną drogę do zdrowia, a jednocześnie łagodzi skutki nierówności społecznych dla zdrowia psychicznego, obejmując promocję, zapobieganie, leczenie i rehabilitację, uwzględniając ekonomiczne, społeczne i fizyczne środowisko, w którym żyją ludzie. Świadczeniodawcy mają za zadanie stosować skuteczne interwencje dostosowane do lokalnych realiów. Sposób organizacji usług jest zależny od kontekstu i zależy od kultury, geografii, systemu opieki zdrowotnej i dostępnych środków finansowych.

Zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi tworzenia dobrego standardu środowiskowego leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi usługi takie powinna charakteryzować wszechstronność, jednakowy dostęp, zintegrowanie, zorientowanie na powrót do zdrowia, mające na celu ochronę i poszanowanie praw człowieka, stosowanie skutecznych i dostosowanych do potrzeb interwencji oraz działanie we współpracy z użytkownikami usług i ich siecią.

II. Reforma opieki psychiatrycznej w Polsce. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Prace nad reformą opieki psychiatrycznej w Polsce zostały zapoczątkowane jeszcze w latach 90. XX wieku, należy podkreślić, że pierwsze projekty przekształcenia modelu opieki psychiatrycznej w kierunku opieki środowiskowej powstawały jeszcze wcześniej. Realizacja reformy w Polsce napotykała na liczne przeszkody związane między innymi z czynnikami ekonomicznymi, politycznymi, instytucjonalnymi i społecznymi. Pomimo dużych potrzeb w tym zakresie reforma opieki psychiatrycznej nie była traktowana priorytetowo wśród celów poprawy zdrowia publicznego. W konsekwencji sytuacja w wielu obszarach ulegała pogorszeniu, najbardziej jaskrawym przykładem konsekwencji wieloletnich zaniedbań jest obserwowany od lat kryzys w zakresie opieki psychiatrycznej dotyczącej dzieci i młodzieży.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Możliwość wprowadzenia realnej reformy opieki psychiatrycznej pojawiła się dopiero w ostatnich latach. Dokumentem określającym strategię działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022³ ustanowiony przez Radę Ministrów w dniu 8 lutego 2017 r. (dalej: NPOZP). Jednym z najważniejszych celów szczegółowych NPOZP jest upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Głównymi celami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 są:

1. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.
2. Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Do celów szczegółowych i zadań NPOZP w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb należą m.in.:

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458). Jest to kolejna (druga) edycja Programu. Pierwsza edycja została ustanowiona przez Radę Ministrów w dniu 28 grudnia 2010 r. i obejmowała lata 2011-2015.

1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi;
4. Koordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Tak jak opisano w poprzednim rozdziale model środowiskowy jest uznawany współcześnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprzyja on uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego, a także w przeciwdziałaniu zjawisku stygmatyzacji. Opieka środowiskowa oznacza dostępność do odpowiednich usług w pobliżu miejsca zamieszkania z naciskiem na opiekę ambulatoryjną i środowiskową, przy jednoczesnym skracaniu koniczności pobytu w oddziałach całodobowych i uzupełnianiu medycznych programów o niemedyczne oddziaływania.

Centra Zdrowia Psychicznego

Podstawowym założeniem trwającej reformy jest tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) finansowanych w ramach NFZ.

Jedną z podstawowych zasad ich tworzenia i działania jest zgodnie z zasadami opieki środowiskowej odpowiedzialność terytorialna oznaczająca obowiązek zapewnienia przez CZP podstawowej opieki psychiatrycznej dla lokalnej społeczności (osoby dorosłe) zamieszkującej jego obszar działania. Obszar działania obejmuje jedną lub więcej jednostek podziału administracyjnego kraju (powiat, miasto, dzielnica). Liczba mieszkańców powyżej 18 roku życia na obszarze działania CZP powinna mieścić się w granicach 50-200 tys. osób, w zależności od lokalnych uwarunkowań. Optymalna wielkość mieści się w granicach 100-120 tys. osób.

Do zadań Centrów Zdrowia Psychicznego należy sprawowanie opieki psychiatrycznej dla dorosłych mieszkańców obszaru obejmujących ich opiekę stacjonarną, dzienną, ambulatoryjną, środowiskową i doraźną.

CZP udziela pomocy czynnej, długoterminowej, krótkoterminowej, doraźnej oraz konsultacyjnej. CZP zapewnia zarówno kompleksowość, jak i koordynację udzielanych świadczeń. Osoby korzystające z pomocy czynnej mają obligatoryjnie opracowywane plany terapii i zdrowienia oraz wyznaczonego koordynatora opieki (w projekcie odpowiadał mu doradca ds. zdrowienia i wsparcia). W przypadku pozostałych pacjentów jest to nieobligatoryjne. Plan terapii i zdrowienia zawiera w szczególności listę podstawowych problemów zdrowotnych i społecznych, celów

podejmowanych działań oraz planowanych metod ich osiągnięcia. Do zadań koordynatora opieki należy:

1. Współdziałanie w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i zdrowienia oraz przegląd ich realizacji;
2. Udzielanie świadczeniobiorcy wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i zdrowienia oraz jego koordynacja;
3. Zagwarantowanie współpracy i wymiany informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej;
4. Pomoc i wsparcie świadczeniobiorcy w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
5. Współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym świadczeniobiorcy.

W każdym CZP w ramach poradni zdrowia psychicznego funkcjonuje Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (dalej: PZK), czynny co najmniej w dni robocze w godzinach 8:00-18:00, do którego zadań należy:

1. Udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej;
2. Przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania 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.

PZK realizuje swoje zadania wobec zgłaszających się osób bez ich wcześniejszego umawiania się oraz bez wymogu posiadania skierowania, a jego obsadę stanowi personel medyczny. Zniesione są w ten sposób organizacyjne i administracyjne bariery dostępności do usług CZP.

Do PZK mogą zgłaszać swoich podopiecznych przedstawiciele lokalnych instytucji i organizacji, (np. pracownicy OPS, pracownicy ŚDS) celem umówienia interwencji psychiatryczno-psychologicznej i objęcia opieką koordynowaną. Możliwość ta znacznie ułatwia współpracę międzyinstytucjonalną.

Obok pomocy zdrowotnej niezwykle ważnymi i wymagającymi dalszych działań w obszarze zdrowia psychicznego są niemedyczne formy wsparcia osób chorujących psychicznie takie jak środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki wsparcia, mieszkania kryzysowe i treningowe; hostele, specjalistyczne usługi opiekuńcze, kluby weekendowe, turnusy rehabilitacyjne oraz aktywizacja zawodowa i zatrudnienie wspomagane.

Dostępność pomocy, jej indywidualizacja i koordynacja w ramach społeczności lokalnej jest koniecznym warunkiem, niezbędnym w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie. Oczywistym wydaje się, że tak złożony system opieki wymaga usystematyzowanych działań, bliskiej dostępności, wielowymiarowości oddziaływań oraz organizacji niemedycznych form opieki przy współpracy, planowaniu i finansowaniu przez samorządy lokalne.

Trwająca od 2018 roku reforma opieki psychiatrycznych zbiegła się z początkiem realizacji Projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznym – testowanie i wdrażanie” Model realizowanych działań wpisujący się w szczegółowe cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, uzupełniał i wspierał działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z modelem psychiatrii środowiskowej.

III. Psychiatryczna opieka medyczna i niemedyzna, programy wsparcia dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w Warszawie

W porównaniu z wieloma małymi aglomeracjami w Polsce opieka medyczna i niemedyzna na terenie m.st. Warszawy jest dość dobrze rozbudowana. Funkcjonuje tutaj wiele placówek medycznych i niemedyznych oferujących różnorodne wsparcie, wiele z nich działa od lat. Jednakże w ostatnich 3 latach, na skutek trwającej reformy opieki środowiskowej dostępność do medycznych świadczeń psychiatrycznych uległa zmianie jedynie w 5 dzielnicach Warszawy.

Środowiskowy model opieki psychiatrycznej od października 2018 roku jest pilotażowo wdrażany w 3 dzielnicach, gdzie powstały Centra Zdrowia Psychicznego, wdrażające pilotażowy model opieki psychiatrycznej zgodny z rozporządzeniem pilotażowym Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku⁴. Są to:

1. Centrum Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Bródnowskim;
2. Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
3. Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego przy Szpitalu Wolskim.

Ponadto pilotażem objęta jest także dzielnica Ursus m.st. Warszawy w ramach funkcjonowania Centrum Zdrowia Psychicznego działającego w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia. Obszar działania tego ośrodka obejmuje miasto Pruszków, powiat pruszkowski, gminę Podkowa Leśna i wspomnianą dzielnicę Ursus m.st. Warszawy.

Z kolei na terenie dzielnicy Bielany powstało Centrum Zdrowia Psychicznego jednakże nie w ramach pilotażu ale finansowane ze środków europejskich w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (finansowanie do września 2021).

Odpowiedzialność Centrów Zdrowia Psychicznego za zorganizowanie podstawowej opieki psychiatrycznej w danym obszarze (odpowiednio w dzielnicach Targówek, Mokotów, Wola, Ursus) pozwala na koordynowanie opieki psychiatrycznej wobec mieszkańców tych dzielnic jak również umożliwia dostęp do świadczeń psychiatrycznych w niedodległych terminach lub w trybie pilnym. Uruchomienie punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych w dzielnicach przynosi wymierne efekty w codziennej pracy

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

z pacjentami i wpływa na jakość szybkość i dostępność do świadczeń wśród mieszkańców tych Dzielnic.

Działalność trzech pilotażowych centrów zdrowia psychicznego (Targówek, Mokotów, Wola) uzupełniana była ofertą programów realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jeśli chodzi o pozostałe dzielnice Warszawy to na ich terenie funkcjonują całodobowe oddziały szpitalne, dwa duże szpitale psychiatryczne (Szpital Nowowiejski, Instytut Psychiatrii i Neurologii), trzy oddziały psychiatryczne całodobowe znajdujące się przy szpitalach ogólnych (Szpital Wolski, Szpital Bródnowski, Szpital Bielański), Poradnie Zdrowia Psychicznego i Zespoły Leczenia Środowiskowego. Z informacji udostępnionych przez Biuro Polityki Zdrowotnej m.st. Warszawy wynika, że na terenie Warszawy nadal funkcjonuje tylko 10 zespołów leczenia środowiskowego (domowego) co obejmuje niewiele ponad połowę zapotrzebowania.

W przypadku konieczności hospitalizacji pacjenci mieszkający w niektórych dzielnicach Warszawy nadal, z powodu braku możliwości leczenia w dzielnicy lub dzielnicach ościennych są kierowani na hospitalizacje w szpitalach odległych od miejsca zamieszkania Szpitalu Tworowskim w Pruszkowie (Białołęka, Bemowo, Ursus, Włochy), w Szpitalu w Drewnicy w Żąbkach (Praga-Północ, Praga-Południe, Tarchomin), mieszkańcy dzielnic Wesoła i Wawer w Szpitalu Nowowiejskim. Jest to przykład „azyłowej” organizacji leczenia i utrudnia sprawną koordynację działań i leczenia.

Typy dzielnic ze względu na stopień zawansowania opieki środowiskowej

Przyjmując, że wskaźnikiem stopnia zaawansowania opieki środowiskowej w danej dzielnicy Warszawy jest obecność i działanie na danym obszarze Centrów Zdrowia Psychicznego działających w ramach pilotażu oraz obecność Zespołów Leczenia Środowiskowego dzielnice Warszawy można podzielić na 3 typy, które poniżej opisano jako typ A, B i C. Dodatkowo w nawiasach podano orientacyjną wielkość dzielnicy w oparciu o populację osób dorosłych.

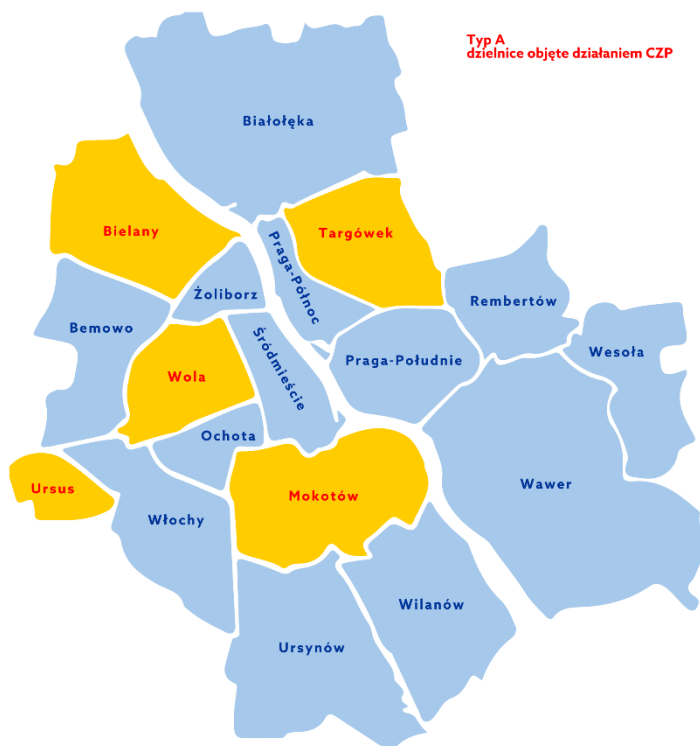
Tabela 1 Podział wielkościowy dzielnic ze względu na populację osób dorosłych

Populacja osób dorosłych powyżej 18 roku życia	Symbol
Bardzo duża (powyżej 150 tys.)	XL
Duża (100-150 tys.)	L
Średnia (50-99 tys.)	M
Mała (poniżej 50 tys.)	S

Typy dzielnic Warszawy w zależności od działających Centrów Zdrowia Psychicznego i Zespołów Leczenia Środowiskowego finansowanych przez NFZ:

Dzielnice TYP A

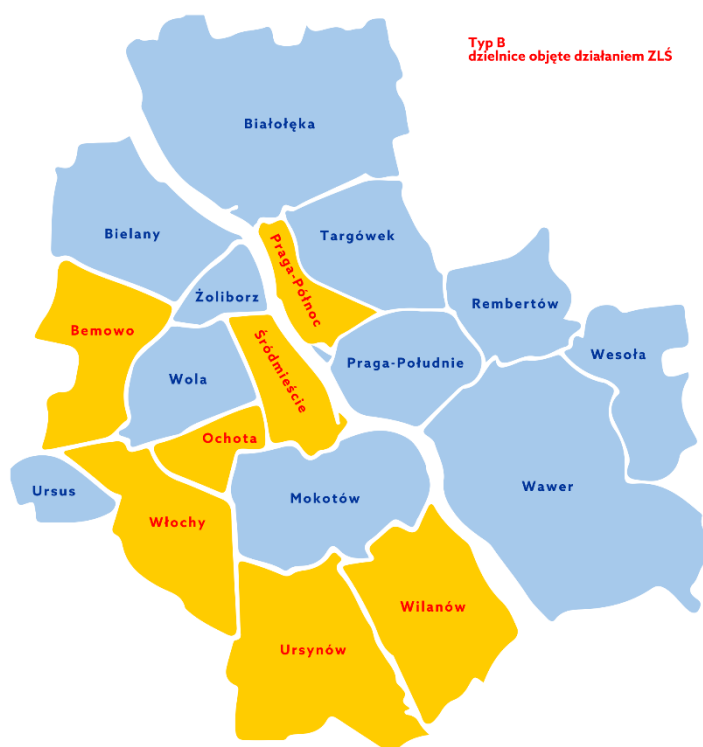
- A1. Bielany (L)
- A2. Mokotów (XL)
- A3. Targówek (L)
- A4. Ursus (M)
- A5. Wola (L)



Są to dzielnice objęte działaniem Centrum Zdrowia Psychicznego realizowanym w ramach pilotażu opieki środowiskowej (w lutym 2021 roku taka sytuacja dotyczy 4 dzielnic) oraz dodatkowo dzielnica, w której działa CZP finansowane w ramach projektu PO WER (Bielany).

Dzielnice TYP B

- B1. Bemowo (L)
- B2. Włochy (S)
- B3. Ochota (M)
- B4. Praga-Północ (M)
- B5. Śródmieście (L)
- B6. Ursynów (L)
- B7. Wilanów (S)



Dzielnice, które nie są jeszcze objęte działaniem Centrum Zdrowia Psychicznego, ale ich teren jest objęty działaniem jednego z istniejących w Warszawie Zespołów Leczenia Środowiskowego dla osób dorosłych.

Dzielnice TYP C

C1. Praga-Południe (XL)

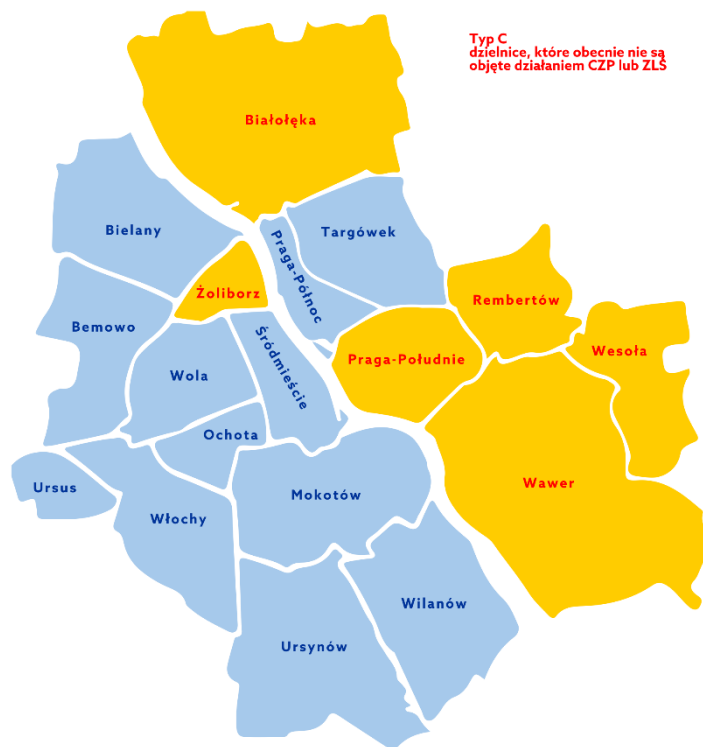
C2. Białołęka (L)

C3. Wawer (M)

C4. Żoliborz (S)

C5. Wesoła (S)

C6. Rembertów (S)



Grupa dzielnic, w których mamy do czynienia z najmniejszym rozwojem opieki środowiskowej – dzielnica nie jest objęta ani działaniem CZP ani obszarem działania Zespołu Leczenia Środowiskowego.

System oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicach Warszawy

Osoby z zaburzeniami psychicznymi w Dzielnicach Warszawy korzystają z oferty pomocy społecznej na ogólnych zasadach, w oparciu o ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁵. Wychodząc naprzeciw potrzebom tej grupy osób i ich otoczenia społecznego od ponad 20 lat działa system oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, poddawany zmianom w miarę diagnozowanych potrzeb.

W ramach Ośrodków Pomocy Społecznej realizowane są również:

1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi – realizacja zadania zleconego, finansowanego ze środków budżetu państwa;

⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).

2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w zakresie uczenia i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia dla osób po 60-tym roku życia z zaburzeniami charakterystycznymi dla wieku podeszłego (np. zespoły otępienne, psychozy starcze) – realizacja zadania własnego finansowanego ze środków m.st. Warszawy.

Koordynowany i stały kontakt z Centrami Zdrowia Psychicznego jest niezbędny dla prawidłowej i skutecznej realizacji zadań należących do pomocy społecznej, interwencji kryzysowej w opisywanej grupie docelowej.

Ponadto w dzielnicach Warszawy funkcjonują:

- › 14 Środowiskowych domów samopomocy wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi (większość z nich działająca w trybie łączonym AB lub AC):
 - typu A – dla osób przewlekle chorujących psychicznie;
 - typu B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;
 - typu C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.
- › 11 warsztatów terapii zajęciowej:
 - 3 dla osób z zaburzeniami psychicznymi mogące przyjąć 89 osób;
 - 7 dla osób z niepełnosprawnością intelektualną mogące przyjąć 223 osoby;
 - 1 dla osób ze spektrum autyzmu mogące przyjąć 24 osoby.
- › 16 mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - 7 dla osób z zaburzeniami psychicznymi mogące przyjąć 70 osób;
 - 8 dla osób z niepełnosprawnością intelektualną mogące przyjąć 55 osób;
 - 1 dla osób ze spektrum autyzmu mogące przyjąć 20 osób.
- › 13 klubów w 5 dzielnicach Warszawy, w tym:
 - 4 dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - 7 dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;
 - 2 dla osób ze spektrum autyzmu.

Wśród nich 3 kluby weekendowe dla 75 osób (Targówek, Praga-Północ, Wola).

Oferta wsparcia dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego w dzielnicach rozłożona jest nierównomiernie. Brak jest jednoznacznej analizy potrzeb w poszczególnych dzielnicach i brakuje koordynacji opieki wobec osób chorujących psychicznie. Wynikiem tego może

być niedopasowanie oddziaływań, nieznanostwo zasobów, powielanie zadań i w rezultacie niska efektywność działań.

System oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – dzielnica Wola m.st. Warszawy

Przykładem rozwoju dobrych praktyk może być dzielnica Wola (134 tys. mieszkańców), w której Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego, od 3 lat realizuje pilotażowy program opieki psychiatrycznej.

Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego (WCZP) jest wyodrębnioną strukturą organizacyjną w Szpitalu Wolskim od czerwca 2012 roku, obejmującą:

1. Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego – część szpitalna, wchodzącą w skład Zakładu Leczniczego Szpitala Specjalistycznego – Lecznictwo Psychiatryczne Stacjonarne:
 - Kliniczny Oddział Psychiatryczny (30 miejsc);
 - Punkt Pomocy Doraźnej (izba przyjęć psychiatryczna).
2. Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego – część ambulatoryjna, wchodzącą w skład Zakładu Leczniczego – Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego Psychiatrycznego:
 - Oddział psychiatryczny dzienny (42 miejsca);
 - Poradnia Zdrowia Psychicznego wraz z punktem zgłoszeniowo-koordynacyjnym (PZK);
 - Zespół leczenia środowiskowego (domowego).

Jednostki organizacyjne WCZP, w których udzielane są świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, są zlokalizowane w 2 budynkach na terenie Szpitala.

Środowiskowy model opieki psychiatrycznej budowany jest w Dzielnicy Wola od 2012 roku i nadal podlega ewolucyjnym zmianom. W ramach programu pilotażowego Szpital zawarł umowę na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych z następującymi podwykonawcami w dzielnicy:

1. Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Warszawie, ul. Ciołka 11, udzielane w Poradni zdrowia psychicznego zlokalizowanej w Przychodni Lekarskiej w Warszawie przy ul. Płockiej 49. Umowa obejmuje również udzielanie świadczeń w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordinacyjnym.

2. Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. w Warszawie, Aleja Wilanowska 43A, świadczenia udzielane w Poradni Zdrowia Psychicznego zlokalizowanej w Warszawie przy ul. Ogrodowej 8.
3. Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, ul. Kasprzaka 17A, świadczenia udzielane w Poradni Zdrowia psychicznego mieszczącej się pod tym samym adresem.

Działanie WCZP uzupełniał realizowany przez m.st. Warszawę wraz ze Szpitalem Wolskim projekt „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego (budżet projektu 12.151.546,00 zł). W ramach tego projektu oferta WCZP została rozszerzona między innymi o działania doradców ds. zdrowienia i wsparcia, asystentów zdrowienia, doradców zawodowych, trenerów pracy i innych specjalistów (m.in. prawnicy). Otworzono weekendowy klub „Fajrant”, oraz utworzono pięcioosobowe mieszkanie chronione treningowe dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (zlokalizowane na granicy dzielnic Woli i Śródmieścia).

Dzięki połączeniu medycznych i niemedycznych programów wsparcia koordynowanych przez jeden podmiot w dzielnicy Wola, Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego, możliwy jest rozwój różnorodnej oferty wsparcia społecznego, zachowanie ciągłości udzielanego wsparcia, podnoszenie jakości życia i wspieranie procesów zdrowienia osób chorujących psychicznie.

Dalszy rozwój psychiatrycznej opieki medycznej i niemedycznej i programów wsparcia dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi na terenie m.st. Warszawy powinien polegać na budowaniu i rozwijaniu analogicznych systemów wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi we wszystkich dzielnicach.

IV. Wnioski z realizacji projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie”⁶

Celem projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” było przetestowanie Modelu wsparcia powstałego w wyniku I etapu realizacji projektu w zakresie deinstytucjonalizacji – doświadczeń Stowarzyszeń „Pomost” i „Otwarte Drzwi” oraz Miasta Stołecznego Warszawy we wspieraniu osób z zaburzeniami psychicznymi, które stanowiło II etap modelowego działania z zakresu wspierania tej grupy beneficjentów.

Projekt testował efekty działania istotnych składowych środowiskowego modelu leczenia i wsparcia osób zaburzeniami psychicznymi. Na najważniejsze elementy testowanego modelu zintegrowanego systemu leczenia i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi składały się: interdyscyplinarne zespoły doradców, specjalistów i asystentów zdrowienia, zespoły aktywizacji zawodowej, dwa mieszkania wspomagane (jedno dla osób z chorobami psychicznymi i jedno dla osób z niepełnosprawnością intelektualną), warsztaty zdrowienia, kluby weekendowe, grupy wsparcia dla rodzin oraz działania skierowane do społeczności lokalnych w trzech dzielnicach – praca animatorów lokalnych dla dzielnicy, szkolenia, warsztaty w szkołach, działania dzielnicowych zespołów ds. wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi i tworzone przez nie lokalne strategie.

Projekt realizowany był od grudnia 2017 r. w trzech dzielnicach m.st. Warszawy: Pradze-Północ, Woli oraz Targówku. Partnerami projektu były dwa szpitale wspierające osoby z zaburzeniami psychicznymi w wybranych do testowania dzielnicach – Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica oraz Mazowiecki Szpital Bródnowski. Liderem działań było Miasto Stołeczne Warszawa, a realizatorem Szpital Wolski. Czwartym partnerem projektu było Stowarzyszenie Otwarte Drzwi (dalej: SOD), które pomaga osobom z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich bliskim.

⁶ Na podstawie *Raportu końcowego z ewaluacji projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie”* W.Chodacz, M.Kopecka, M.Bednarowska, T.Szafrański.

Z projektu skorzystało łącznie 1257 osób (776 kobiet i 481 mężczyźn). 926 uczestników spośród tej grupy to osoby z zaburzeniami psychicznymi (530 kobiet i 396 mężczyźn). Pozostałe 331 osób to ich bliscy (246 kobiet i 85 mężczyźn).

Tabela 2 Zestawienie osiągniętych wskaźników w ramach poszczególnych zadań projektu

Zadanie	Wskaźnik	Osiągnięta wartość	Poziom realizacji
Doradcy ds. zdrowia i wsparcia	Liczba osób objętych wsparciem doradcy ds. osoby zdrowienia i wsparcia	1257	119,71%
	W tym:		—
	- osoby z zaburzeniami psychicznymi - członkinie i członkowie rodzin	926 331	— —
Wsparcie sytuacji mieszkaniowej	Liczba utworzonych mieszkań chronionych	2	100%
Wspomagane zatrudnienie	Liczba osób, które skorzystała ze wsparcia doradcy zawodowego	575	106,48%
Pomoc dla rodzin	Liczba członków rodzin, która skorzystała z grup wsparcia	331	110,33%
Wspieranie ruchu samopomocowego	Liczba osób, które zostały objęte warsztatami zdrowienia	140	77,78%
Działania w społeczności lokalnej	Liczba wypracowanych lokalnych strategii wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi	3	100%

Punkty konsultacyjno-doradcze (PKD)

W każdej dzielnicy zostały utworzone punkty konsultacyjno-doradcze (PKD). Interdyscyplinarne zespoły złożone z koordynatorek merytorycznych, doradców zdrowia i wsparcia, asystentów zdrowia i specjalistów (psychologów, dietetyków, seksuologów, prawników, pracowników socjalnych, terapeutów uzależnień, asystentów osoby z niepełnosprawnością) stanowią najważniejszy element Modelu i czynnik sukcesu projektu. Dodatkowo na Pradze-Północ działał zespół prowadzony przez Stowarzyszenie Otwarte Drzwi, który wspierał osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich bliskich.

1. Doradcy ds. zdrowia i wsparcia (DZiW)

Doradcy ds. zdrowia i wsparcia (DZiW) prowadzili dyżury w punktach konsultacyjno-doradczych (siedzibach zespołów), a także w innych instytucjach takich jak ośrodki pomocy społecznej, miejsca aktywności lokalnej, parafie, poradnie zdrowia

psychicznego. Odwiedzali też oddziały stacjonarne i dzienne szpitali – partnerów i rozmawiali z lekarzami oraz pacjentami i pacjentkami. Zgodnie z założeniami Modelu do zadań doradców należało między innymi: nawiązywanie kontaktu z osobą z zaburzeniami psychicznymi, zapewnianie szerokiego dostępu do informacji na temat istniejącej oferty leczenia i wsparcia, przygotowanie indywidualnej diagnozy potencjalnych możliwości i oczekiwań. Ważnym elementem pracy doradców było również utworzenie bazy danych dostępnej oferty różnorodnego wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i proponowanie adekwatnego wsparcia odbiorcom.

Podstawowym narzędziem pracy z uczestnikami biorącymi udział w projekcie był indywidualny plan zdrowienia i wsparcia (Aneks 1). Na podstawie analizy ewaluacji tych planów stwierdzono, że najwyższy odsetek zrealizowanych celów mieścił się w obszarze zdrowia psychicznego. Na drugim miejscu znajdowały się zdrowie somatyczne oraz obszar socjalno-prawny.

Uczestnicy sformułowali cele ogółem w 7 obszarach. Najczęściej cele w zakresie zdrowia psychicznego (89%) dotyczyły utrzymanie stanu obecnego, utrzymanie remisji lub poprawy stanu obecnego. Sformułowano cele związane z podjęciem leczenia w PZP, farmakoterapii i psychoterapii, psychoedukacji, terapii uzależnienia. Cele w obszarze zdrowia somatycznego były formułowane w co drugim planie (59%) i najczęściej dotyczyły redukcji wagi, zdrowszego odżywiania, istotna była tutaj oferta projektu i dostępnością diety. Pojawiały się też cele związane z regularnymi wizytami u lekarzy, diagnostyki, badania okresowe, dbanie o kondycję fizyczną, zdrowy styl życia oraz praca nad regularnością i jakością snu. Cele socjalno-prawne formułowane były w połowie planów (54%). Dotyczyły one spraw związanych z mieszkaniem (samodzielne mieszkanie, ubieganie się o mieszkanie socjalne/komunalne, czasem pojawiało się mieszkanie chronione), sytuacją finansową i zadłużeniem (bardzo częsta przyczyna konsultacji z prawnikiem), uzyskaniem/przedłużeniem orzeczenia o niepełnosprawności, ubieganiem się o rentę, sprawami rodzinnymi oraz współpracą z ośrodkiem pomocy społecznej. Cele związane z pracą zawarte zostały w 82% analizowanych planów zdrowienia i wsparcia. W większości przypadków formułowane były ogólnie jako aktywizacja zawodowa lub próba aktywizacji zawodowej. Cele dotyczące wsparcia społecznego pojawiały się w ponad połowie (58%) planów. Dotyczyły wychodzenia z izolacji, aktywizacji społecznej, poszerzenia lub stworzenia sieci wsparcia społecznego m.in.: odnowienie/podtrzymanie kontaktów z bliskimi, znalezienie partnerki/partnera, przyjaciół, grona osób o podobnych zainteresowaniach, doświadczeniach, wyznawanych wartościach. W obszarze zainteresowań (39% planów) najczęściej zgłaszano potrzebę ich rozwijania.

Zarówno badania ilościowe, jak i jakościowe pokazują pozytywną zmianę u osób uczestniczących w projekcie (u osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich bliskich).

We wszystkich domenach kwestionariusza Intermed (biologicznej, psychologicznej, społecznej, organizacji opieki) widać poprawę u osób przystępujących do projektu. Wraz z czasem udziału w projekcie spadał odsetek przypadków złożonych potrzebujących szczególnego wsparcia.

Ankieta oceniająca jakość życia WHO wskazuje na poprawę w domenie somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej u osób uczestniczących w projekcie. Wraz z czasem udziału w projekcie wzrastał odsetek osób, które oceniały jakość swojego życia jako dobrą lub bardzo dobrą.

W trakcie pogłębionych badań jakościowych uczestnicy wskazali na następujące efekty od korzyści z udziału w projekcie:

1. Podniesienie poczucia bezpieczeństwa;
2. Zmniejszenie niepewności w kontaktach z ochroną zdrowia;
3. Upodmiotowienie, zwiększenie poczucia kontroli nad swoim procesem leczenia;
4. Podniesienie kompetencji komunikacyjnych;
5. Uczenie się regularności, realizowania celów;
6. Uczenie się zdrowych relacji z ludźmi, respektowania granic;
7. Otwieranie się na pomoc;
8. Walka ze stygmatyzacją;
9. Zmniejszenie ryzyka stania się „wiecznym pacjentem”.

W czasie trwania projektu potwierdzono rolę PKD, które są centralnym elementem modelu i to one zapewniają jego efektywne funkcjonowanie. PKD łączą usługi z wielu zakresów: wspierają odbiorczynie i odbiorców w korzystaniu z usług medycznych, socjalnych, realizują aktywizację zawodową, poradnictwo w zakresie diety, seksuologii, prawa, terapii uzależnień. Z przeprowadzonych badań wynika, że jednym z czynników sukcesu PKD jest bardzo wysoki poziom elastyczności i zaangażowania osób tam zatrudnionych. Istotne jest też usytuowanie PKD poza oddziałami stacjonarnymi szpitali, co wspiera wychodzenie z roli pacjenta i umożliwia korzystanie ze wsparcia osobom uprzedzonym, które mają negatywne doświadczenia pobytu w szpitalach.

W ocenie doradców ds. zdrowienia i wsparcia plany zdrowienia są skutecznym narzędziem pracy. Sposób definiowania celów i ich ewaluacji w planach nie był standaryzowany, każdy doradca formułował je nieco inaczej – w dalszych planowanych

działaniach można uwzględnić możliwość częściowej standaryzacji planu na podstawie najczęściej zgłaszanych w projekcie potrzeb uczestników.

Szczegółowa diagnoza potrzeb i oczekiwań uczestników pozwala na maksymalnie efektywne wykorzystanie pozostałych zasobów w projekcie i w otoczeniu. Przebadani członkowie zespołów aktywizacji zawodowej, specjaliści, dietetycy, seksuolodzy, potwierdzają, że docierały do nich niemal wyłącznie osoby o zdiagnozowanych potrzebach adekwatnych do możliwości wsparcia, jakie oferują i z zaopiekowanymi pozostałymi potrzebami (np. pozostawanie pod opieką psychiatryczną i prawidłowa farmakoterapia). Ważnym elementem działań DZiW i całych zespołów PKD były regularne spotkania, w trakcie których omawiano przypadki i rozwiązywanie trudności. Wypracowany przez DZiW system relacji z instytucjami medycznymi i pomocy społecznej oraz znajomość formalnych i nieformalnych reguł ich działania umożliwił wielopłaszczyznowe i szybkie działanie. Właściwe skoordynowanie usług medycznych ze społecznymi okazało się dla wielu odbiorców przełomowe dla ich procesu zdrowienia. Zmniejszone zostało także poczucie dezorientacji i braku celowości w leczeniu.

Istotnym aspektem była zarówno elastyczność, łatwa dostępność DZiW (kontakt telefoniczny, dyżury, wizyty) oraz długotrwałość kontaktu dawały odbiorcom motywację, poczucie bezpieczeństwa i pewności.

Bariery i trudności:

- › Pierwszym była ograniczona dostępność usługi leczenia i psychoterapii, fundamentalna dla pracy w pozostałych obszarach. Praca doradców w znacznej mierze opierała się na prywatnych kontaktach i znajomości organizacji pomocowych. Dostępność usług medycznych była przez cały czas trwania projektu problemem. PKD rozwiązywały ten problem na różne sposoby, często opierając się na sieci własnych kontaktów. Zatrudniano konsultantów – psychologów, w Drewnicy utworzono dwie grupy psychoterapeutyczne prowadzone przez wolontariuszy.
- › Drugą trudnością był opór obserwowany w części instytucji, z którymi próbowano podjąć współpracę. Rola DZiW nie zawsze była rozumiana i akceptowana. Współpraca z niektórymi instytucjami opiera się na indywidualnych kontaktach (a nie rozpoznawalności funkcji czy instytucji PKD). Często mylono też działania PKD z Centrami Zdrowia Psychicznego. Respondenci i respondentki wskazywali, że przez część lekarzy DZiW są ignorowani, personel medyczny miał wątpliwości co do ich doświadczenia i kompetencji. Także niektórzy pracownicy pomocy społecznej traktowali doradców jako konkurencję (postrzegano, że ich rola pokrywa się często

z zadaniami pracowników socjalnych i ośrodki nie były w stanie zrozumieć, jakie korzyści współpraca może przynieść ich klientom).

Pomimo tych barier w trakcie projektu udało się stworzyć skutecznie działające zespoły interdyscyplinarne, efektywnie działające punkty i zbudować obszerną bazę wiedzy dotyczącej istniejącego systemu wsparcia i usług psychoterapeutycznych.

2. Specjaliści wg potrzeb

Wszystkie PKD zatrudniały różnych specjalistów do udzielania konsultacji:

1. prawników;
2. dietetyków;
3. seksuologów;
4. pracowników socjalnych;
5. specjalistę ds. orzecznich (SOD);
6. specjalistę pracy z ciałem (SOD);
7. konsultanta ds. zabezpieczenia kontynuacji wsparcia (SOD).

Zakres godzin dopasowywany był przez każdy PKD do potrzeb odbiorców. Szczególnie dużym zainteresowaniem cieszyły się konsultacje prawnicze. Specjaliści świadczyli usługi indywidualne oraz uczestniczyli w spotkaniach dyskusyjnych m.in. dla grup wsparcia rodzin. Ich obecność pozwala na rozwiązywanie istotnych problemów uniemożliwiających uczestnikom rozwój na innych płaszczyznach.

Dodatkowo PKD ze względu na bardzo niską dostępność usług medycznych z zakresu psychiatrii i psychologii zatrudniały terapeutów uzależnień oraz psychologów, a Stowarzyszenie Otwarte Drzwi krótkoterminowo psychiatrę.

Specjaliści zwracali uwagę na bardzo dobrze wykonaną diagnozę potrzeb i rekrutację osób korzystających z ich wsparcia. Kierowano do nich osoby, pomoc którym mieściła się w zakresie ich kompetencji i które były zmotywowane, by ją uzyskać.

Fakt, że pozostawali w ścisłej współpracy z resztą członków zespołów, umożliwiał maksymalnie skuteczne działania i szybkie wdrażanie się w pracę. Dodatkowym atutem podkreślonym przez nich była możliwość pracy w interdyscyplinarnym zespole i poznawania nowych perspektyw w leczeniu i wspieraniu.

Efekty działań:

- › Podniesienie jakości życia uczestników;

- › Rozwiązywanie konkretnych problemów, które uniemożliwiały realizowanie podstawowych celów (poprawa stanu zdrowia psychicznego, poprawa sytuacji socjalnej);
- › Zmniejszenie poczucia lęku i niepewności;
- › Rozwój osobisty;
- › Zwiększenie poziomu wiedzy.

3. Superwizja

Superwizję realizowano jako comiesięczne spotkania zespołów DZiW z doświadczoną superwizorką. Oddziaływanie to było oceniane jako potrzebne, pozwalające radzić sobie z ogromnym obciążeniem psychicznym, jakie niesie praca w projekcie oraz usprawniające komunikację w zespołach. Asystenci zdrowienia mieli osobną grupę superwizyjną i w pierwszym etapie projektu ze względu na ograniczone godziny nie wszyscy korzystali z tej formy wsparcia. Dzięki temu rozwiązaniu asystenci mogli we własnym gronie wspólnie zdefiniować swoją rolę, zadania i wyznaczyć granice swoich interwencji. Mogli też wzajemnie wspierać się w napotykanym w późniejszej pracy problemach.

Ponieważ superwizja była też okazją do budowania relacji i rozwiązywania konfliktów w zespołach, wyłączenie z niej asystentów powodowało do pewnego stopnia ich wyobcowanie. Dodatkowo doradcy byli pozbawieni możliwości uzyskania wsparcia superwizorki w rozwiązywaniu problemów współpracy z asystentami.

Praca z asystentami stanowiła więc czasem dla nich dodatkowe obciążenie – musieli jednocześnie koordynować wsparcie dla odbiorców i zarządzać relacjami z asystentem/asystentką.

W toku projektu do superwizji doradców dołączyły także zespoły aktywizacji zawodowej. Wprowadzono również superwizje dla osób prowadzących grupy wsparcia (Praga-Północ, Wola). Zatrudniono także superwizorkę dla kadry mieszkania chronionego.

Efekty działań:

- › Usprawnienie komunikacji w zespołach;
- › Odciążenie psychiczne;
- › Ochrona przed wypaleniem zawodowym;
- › Wzmacnianie więzi w zespołach;
- › Pokonywanie wyzwań, z którymi pracownicy projektu musieli się mierzyć.

4. Asystenci zdrowienia (AZ)

Asystenci zdrowienia to osoby z doświadczeniem choroby psychicznej i umiejętnościami wspierania osób będących w kryzysach psychicznych popartymi szkoleniami i stażami w placówkach zajmujących się zdrowiem psychicznym. Do ich zadań w projekcie należały regularne spotkania i rozmowy z uczestnikami i uczestniczkami, motywowanie ich, dzielenie się własnym doświadczeniem radzenia sobie z kryzysem, a także spotkania z bliskimi osób z zaburzeniami psychicznymi. Na stanowisku asystentów zdrowienia Stowarzyszenie Otwarte Drzwi zatrudnia również osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Asystenci prowadzili także grupę wsparcia dla osób z chorobami psychicznymi w dzielnicy Praga-Północ poddawaną superwizji.

Ważnym zadaniem AZ było podnoszenie motywacji odbiorców, dawanie nadziei osobom, które wątpią w możliwość wyzdrowienia po kryzysach psychicznych. Dodatkowo DZiW mówili o roli asystentów w przełamywaniu obaw odbiorców, oswajaniu ich z PKD.

Najważniejsze działania Asystentów:

1. Towarzystwo odbiorcom – spotkania w PKD, spotkania w miejscach zamieszkania, towarzyszenie w codziennych czynnościach, spotkania na oddziałach dziennych. Asystenci wykorzystywali miękkie umiejętności, zredukowali osamotnienie i motywowali do działania.
2. Motywowanie do skorzystania z projektu i kontynuowania pracy nad problemami przez osoby zgłaszające się.
3. Spotkania z rodzinami (osobiste i w roli ekspertów na grupach wsparcia) – obecność i perspektywa prezentowana przez asystentów oceniana była przez rodziny jako bardzo pomocna i potrzebna.
4. Na Pradze-Północ asystenci prowadzili grupę wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, która cieszyła się popularnością. Grupa została stworzona w połowie projektu, a wprowadzenie lockdownu związanego z pandemią COVID-19 znacznie osłabiło jej dynamikę. Zdaniem respondentów grupa była na progu przekształcenia się w grupę samopomocową, ale zmiana charakteru spotkań osłabiła trzon regularnie korzystających uczestników.
5. Asystenci współprowadzi szkolenia dla społeczności lokalnej. Uczestnicy szkoleń oceniali ich obecność bardzo dobrze, wręcz jako przełomowe działanie dla uzyskania innej perspektywy w kontaktach z osobami chorującymi psychicznie, między innymi dzięki temu, że mieli szansę (czasem pierwszy raz) spotkać osobę, która wyzdrowiała, i przekonać się, że można skutecznie przezwyciężyć kryzys psychiczny.

6. Asystenci wolontariacko, a od lutego 2020 w ramach zatrudnienia, uczestniczyli w szkoleniach prowadzonych dla uczniów szkół. Ich obecność podczas warsztatów była oceniana bardzo pozytywnie przez badanych przedstawicieli i przedstawicielki urzędów dzielnic.

Trudności

Początkowo rola asystentów zdrowia i zakres ich działań nie były wystarczająco zdefiniowane. Nie wszędzie asystenci uczestniczyli w spotkaniach zespołów, pojawiały się trudności komunikacyjne. Z czasem wspólnie z zespołami określili swoje zadania i te problemy rozwiązywano. Najskuteczniej działały zespoły PKD, do których asystenci zdrowia byli włączani na równych prawach z pozostałymi członkami zespołów (uczestnictwo w cotygodniowych spotkaniach, wspólne omawianie problemów uczestników). Jeśli tak się nie działo, doradcy mieli tendencje do „chronienia” asystentów, co stanowiło dla nich podwójne obciążenie z jednej strony w związku z dbaniem o odbiorcę, a z drugiej o asystenta.

Efekty działań:

- › Użytkownicy – sprawdzenie się w nowej roli w nowym zawodzie, przetestowanie różnych sposobów współpracy AZ z zespołami interdyscyplinarnymi; pojawienie się asystentów w szpitalach i instytucjach pomocowych.
- › Odbiorcy:
 - destygmatyzacja;
 - zmniejszenie lęku przed korzystaniem ze wsparcia;
 - podniesienie motywacji do realizacji celów;
 - poszerzenie wiedzy na podstawie doświadczeń;
 - zmniejszenie osamotnienia.
- › Społeczności lokalne:
 - zmiana postaw wobec osoby po kryzysie psychicznym;
 - uzyskanie bezpośredniej informacji na temat kontaktów z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
 - możliwość superwizji własnych doświadczeń zawodowych.

Rekomendacje dotyczące kontynuowania i upowszechniania działań doradców ds. zdrowia i wsparcia

- › Punkty konsultacyjno-doradcze:

- Upowszechnianie PKD jako skutecznego rozwiązania; lokalizowanie ich poza oddziałami stacjonarnymi szpitali, w przyjaznych i zapraszających obiektach;
 - Upowszechnianie zespołów interdyscyplinarnych z centralną funkcją koordynatorów terapii (DZiW), zapewniających integrację dostępnych narzędzi wsparcia medycznego i socjalnego, zatrudniających asystentów zdrowia i specjalistów;
 - Prowadzenie ukierunkowanej kampanii informacyjnej dotyczącej oferty PKD (dla potencjalnych odbiorców) oraz funkcji zespołów (dla przedstawicieli instytucji) i działań wzmacniających, wypracowujących relacje z pracownikami instytucji zajmującymi się zdrowiem psychicznym.
- › Doradcy ds. zdrowia i wsparcia:
- Założeniem maksymalnej liczby odbiorców na poziomie 30 osób;
 - Korzystanie z planów zdrowia i wsparcia jako skutecznego sprawdzonego narzędzia – doskonalenie umiejętności posługiwania się nimi przez szkolenia i wymianę doświadczeń między zespołami (patrz Aneks 1);
 - Stosowanie do oceny złożoności potrzeb odbiorców kwestionariusza INTERMED (patrz Aneks 2).
- › Asystenci zdrowia:
- Zatrudnianie asystentów zdrowia na równych prawach z pozostałymi członkami zespołów PKD, co pozwoli na uniknięcie problemu niejasnego podziału obowiązków i relacji między AZ a DZiW;
 - Uczestnictwo asystentów w comiesięcznych superwizjach;
 - Włączenie AZ w cotygodniowe spotkania zespołów;
 - Jak najszerszy udział asystentów w działaniach destygmatyzacyjnych i wizerunkowych (szkoleniach dla społeczności lokalnej, warsztatach w szkołach, grupach wsparcia dla rodzin).
- › Specjaliści:
- Założenie elastyczności punktów umożliwiające stałe dostosowywanie ich oferty do zindywidualizowanych potrzeb odbiorców – umożliwienie dostępności konsultacji specjalistów według potrzeb;
 - Wspieranie komunikacji między specjalistami a DZiW (udział specjalistów w spotkaniach zespołów).
- › Superwizja – zapewnienie superwizji wszystkim pracownikom projektu narażonym na duże obciążenie psychiczne (pracownicy mieszkań chronionych, prowadzący

grupy wsparcia, członkowie zespołów aktywizacji zawodowej, osoby pracujące ze społecznościami lokalnymi).

Współpraca punktów konsultacyjno-doradczych z ośrodkami pomocy społecznej

Z punktu widzenia dalszego wdrażania systemu leczenia i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi istotną kwestię stanowi współpraca pomiędzy PKD a ośrodkami pomocy społecznej (OPS). W oparciu o wywiady przeprowadzone z koordynatorkami w dzielnicach, doradcami ds. zdrowienia i wsparcia, asystentami zdrowienia oraz przedstawicielkami ośrodków pomocy społecznej z Pragi-Północ, Woli i obu filii OPS na Targówku. W trakcie realizacji projektu zaobserwowano korzystne zmiany we współpracy pomiędzy OPS w dzielnicy Wola i Filia OPS nr 2 na Targówku, nie było takich zmian w przypadku OPS z Pragi-Północ i Filii OPS nr 1 z Targówka.

W dzielnicy Wola współpraca z doradcami była postrzegana jako kontynuacja bliskiej wieloletniej kooperacji Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego z Ośrodkiem Pomocy Społecznej. Respondentka z OPS wobec zespołu doradców używała określenia WCZP, traktowani oni byli jako element oferty Centrum.

Współpraca na Woli polegała na wspólnym omawianiu przypadków osób, które korzystały ze wsparcia obu instytucji i planowaniu działań. Początkowo, jak zaznaczyła respondentka z OPS, zespół doradców nie wzbudził zaufania. Jej zdaniem nie byli oni w stanie wiarygodnie przedstawić, na czym ma polegać ich rola. Zmieniła zdanie wraz z upływem czasu, gdy widziała pozytywne efekty współpracy. Podczas rozmowy przywołała przypadki klientów, co do których podejrzewała, że jedynym rozwiązaniem ich problemów będzie zamieszkanie w domu pomocy społecznej. Dzięki współpracy z zespołem doradców osoby te zaczęły zdrowieć i wzrosła ich samodzielność.

W dzielnicy Targówek ośrodek pomocy społecznej włączył się w rzecznictwo na rzecz przedłużenia pracy zespołu po zakończeniu projektu i opracował szczegółowe rekomendacje dla burmistrza w tej sprawie. Bliższa współpraca miała jednak miejsce głównie z Filią nr 2 ośrodka, której reprezentantka – pracownica socjalna pracująca od wielu lat z klientami z zaburzeniami psychicznymi podczas wywiadu stwierdziła, że nie wyobraża sobie dalszej pracy bez zespołu PKD. Pojawienie się doradców ds. zdrowienia i wsparcia zbiegło się w czasie z utratą psychiatry środowiskowego przy PZP, z którym respondentka blisko współpracowała, odwiedzając klientów w domach. W jej opinii zespół odpowiedział na ten brak, mimo tego, że żadne z członków zespołu nie jest lekarzem.

Współpraca w regionie, który obejmuje Filia nr 2 (Targówek Fabryczny, Mieszkaniowy, Zacisze) dotyczy takich osób, z którymi pracownica nie wie jak postąpić, czy ma do czynienia z zaburzeniem psychicznym oraz w stosunku do których otrzymuje zgłoszenia od sąsiadów, że stwarzają zagrożenie dla siebie lub otoczenia.

Istotnym utrudnieniem współpracy w dzielnicy Targówek była niepewność co do przekazywania informacji na temat klientów OPS doradcom. Respondentka prosiła ich zawsze o to, by w pierwszej kolejności uzyskali zgodę odbiorców na udział w projekcie. Miało to szczególne znaczenie w przypadkach trudnych, gdy rodzina nie chciała współpracować z ośrodkiem. W opinii respondentki doradcy byli pomostem między systemem ochrony zdrowia a środowiskiem.

Przedstawicielka Filii nr 1, z którą współpraca była oceniana mniej entuzjastycznie, w rozmowie mówiła ogólnie o wsparciu klientów z zaburzeniami psychicznymi w ramach projektu. Doceniała rolę asystentów zdrowienia w pracy z klientami. Chwaliła też szkolenia dla społeczności lokalnych. W opinii zespołu Filia nr 1 postrzega ich jako konkurencję. Respondentka nie zgodziła się jednak z opinią, że zadania doradców pokrywają się z obowiązkami pracowników socjalnych filii.

W dzielnicy Praga-Północ reprezentantka OPS Praga-Północ, z którym współpraca nie była tak pozytywnie oceniona, uznała projekt za potrzebny, skuteczny i warty kontynuacji. Na pytanie, jakie osoby kieruje do doradców, również mówiła ogólnie o klientach z zaburzeniami psychicznymi.

W przypadku Stowarzyszenia Otwarte Drzwi doradcy wspierali uczestniczki i uczestników projektu w kontaktach z ośrodkami pomocy społecznej i z czasem zrezygnowali z zatrudniania pracownika socjalnego, gdyż współpraca i znajomość z pracownikami z OPS okazywała się wystarczająca. Inicjatorami i koordynatorami tej współpracy byli jednak doradcy, nie pracownicy ośrodka.

W przypadku Szpitala Drewnica współpraca była najluźniejsza. Zespół leczenia środowiskowego zatrudnia własnego pracownika socjalnego, którego wsparcie było wystarczające dla punktu. PKD zrezygnował z dyżurów w ośrodku pomocy społecznej, ponieważ nie przyczyniały się one rekrutacji do projektu nowych uczestników.

Wszystkie respondentki wskazywały na ważną rolę asystentów zdrowienia we wspieraniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Doceniały też szkolenia dla społeczności lokalnych i powstanie zespołów dzielnicowych, dzięki którym mogły lepiej poznać ofertę wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi i podmiotów działających w obszarze zdrowia psychicznego.

Różnice między pracą doradców ds. zdrowienia i wsparcia a pracowników socjalnych

Zdaniem wszystkich badanych osób (zarówno z PKD, jak i OPS ze wszystkich dzielnic) zadania pracowników socjalnych nie pokrywają się z zadaniami doradców i pracownicy OPS nie będą w stanie ich zastąpić po zakończeniu realizacji projektu. W trakcie badania wskazywano na kilka istotnych różnic, które zostały zebrane i omówione poniżej.

➤ Intensywność wsparcia

Dla pracowników socjalnych osoby z zaburzeniami psychicznymi to tylko jedna z wielu grup klientów. Osoby po kryzysie psychicznym, by pomoc była skuteczna, potrzebują intensywniejszego wsparcia, niż pracownicy socjalni z ośrodków są w stanie im zaoferować. Wśród pomocy, którą świadczą zespoły (doradcy, ale również asystenci zdrowienia), a nie świadczą pracownicy socjalni, wymieniane były częste kontakty i kontrola stanu klientów zachęcanie do brania leków czy regularnych wizyt u lekarza psychiatry.

➤ Elastyczność

Jedna z respondentek z OPS wskazywała, że doradcy mogą w swojej pracy kierować się większą wyrozumiałością niż pracownicy socjalni ośrodka. Nie są zobligowani do stawiania wymagań wobec klientów i postępowania z nimi według z góry określonej procedury. Z perspektywy zespołów doradcy określali to jako wsparcie „szyte na miarę”. Dzięki temu, że doradcy są w stanie bardziej dostosować ofertę – w przypadku niektórych osób motywować, w przypadku innych wykazać się większą wyrozumiałością – odbiorcy chętniej korzystają z ich pomocy i rzadziej wypadają z systemu wsparcia. Ponadto pomoc świadczona przez doradców jest zindywidualizowana. Mają oni czas i kompetencje do przeprowadzenia pogłębionej diagnozy, indywidualnego potraktowania każdej osoby, dostosowania form wsparcia do jej potrzeb.

➤ Specjalizacja

Doradcy ds. zdrowienia i wsparcia są postrzegani jako specjaliści w obszarze zdrowia psychicznego. Dobrze orientują się w dostępnej ofercie i dysponują obszerną bazą adresów, do których mogą skierować odbiorców (lub udać się tam z nimi). Nawet przedstawicielka OPS z wieloletnim stażem pracy z klientami z zaburzeniami psychicznymi deklarowała, że były sytuacje, w których nie czuła się dość kompetentna i w których wsparciem okazali się dla niej doradcy.

Jedna z przedstawicielek ośrodka pomocy społecznej wspomniała również o tym, że nie mają dla niej znaczenia formalne kwalifikacje członków zespołów. Kluczowa jest ich skuteczność i bogate doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

➤ Zaufanie

Pracownicy socjalni z ośrodków pomocy społecznej bywają przez klientów postrzegani jako urzędnicy, którzy realizują procedury i piętrzą przed nimi wymagania. Doradcy natomiast, a w jeszcze większym stopniu asystenci zdrowienia, raczej podążają za odbiorcami i przyjmują ich perspektywy (jedna z przedstawicielek OPS zwróciła uwagę, że może to też być wada). Dzięki temu jednak osoby chętniej się do nich kierują i otwarcie mówią o swoich problemach. Wobec zespołów doradców nie narosły żadne uprzedzenia i negatywne stereotypy, w przeciwieństwie do ośrodków pomocy społecznej, które mogą być postrzegane jako instytucje nadmiernie sformalizowane.

➤ Wspólnota doświadczeń

Ta cecha odnosi się do asystentów zdrowienia, których skuteczność i zaangażowanie chwaliły wszystkie respondentki z ośrodków pomocy społecznej (także tych, z którymi współpraca oceniona została przez zespoły gorzej). Przedstawicielki OPS wskazywały na ogromną rolę asystentów zdrowienia w pomocy klientom i ich kompetencje w zakresie nawiązywania i utrzymywania kontaktu.

Jak wynika z przeprowadzonej ewaluacji, wsparcie doradców i asystentów zdrowienia jest szczególnie przydatne w przypadku osób głęboko uprzedzonych wobec instytucji pomocowych oraz specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, które nie mają zaufania do kontaktujących się z nimi lekarzy czy pracowników pomocy społecznej. Osoby te są skłonne zaufać asystentom zdrowienia, którzy deklarują, że mają to samo doświadczenie i w przeszłości znajdowali się w tym samym miejscu, w którym obecnie są ich klienci. Asystenci są w stanie skutecznie przekonać te osoby do kontynuowania farmakoterapii czy regularnych wizyt lekarskich. Są też w stanie podtrzymywać z nimi kontakt.

Mieszkania chronione

W ramach projektu otwarte zostały dwa mieszkania – jedno dla osób z chorobami psychicznymi prowadzone przez zespół Szpitala Wolskiego i jedno dla osób z niepełnosprawnością intelektualną prowadzone przez Stowarzyszenie Otwarte Drzwi. Ta druga placówka ma charakter mieszkania docelowego. W pierwszej natomiast zakładana jest rotacja mieszkańców. W mieszkaniach zatrudnieni są terapeuci, psychologowie oraz asystenci osób z niepełnosprawnością (w przypadku SOD). Zespoły współpracują blisko z doradcami ds. zdrowienia i wsparcia zajmującymi się poszczególnymi mieszkańcami. W ramach projektu otwarto dwa mieszkania wspomagane w dzielnicy Śródmieście i Praga-Północ. Mieszkanie przy ul. Jagiellońskiej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną zostało otwarte i prowadzone

w pierwszym roku realizacji projektu. W mieszkaniu zamieszkały cztery osoby. Mieszkanie dla osób z chorobami psychicznymi wymagało remontu, otwarto je ostatecznie w listopadzie 2019 r. Zamieszkało w nim pięć osób. W mieszkaniach zatrudnieni byli terapeuci, psychologowie oraz asystenci osób z niepełnosprawnościami. Mieszkania nie zostały zamknięte na czas pandemii w ostatnim roku realizacji projektu.

Mieszkania były oceniane jednoznacznie pozytywnie, zarówno przez kadre projektu, jak i bezpośrednich odbiorców tej usługi. Jedynym wskazywanym mankamentem była konieczność współdzielenia pokoju w jednym z mieszkań. Natomiast liczba miejsc w mieszkaniach była niewielka w stosunku do skali potrzeb odbiorców i odbiorczyń projektu.

Efekty działań

- › Osoby z niepełnosprawnością intelektualną:
 - Znaczne zwiększenie zakresu samodzielnie wykonywanych czynności dnia codziennego, m.in. gotowanie, sprzątanie, pranie u mieszkanek i mieszkańców.
 - Usamodzielnianie - zwiększanie poczucia sprawczości, pewności siebie, wiary we własne możliwości (jedna osoba spośród badanych mieszkańców planuje w przyszłości zamieszkać samodzielnie).
- › Osoby z chorobami psychicznymi:
 - Zdrowienie - poprawa samopoczucia, decyzje o podjęciu regularnego leczenia i psychoterapii, większa wiara we własne możliwości, rozwijanie pasji.
 - Usamodzielnienie się – formułowanie planów na samodzielne życie (o podjęciu pracy, studiów, wyprowadzce od rodziców), podejmowanie obowiązków, branie odpowiedzialności, rozwijanie zdolności organizacyjnych, systematyczności.
 - Deklarowana poprawa relacji z rodzinami, zyskanie dystansu do trudności we wzajemnych relacjach.
 - Redukowanie osamotnienia, „bycie wśród ludzi”, nauka porozumienia się, wywiązywania z codziennych obowiązków, współdzielenia przestrzeni z innymi.

Rekomendacje dotyczące kontynuowania i upowszechniania działań wspierających sytuację mieszkaniową

- › Mieszkania wspierane dla osób z niepełnosprawnością intelektualną – kontynuowanie i upowszechnianie tej formy wsparcia jako skutecznej i sprawdzonej przy założeniu możliwości stopniowego ograniczania pomocy terapeutów wraz z wzrastaniem samodzielności mieszkańców, z zachowaniem stanowiska psychologa w zakresie kilkunastu godzin konsultacji w miesiącu zależnie od potrzeb

oraz asystentów osób z niepełnosprawnościami wspierających uczestników w czynnościach wymagających pisania, czytania, liczenia (jak np. zakupy, sprawy urzędowe, wizyty lekarskie, planowanie tras dojazdu do pracy i ośrodków, oraz innych, zależnie od indywidualnych potrzeb).

- › Mieszkania treningowe dla osób z zaburzeniami psychicznymi – kontynuowanie i upowszechnianie tej formy wsparcia jako skutecznej z założeniem stałej rotacji mieszkańców w zależności od efektów ich zdrowienia; zatrudnianie w mieszkaniach terapeutów prowadzących treningi, konsultacje indywidualne i spotkania społeczności, dostępnych także pod telefonem w razie potrzeb.

Zespoły aktywizacji zawodowej (ZA)

Przy każdym punkcie konsultacyjno-doradczym zatrudnieni byli doradcy zawodowi i trenerzy pracy, a w Szpitalu Wolskim również psycholog. Znalezienie i utrzymanie zatrudnienia było postrzegane jako ostatni, bardzo ważny element procesu zdrowienia (lub aktywizacji społecznej w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną). Zespoły z jednej strony konsultowały uczestników i uczestniczki, prowadząc diagnozę predyspozycji zawodowych i pomagając im stworzyć własną ofertę współpracowały z pracodawcami. Osoba, która znalazła satysfakcjonującą pracę, mogła dalej korzystać z doradztwa, co wspierało ją w utrzymaniu zatrudnienia. Do sierpnia 2020 ze wsparcia zespołów skorzystało 548 osób, czyli ponad połowa uczestniczek i uczestników projektu.

Badania ilościowe i jakościowe udowodniły wysoką skuteczność aktywizacji zawodowej. Aż 62% osób korzystających ze wsparcia zespołów aktywizacji zawodowej, uzyskało cel, z jakim się zgłosiła. Dla 60% odbiorców było to podjęcie zatrudnienia.

Aktywizacja zawodowa uznawana była za najbardziej atrakcyjny element oferty projektu i przyciągała wielu odbiorców. Przebadane zespoły uznają zatrudnienie za ukoronowanie pracy z odbiorcą, a jednocześnie fundament dla upodmiotowienia się, wyjścia z roli pacjenta i usamodzielnienia względem rodziny. DZiW uznają, że u osób, które wykonały na tyle duży rozwój, że trafiły do ZA i zdobyły zatrudnienie trwałość zmian wypracowanych w projekcie jest niemalże niezagrożona.

Najistotniejszym czynnikiem sukcesu oferowanego wsparcia zawodowego była bliska i stała współpraca zespołów aktywizacji zawodowej z doradcami do spraw zdrowienia i wsparcia, którzy koordynowali wszystkie usługi na rzecz osób uczestniczących w projekcie. DZiW do zespołów kierowali tylko osoby, które miały wystarczające zasoby do podjęcia aktywizacji wraz z pogłębioną informacją nt. osoby. Z drugiej strony zespoły

przekazywały informacje doradcom na temat postępów aktywizacji danej osoby, ale też pogorszenia jej stanu psychicznego, co umożliwiało podjęcie interwencji.

Najważniejsze działania i narzędzia:

- › Spotkania i konsultacje z Doradcami zawodowymi - diagnoza możliwości i oczekiwań odbiorcy, urealnienie celów, analiza dostępnych ofert pracy. Dla osób po kryzysach psychicznych ważny był brak konieczności realizowania pełnej ścieżki zatrudnienia wspomaganego, tzn. możliwość elastycznej rezygnacji z narzędzi takich jak próbki pracy czy obecność trenera zawodowego w miejscu pracy. To pozwala unikać stygmatyzacji. Jednocześnie dostępność doradcy, do którego odbiorcy mogą się zwrócić także już w trakcie zatrudnienia, daje poczucie bezpieczeństwa, które pozwala zniwelować zagrożenie, jakim dla stabilności psychicznej może być stres związany z obowiązkami zawodowymi. Za równie istotny czynnik sukcesu uznawano elastyczność zespołów, akceptację dla faktu, że osoby z chorobami psychicznymi mogą doświadczać pogorszenia samopoczucia, czasowo ograniczać kontakty i wycofywać się z relacji z zespołami, dostosowywanie form aktywizacji do tych sytuacji.
- › Działania trenerów pracy, próbki pracy, obecność specjalisty w miejscu pracy – miały zasadnicze znaczenie zwłaszcza, ale nie wyłącznie, w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną. Próbki pracy oraz obecność trenerów w miejscach pracy i ich dobry kontakt z pracodawcami pozwalały dostosowywać środowisko pracy i dawać odbiorcom warunki, które umożliwiały im utrzymanie się w pracy, często po raz pierwszy w życiu.
- › Podnoszenie kwalifikacji - ZA dla realizacji celów uczestników zajmowały się także poszukiwaniem i oferowaniem uczestnikom kursów, staży ukierunkowanych na zatrudnienie, wspieraniem rozwoju umiejętności zawodowych i podnoszenia kwalifikacji.
- › W projekcie wprowadzono także innowacyjne działania grupowe z zakresu aktywizacji zawodowej: grupowe pośrednictwo pracy oraz warsztaty filmowe połączone z dyskusją. Zdaniem prowadzących były one bardziej efektywne (omawianie ofert pracy z wieloma osobami jednocześnie) oraz umożliwiały wymianę doświadczeń między odbiorcami, nawiązywanie relacji i wzajemne dopingowanie się w poszukiwaniu pracy.

Efekty działań

- › Zdobyte zatrudnienia, doświadczeń zawodowych;

- › Zwiększenie samodzielności (zdarzało się, że efektem było wyprowadzenie się z domu i rozpoczęcie samodzielnego życia);
- › Podniesienie samooceny i oceny w oczach bliskich;
- › Poprawa sytuacji finansowej;
- › Podniesienie kompetencji z zakresu poszukiwania pracy;
- › Uczenie się przestrzegania zasad, regularności;
- › Zdobywanie nowych relacji, otwarcie się na świat;
- › Upodmiotowienie, uświadomienie, że można mieć własne plany i sięgać po przyjemności.

Rekomendacje dotyczące kontynuowania i upowszechniania działań wspomagających zatrudnienie

- › Utrzymanie i upowszechnianie modelu bliskiej współpracy zespołów aktywizacji zawodowej z doradcami ds. zdrowia i wsparcia jako koordynatorami szerokiego zakresu usług;
- › Pełna elastyczność zespołów aktywizacji, indywidualizacja wsparcia (brak wystandaryzowanego koszyka usług dla wszystkich odbiorców); akceptacja, że proces aktywizacji zawodowej będzie długotrwały (powyżej roku) i być może będzie wymagał czasowego ograniczenia w związku z pogorszeniem samopoczucia odbiorcy/odbiorcy; otwartość na niestandardowe formy aktywizacji, pracę z grupami (np. dyskusyjny klub filmowy).

Grupy wsparcia dla rodzin

Przy każdym punkcie konsultacyjno-doradczym organizowane były spotkania grup wsparcia dla bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi. W każdej dzielnicy utworzone zostały po dwie takie grupy (na Pradze-Północ jedna skierowana była dla bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi, a druga dla rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną). Grupy spotykały się na dwugodzinne spotkania raz na dwa tygodnie. W niektórych spotkaniach poza prowadzącymi uczestniczyli również inni specjaliści, np. lekarz psychiatra czy pracownik socjalny. Dodatkowo doradcy ds. zdrowia i wsparcia prowadzili konsultacje indywidualne dla bliskich, którzy mieli także możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów (najczęściej psychologa).

Na podstawie kwestionariusza oceny zaangażowania wskazać można pozytywny wpływ projektu na tę grupę odbiorców. U osób uczestniczących w grupach wsparcia dla rodzin spadło poczucie obciążenia, w czterech skalach: napięcia, martwienia się, nadzoru

i nakłaniania, motywowania bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi do dbania o zdrowie i podejmowania codziennych aktywności.

Wsparcie rodzin jest kluczowym elementem deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Stworzenie w domu atmosfery sprzyjającej zdrowieniu i relacji pozwalających na samodzielność jest kluczowym warunkiem skuteczności wsparcia. Choroba psychiczna jednego z członków rodziny ma często kluczowy wpływ na relacje z otoczeniem. Odbiorcy projektu zwracali uwagę, że wsparcie (ze strony specjalistów oraz ze strony innych bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi) ma fundamentalne znaczenie dla osób, które zaczynają wspierać osobę z chorującą psychicznie i czują się przytłoczone, zagubione w systemie usług.

Realizowane działania i narzędzia:

- › Grupy wsparcia funkcjonujące w każdej z dzielnic
 - Początkowo PKD borykały się z trudnościami rekrutacyjnymi do grup wsparcia, co łączono z brakiem świadomości wśród bliskich osób chorujących, że wsparcie i psychoedukacja potrzebne są także im samym. W toku projektu jednak zyskiwały one popularność i stopniowo zwiększano liczbę godzin przeznaczonych na nie.
 - Spotkania grup wsparcia rozbudowano dodatkowo o tzw. panele ze specjalistami (lekarzami, psychologami, doradcami ds. zdrowienia i wsparcia, asystentami, prawnikami i pracownikami socjalnymi). Decyzja o tym wynikała z potrzeby osób uczestniczących w zakresie uzyskania odpowiedzi specjalistów na nurtujące je pytania. Uczestnicy grup w wywiadach jednogłośnie uznawali, że grupy są im potrzebne, a uczestnictwo w nich przynosi im widoczne korzyści i możliwość rozwoju.
- › Indywidualne konsultacje ze specjalistami (doradcy, asystenci, prawnicy, psychologodzy)
 - Indywidualna forma wsparcia koordynowana była przez DZiW, którzy zwracali uwagę na to, że kontakt z rodzinami jest też dla nich cennym narzędziem, które pozwala lepiej rozumieć sytuację odbiorcy wsparcia. W końcowej fazie projektu DZiW zwiększyli ilość spotkań z bliskimi. Bliscy mieli także możliwość korzystania z konsultacji specjalistycznych, co pozwoliło w wielu przypadkach na uporządkowanie problemów, które negatywnie wpływały na funkcjonowanie całych rodzin (np. problemy z orzeczeniami o niepełnosprawności, problemy z odżywianiem, problemy komunikacyjne).
 - Warto podkreślić, jak wynika z wywiadów, członkowie rodzin, gdy przychodzą do szpitala, przede wszystkim poszukują możliwości uzyskania szybkiej

odpowiedzi na nurtujące ich pytania od specjalistów. Dopiero w dalszej perspektywie mogą myśleć o własnym rozwoju.

Efekty działań

- › Zmniejszenie poczucia osamotnienia w sytuacji choroby bliskich, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa;
- › Poprawa samooceny uczestników;
- › Obciążenie psychiczne;
- › Poprawa jakości życia;
- › Podniesienie motywacji do podejmowania działań w celu poprawy jakości życia własnego i bliskich;
- › Usprawnienie komunikacji wewnątrz rodzin;
- › Zrozumienie, akceptacja własnych emocji i potrzeb;
- › Osłabienie symbiotycznego charakteru relacji, co jest warunkiem koniecznym usamodzielniania się osób niepełnosprawnych i chorujących długotrwale;
- › Poszerzenie wiedzy dzięki wymianie doświadczeń i informacji, ułatwienie w nawigowaniu po systemie wsparcia;
- › Podniesienie poziomu wiedzy o chorobie, zdrowieniu i dostępnych formach wsparcia;
- › Rozwiązanie problemów natury prawnej i formalnej związanych z opieką, a także uzyskiwaniem orzeczeń o niepełnosprawności.

Rekomendacje dotyczące kontynuowania i upowszechniania działań wspierających rodziny osób z zaburzeniami psychicznymi

- › Kontynuacja i upowszechnianie grup wsparcia adresowanych do rodzin jako skutecznej formy pomocy w wymiarze dwóch spotkań w miesiącu dla maksymalnie 15 osób (dwie osoby prowadzące);
- › Organizacja i upowszechnianie grupowych spotkań konsultacyjnych dla bliskich ze specjalistami (m.in. psychiatra, psycholog, asystent zdrowienia, pracownik socjalny).

Zapobieganie osamotnieniu i kompensowanie indywidualnych sieci społecznych

W każdej z trzech dzielnic przed rozpoczęciem realizacji projektu istniała oferta wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie była ona jednak dostępna w weekendy. W odpowiedzi na ten brak powołane zostały trzy kluby weekendowe:

klub Fajrant w Szpitalu Wolskim, klub w siedzibie Stowarzyszenia Otwarte Drzwi i klub Promyk przy Stowarzyszeniu Pomost na Targówku, który poszerzył dni otwarcia o weekendy. W klubach podejmowano wspólne aktywności związane ze spędzaniem czasu wolnego, takie jak gotowanie, zajęcia plastyczne, oglądanie filmów czy wyjścia do instytucji kultury. Kluby nie stawiały żadnych początkowych wymagań przed uczestnikami. By wziąć udział w spotkaniu, nie trzeba było organizować sobie skierowania, orzeczenia o niepełnosprawności etc. Zdarzało się więc, że osoby, którym doradcy rekomendowali kluby, przychodziły tam jednorazowo. Osoby, które zdecydowały się na stałe uczestnictwo, utworzyły tam trwałe grupy, a między nimi nawiązały się bliższe relacje.

Efekty działań:

- › Zmniejszanie osamotnienia, nawiązywanie relacji;
- › Rozwój sieci kontaktów społecznych;
- › Rozwój umiejętności społecznych (praca w grupie, komunikacja);
- › Uczenie się nowych umiejętności praktycznych;
- › Poprawa samopoczucia psychicznego;
- › Odciążenie rodzin.

Rekomendacje dotyczące zapobiegania osamotnieniu i kompensowanie indywidualnych sieci społecznych

- › Zapobieganie osamotnieniu i kompensowanie indywidualnych sieci społecznych;
- › Prowadzenie klubów o ofercie dostosowanej do potrzeb odbiorców, partycypacyjne tworzenie programów jako ważny czynnik umacniania osób uczestniczących;
- › Różnicowanie oferty: oprócz klubów weekendowych tworzenie grup wsparcia/zajęć warsztatowych dla osób o konkretnych potrzebach i zainteresowaniach, identyfikowanych przez specjalistów.

Warsztaty zdrowienia

Warsztaty zdrowienia organizowane były w projekcie od 2019 roku jako forma wsparcia ruchu samopomocowego. Ich celem zgodnie z założeniami Modelu było podnoszenie potencjału osobistego osób uczestniczących i wspieranie procesu zdrowienia oraz jakości życia. Tematyką warsztatów było między innymi skuteczne radzenie sobie z objawami i korzystanie z oferty wsparcia. Ważnym elementem warsztatów były projekty realizowane ostatniego dnia wspólnie przez grupy osób uczestniczących. Część tych grup nawiązała trwałe relacje, które utrzymały się również po warsztatach. W Stowarzyszeniu

Otwarte Drzwi program warsztatów dostosowany został do potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną i przybrał on charakter warsztatów samodzielności.

Zaprojektowane wg modelu warsztaty zdrowienia nastawione były na wzmocnienie potencjału osobistego, wspieranie procesu zdrowienia oraz jakości życia. Zgodnie z założeniami prowadzone były przez wykwalifikowaną trenerkę oraz osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Warsztaty prowadzone były we wszystkich trzech dzielnicach. W Stowarzyszeniu Otwarte Drzwi prowadzone były analogiczne do warsztatów zdrowienia warsztaty samodzielności. Warsztaty trwały trzy dni z rzędu lub były rozłożone w czasie

Warsztaty przez osoby uczestniczące były oceniane raczej pozytywnie. Często wskazywano na „dobrą atmosferę” panującą podczas spotkań. Jako pozytywny aspekt wymieniano również obecność osób, które poradziły sobie z kryzysem psychicznym, co w opinii respondentów dawało im „poczucie bezpieczeństwa” i spokój.

Część osób wśród wad wspominała o presji na realizację wspólnych projektów i w niektórych przypadkach brak ich pozytywnych rezultatów. Należy zaznaczyć, że warsztaty zdrowienia nie okazały się głównym narzędziem animacji ruchu samopomocowego w projekcie. Pandemia COVID i ograniczenia w spotkaniach osobistych sprawiły, że nieformalne grupy, które wytworzyły się w trakcie projektu, przestały korzystać z przestrzeni punktów i przekształciły się w znajomości indywidualne.

Rekomendacje dotyczące kontynuowania i upowszechniania ruchu samopomocowego

- › Warsztaty zdrowienia – organizacja warsztatów zdrowienia tylko dla z góry określonych, dość jednolitych, grup odbiorców (odejście od rekrutacji otwartej ku celowanej) w ścisłej współpracy z doradcami lub innymi specjalistami pracującymi z uczestnikami warsztatów na co dzień. Każdorazowe przygotowywanie programu we współpracy z doradcami i specjalistami pod kątem specyficznych potrzeb i możliwości grupy.
- › Wspieranie wyłaniających się grup samopomocowych po warsztatach poprzez udostępnienie przestrzeni punktów i wsparcie (w ich organizacji, moderacji) np. przez asystentów zdrowienia.

Działania w społecznościach lokalnych

W urzędzie każdej z dzielnic, w których realizowany był projekt, zatrudniona została osoba na stanowisku animatorki/animatora. Do zadań tych osób należało animowanie

działań w dzielnicach, jednym z nich było powołanie zespołu ds. wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, w skład którego weszli przedstawiciele i przedstawicielki instytucji zajmujących się ochroną zdrowia, pomocą społeczną, integracją, a także policji czy straży miejskiej.

We wszystkich dzielnicach powołano Dzielnicowe Zespoły ds. Wspierania Osób z Zaburzeniami Psychicznymi, które spotykały się do końca trwania projektu z przerwą związaną z pandemią COVID-19. Zespół taki powstał również pod Warszawską Radą Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zespoły te podczas spotkań opracowały strategię wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicach.

Spotkania zespołów zawieszono na czas zamknięcia związanego z pandemią i nie przeniosły się do przestrzeni online. Odbyły się bezpośrednio dopiero jesienią 2020 roku. Na tym etapie trudno określić więc trwałość zawiązanej w zespołach współpracy. Badani przedstawiciele i przedstawicielki urzędów dzielnic deklarowali wolę kontynuowania i koordynowania pracy zespołów po zakończeniu projektu.

Dodatkowo zadaniem była koordynacja szkoleń dla przedstawicieli społeczności lokalnych, które prowadzone były przez trenerkę współpracującą z ekspertami przez doświadczenie. Szkolenia te cieszyły się dużą popularnością i uczestniczyli w nich przedstawiciele i przedstawicielki wszystkich instytucji prowadzonych przez dzielnice, a także innych podmiotów, które współpracują z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Wszyscy przedstawiciele społeczności lokalnych, z którymi prowadzone były badania ewaluacyjne, deklarowali, że dzięki projektowi poznali nowe osoby, organizacje i ofertę instytucji działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicach, i że nawiązali nowe przydatne relacje. Miejscem nawiązywania tych relacji były spotkania dzielnicowych zespołów i szkolenia dla społeczności lokalnych. Można więc uznać, że jest to bezpośredni rezultat pracy animatorek i animatorów w dzielnicach, gdyż do ich obowiązków należała rekrutacja na spotkania i szkolenia

Ponadto w szkołach prowadzone były warsztaty destygmatyzacyjne. Ze względu na ograniczony zakres czasowy ich tematyka koncentrowała się raczej wokół zagadnień związanych ogólnie z niepełnosprawnością. Warsztaty zostały zawieszono w czasie pandemii i nie przybrały formy zdalnej.

W 2019 roku we współpracy z dzielnicowymi zespołami opracowano i przyjęto Plany Środowiskowego Systemu Wsparcia Osób z Zaburzeniami Psychicznymi.

W związku z pandemią COVID-19 szkolenia dla przedstawicieli społeczności lokalnych realizowane były online. Pomimo zmiany formuły nadal cieszyły się one dużym zainteresowaniem.

Działania skierowane do społeczności lokalnych oceniane były najmniej jednoznacznie. Ogromną popularnością cieszyły się szkolenia organizowane przez Lidera realizowane w dzielnicach. Uczestnicy deklaruowali po nich zmniejszenie obaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i szczególnie doceniali udział w nich ekspertów przez doświadczenie. Słabiej oceniane były warsztaty dla młodzieży. Warto podkreślić, że w każdej dzielnicy zespoły ds. wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wypracowały strategie, a dokumenty te zostały przyjęte.

Praca animatorek i animatorów we wszystkich dzielnicach oceniana była raczej negatywnie. Przedstawiciele wszystkich punktów wskazywali na to, że nawiązane relacje i współpraca między doradcami a nimi są wynikiem pracy przede wszystkim koordynatorek w dzielnicach i doradców, a nie animatorów.

Opinie na temat własnej pracy animatorów różniły się. Początkowo sami animatorzy oceniali negatywnie swoje umiejscowienie w projekcie. Wskazywali na to, że ich rola jest niedookreślona, a zakres zadań niejasny. Pod koniec realizacji projektu dwie z trzech badanych osób miały pozytywne zdanie zarówno na temat projektu, jak i swojej pracy.

Szkolenia dla przedstawicieli społeczności lokalnej

Zgodnie z założeniami Modelu szkolenia były adresowane do pracowników instytucji, którzy z uwagi na wykonywany zawód stykają się w dzielnicach z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Podczas szkoleń otrzymywali oni wiedzę na temat specyfiki chorób psychicznych i dostępnej oferty wsparcia. Szkolenia miały postać trzydniowych, całodziennych warsztatów, Początkowo pewną trudność w rekrutacji powodowała długość szkoleń – ponieważ trwały one trzy dni pod rząd, przełożeni niechętnie delegowano na nie pracowników. Gdy zmieniono formułę i szkolenia odbywały się w cyklach po jednym dniu przez trzy tygodnie, zainteresowanie nimi wzrosło i utrzymywało na wysokim poziomie do końca projektu.

Spotkania cieszyły się dużym (i rosnącym z każdą kolejną edycją) zainteresowaniem. Osoby uczestniczące w szkoleniach podkreślały, że dzięki nim nie tylko uzyskały nową wiedzę na temat zaburzeń psychicznych, ale również zmniejszyły się poziom lęków wobec osób w kryzysach. Nie do przecenienia była obecność na szkoleniach asystentów zdrowienia, otwartych na pytania i dyskusję, którzy dla osób uczestniczących byli przykładem tego, że z choroby psychicznej można wyzdrowieć. Ma to szczególne

znaczenie w kontekście negatywnych doświadczeń części osób uczestniczących z klientami doświadczającymi ostrych zaburzeń psychiatrycznych. Podkreślano również, że podczas szkoleń była przestrzeń na wymianę doświadczeń, omówienie trudnych przypadków i wspólne szukanie rozwiązań. Szkolenia miały więc też wartość integracyjną dla osób działających w różnych sektorach w dzielnicy.

➤ Sieciowanie

Uczestnicy badania ewaluacyjnego zgadzali się, że pozyskali nowe kontakty, które mogą pozwolić na usprawnienie współpracy między instytucjami (komunikacja nieformalna i telefoniczna między konkretnymi osobami w instytucjach jest znacznie bardziej efektywna niż kontakty drogą pisemną). Na szkoleniach spotykali się przedstawiciele różnych instytucji, pracujący na różnych szczeblach i w różnych obszarach. Pozwoliło to na wymianę informacji na temat oferty wsparcia dostępnej w dzielnicach oraz praktycznych wskazówek, jak się w niej poruszać.

Ważny był również udział w szkoleniach przedstawicieli PKD, którzy szczegółowo przedstawiali ofertę projektu.

➤ Zmiana postaw wobec osób doświadczających kryzysów

Uczestnicy szkoleń poznają nową perspektywę osób chorujących, ale leczących się, pozostających w remisji. Udział osoby z doświadczeniem choroby w szkoleniach określano jako bezcenny dla zmniejszenia uprzedzeń i zwalczania stereotypu choroby psychicznej jako nieuleczalnej, a potencjalnie także podnoszący motywację do kierowania osób w kryzysach do specjalistów.

➤ Wymiana doświadczeń, elementy superwizji

Jedna z osób uczestniczących w badaniu ewaluacyjnym zwróciła uwagę, że podczas szkolenia miała możliwość omówienia swoich trudnych doświadczeń z własnej pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i uzyskania informacji zwrotnej od innych osób, w tym ekspertów przez doświadczenie. Uznała to za najważniejszą korzyść ze szkolenia. Ważnym elementem była również możliwość wymiany doświadczeń, która z jednej strony pozwoliła na poszerzenie repertuaru działań, a z drugiej dawała poczucie, że nie jest się osamotnionym w swoich trudnościach i rozterkach.

Szczególnie w związku z tą korzyścią postulowano kontynuację szkoleń w krótszej formie dla tych samych grup, np. po upływie jednego roku.

Szkolenia oceniane były pozytywnie przez wszystkie osoby uczestniczące w badaniu: ich uczestników, animatorów oraz prowadzącą. Niewątpliwym sukcesem szkoleń jest fakt, że jedna z dzielnic zdecydowała się je kontynuować po zakończeniu projektu z własnego budżetu.

Czynniki wspierające uzyskanie pozytywnych rezultatów szkoleń dla społeczności lokalnych:

- › Obecność asystentów zdrowienia;
- › Zróżnicowanie grup, pozwalające na sieciowanie, wymianę doświadczeń i poznanie oferty podmiotów działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicach;
- › Obecność koordynatorek dzielnicowych lub doradców prezentujących ofertę projektu.

Czynniki zmniejszające korzyści dla uczestniczek i uczestników:

Brak kontynuacji, umożliwiającej wdrożenie nowej wiedzy i omówienie nowych doświadczeń.

Warsztaty w szkołach

Spotkania edukacyjne z młodzieżą w praktyce projektu najbardziej odbiegały od założeń Modelu. Zgodnie z dokumentem miały one dotyczyć chorób psychicznych i być prowadzone przez ekspertów przez doświadczenie. Model zakładał również, że mogą realizować je profesjonaliści, ale zwracał uwagę, że ich skuteczność w zmianie postaw uczennic i uczniów może być w takiej sytuacji znacznie mniejsza. W projekcie warsztaty miały formułę jednodniowych kilkugodzinnych spotkań w dość dużych grupach uczniów (do 50 osób). Ich tematyka koncentrowała się wokół zagadnień związanych z niepełnosprawnością i ableizmem, a nie zaburzeniami psychicznymi. Początkowo były prowadzone wyłącznie przez profesjonalistkę, której później zaczął towarzyszyć self-adwokat ze Stowarzyszenia Otwarte Drzwi.

Ocena warsztatów przez przedstawicieli społeczności lokalnych była raczej negatywna. Przedstawiciele społeczności lokalnych wskazywali natomiast, że jest to nieadekwatna do skali potrzeb zbyt krótka, jednorazowa interwencja. Warsztaty nie mogły odpowiedzieć na dotkliwy problem braku wsparcia dla dzieci i młodzieży doświadczających kryzysów. Badane osoby podczas ewaluacji wskazywali, że założona w Modelu formuła pracy z młodzieżą nie odpowiada rzeczywistym potrzebom. Osoby pracujące z uczennicami i uczniami postulowały, by poszerzyć grupę docelową projektu i włączyć do niej po prostu osoby w wieku między 15 a 18 rokiem życia, co było niemożliwe ze względów formalnych.

Streetworking

Sam streetworking nie został opisany w Modelu. Jego założenia znalazły się w załączniku Sposoby dotarcia do osób z zaburzeniami psychicznymi pozostającymi poza systemem leczenia i wsparcia. Zgodnie z dokumentem opierają się one o cztery filary:

1. Wzbudzanie zaufania i motywacji do korzystania z pomocy;
2. Rozbudzenie i uświadomienie potrzeb, zmiana percepcji z terażniejszości na przyszłość, stymulowanie społecznie pożądaných zachowań;
3. Poprawa jakości życia i doprowadzenie do zmiany postawy i sposobu myślenia osoby poprzez dotarcie z informacją o możliwościach skorzystania z systemu pomocy społecznej;
4. Ułatwienie dostępu do narzędzi i instrumentów reintegracji społecznej i zawodowej (s. 31).

Dokument zakładał docieranie do osób w kryzysie bezdomności i stopniowe budowanie relacji z nimi. W praktyce realizacji projektu zespół streetworkerów umocowany przy Stowarzyszeniu Otwarte Drzwi prowadził działania przez cały czas trwania projektu, nawiązując kontakt z ponad stu osobami. Ze względu na niedopasowanie oferty projektu do złożonych potrzeb osób w kryzysie bezdomności nie był w stanie realizować wszystkich założonych filarów działania.

Streetworkerzy w pierwszym etapie swojej pracy patrolowali miejsca, w których pojawiały się osoby w kryzysie bezdomności, nawiązywali z nimi kontakty i starali się je ponawiać. Założenia te jednak przynosiły bardzo niewielkie efekty przy dużym obciążeniu pracowników. Osoby odszukane przez streetworkerów pozostawały w kryzysie bezdomności długo. Często łączył się on z czynnym uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków. Zespół nie dysponował ofertą wsparcia odpowiednią dla takich osób. Podjęcie pracy z doradcą wymagałoby wcześniejszego leczenia i detoksykacji, czego streetworkerzy nie mogli zaoferować. Ponadto motywacja osób w kryzysie bezdomności do podjęcia leczenia psychiatrycznego była bardzo niska, a brakowało w Modelu oferty bytowej, która mogłaby ją podnosić. W związku z tym w pierwszym etapie projektu streetworkerzy ograniczali się do doraźnego wspierania tej grupy odbiorców. W drugim etapie zdecydowano o wprowadzeniu zmian w założeniach pracy streetworkerów. Przedefiniowano profil odbiorcy wsparcia na osobę pozostającą na granicy kryzysu bezdomności, która posiada własne, często prowizoryczne lokum w stałym miejscu (altanka, piwnica itp.) lub mieszkanie, ale jest zagrożona jego utratą. Gdy potrzeba mieszkania była realizowana, streetworkerzy mieli możliwość powtarzalnych kontaktów, tworzenia relacji i włączania w system wsparcia oferowany przez projekt.

Ponadto streetworkerzy nawiązali współpracę z niektórymi doradcami i wspólnie odwiedzali osoby, z którymi tracili oni kontakt, co okazało się bardzo skuteczne. Niestety nie współpracowali oni blisko ze wszystkimi punktami. Na podstawie przeprowadzonej ewaluacji można uznać, że najważniejszym rezultatem pracy streetworkerów było skuteczne niedopuszczenie do kryzysu bezdomności u osób znajdujących się na jej progu.

Rekomendacje dotyczące kontynuacji

Zadania animatorów	W przypadku upowszechniania modelu w innych dzielnicach m.st. Warszawy zaplanowanie zasobów (finansowych, osobowych, czasowych) wyłącznie na budowanie relacji punktów konsultacyjno-doradczych z otoczeniem, rozważenie wydzielenia osobnego stanowiska przy punktach, którego zadania obejmą: <ul style="list-style-type: none"> • promocję oferty punktów wśród odbiorców i ich bliskich; • budowanie trwałych relacji z instytucjami i organizacjami otoczenia.
	Zlecenie prac nad strategiami i budowania sojuszy wokół nich w drodze konkursu organizacjom pozarządowym lub firmom z dużym doświadczeniem w organizowaniu i facylitacji spotkań, prowadzeniu warsztatów, planowaniu partycypacyjnym i ewaluacji.
Szkolenia dla przedstawicieli społeczności lokalnej	Kontynuacja i szerokie upowszechnianie szkoleń dla społeczności lokalnych, rekrutacja przedstawicieli instytucji i organizacji zróżnicowanych sektorów. Ponawianie szkoleń dla tych samych grup po okresie około roku, w trakcie którego osoby uczestniczące mają szansę na wdrożenie uzyskanej wiedzy.
	Przyjęcie udziału asystentów zdrowienia w warsztatach i szkoleniach za standard.
Warsztaty w szkołach	Przygotowanie wraz z przedstawicielami szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych kompleksowego modelu promocji zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży. Rezygnacja z jednorazowych interwencji, jaką były warsztaty, na rzecz stałej oferty psychoedukacji i pomocy.

V. Proponowane działania wraz ze sposobem realizacji

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego⁷ (UoOZP) określa zadania samorządów terytorialnych w realizowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 1. ust. 1. ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane.

Szczegółowe zadania opisane w art. 2. ust. 1. ustawy obejmują:

1. promocję zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, która jest realizowana w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ);
2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3. kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Zadania o których mowa w punkcie 2 i 3 są realizowane poprzez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP).

Prowadzenie działań określonych w NPOZP należy między innymi do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin i ma polegać na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, w tym w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, rodzinnym i zawodowym. Ponadto w ramach działań zapobiegawczych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego zgodnie z Art. 4.1 i 4.2 UoOZP przewiduje się między innymi:

1. Wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;
2. Rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze.

Do celów szczegółowych w realizacji zadań programu należą między innymi, w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:

1. Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;

⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535)

2. Upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi;
4. Koordynowanie dostępnych form opieki i pomocy;
5. Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

W zakresie prowadzonych działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:

1. Opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczącego przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach;
2. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

W zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach programu gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczącą realizacji zadań wynikających z Programu.

Projekt „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” w pełni wpisuje się w realizację opisanych powyższych zadań.

Nie ulega wątpliwości, że wsparcie osób chorujących psychicznie i przechodzących kryzysy psychiczne aby było skuteczne musi składać się zarówno z działań medycznych jak i niemedycznych czyli obok wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej rozwijanie innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Rozwiązania prawne wdrażanie dzięki trwającemu programowi pilotażowym w Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP) mające na celu stworzenie podmiotu leczącego są tylko jednym z elementów tworzenia zintegrowanego systemu opieki psychiatrycznej. Wzmocnienie procesu zdrowienia w przypadku opieki psychiatrycznej musi opierać się na wszechstronnych i różnorodnych działaniach, gdyż dla wielu osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego dopiero takie działania są efektywne i wystarczające.

Doświadczenie i wnioski płynące z ewaluacji projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” pokazują, że skuteczny system wsparcia buduje się poprzez wieloletnie wypracowywanie dobrych praktyk. Przykład dzielnicy Wola pokazuje, że wcześniejsza (zapoczątkowana w 2011 roku) współpraca z pomocą społeczną i środowiskowym

domem wsparcia dla osób z chorobami psychicznymi, wzmocniona działaniami realizowanymi w ramach projektu i w ramach pilotażu CZP korzystnie wpłynęła na realizację zadania zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym czyli zbudowanie skutecznego systemu wsparcia wobec mieszkańców dzielnicy.

Planując działania na terenie poszczególnych dzielnic m.st. Warszawy należy mieć na uwadze taką wieloletnią perspektywę i w konieczność inicjowania i aktywnego wspierania procesów, dzięki którym dochodzi do synergii działań poszczególnych instytucji zaangażowanych w medyczne i niemedyczne formy pomocy i wsparcia osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego. Proponowane działania mają przyczynić się do możliwie szybkiego osiągnięcia takiego celu. Jednocześnie wychodzą one z założenia, że na terenie wszystkich dzielnic Warszawy w najbliższych latach dojdzie do wdrożenia nowego systemu organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej, który obecnie funkcjonuje już w 4 dzielnicach w ramach tak zwanego programu pilotażowego CZP.

Reforma opieki psychiatrycznej, ma na celu zbudowanie na terenie m.st. Warszawy kompleksowej opieki środowiskowej w oparciu o sieć Centrów Zdrowia Psychicznego, które będą zapewniały mieszkańcom każdej dzielnicy równy dostęp do kompleksowej i szybko dostępnej opieki psychiatrycznej i psychologicznej przy jednoczesnej współpracy z instytucjami udzielającymi pozamedyczne formy wsparcia.

Można przewidywać, że zgodnie z założeniami reformy taki model funkcjonowania opieki psychiatrycznej w Warszawie będzie stopniowo obejmował kolejne dzielnice, a zakończenie tego procesu i pełna funkcjonalność nowego systemu może zostać osiągnięta w ciągu najbliższych pięciu lat czyli do końca 2027 roku.

W oparciu o wnioski płynące z realizacji reformy psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz wnioski z ewaluacji projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” proponujemy przyjęcie następującego modelu dalszego kontynuowania i rozwijania w Warszawie systemu wspierania środowiskowego osób z zaburzeniami psychicznymi.

W celu realizacji zadań przewidzianych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego dla samorządów terytorialnych we wszystkich dzielnicach Warszawy należy dążyć do wprowadzenia rozwiązań, których przydatność potwierdzono w ramach projektu

Warszawskiego Zintegrowanego Systemu Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi (dalej WZS).

Tak jak wspomniano docelowo Warszawa zostanie objęta działaniem CZP, których obszar działania będzie w większości obejmował populację danej dzielnicy. W chwili obecnej CZP obejmują obszarem działania jedynie dzielnice Mokotów, Targówek, Wola i Ursus (przy dwóch CZP realizujących pilotażowy program był też realizowany projekt WZS). Ponadto CZP finansowane ze środków Unii Europejskiej (PO WER) funkcjonujące na Bielanach powinno po zakończeniu projektu zostać włączone do pilotażu w ramach NPOZP.

Przedstawiona propozycja wychodzi z założenia, nie tylko dalszej realizacji reformy, ale zakłada aktywny udział poszczególnych dzielnic w jej wprowadzaniu wraz z koniecznością podejmowania wyzwań związanych z wzmacnianiem i rozbudowywaniem a niekiedy budowaniem od podstaw wielodyscyplinarnej sieci środowiskowej opieki terapeutycznej.

Do tego celu należy wykorzystać narzędzia, których skuteczność została potwierdzona w czasie wdrażania i testowania modelu WZS. Są nimi:

1. Powołanie Dzielnicowych Zespołów ds. Wspierania Osób z Zaburzeniami Psychicznymi i opracowanie lokalnych strategii wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi;
2. Stworzenie możliwości korzystania ze wsparcia koordynatorów terapii;
3. Stworzenie możliwości korzystania ze wsparcia asystentów zdrowia;
4. Organizacja wsparcia dla rodzin i bliskich;
5. Organizacja zespołów aktywizacji zawodowej;
6. Organizacja klubów weekendowych;
7. Stworzenie możliwości korzystania z porad specjalistów według potrzeb;
8. Działania antystygmatyzacyjne prowadzone w społecznościach lokalnych;
9. Udostępnienie możliwości chronionego zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Należy tutaj zaznaczyć, że w ramach projektu WZS jeden z partnerów realizował działania skierowane wobec osób z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej. W proponowanym obecnie modelu zrezygnowano z proponowania specyficznych rozwiązań dla tej grupy odbiorców.

Doświadczenia zdobyte w trakcie realizacji projektu pokazały, że osoby z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej ze względu na swój sposób funkcjonowania, specyfikę

zaburzeń, odmiennosc potrzeb i odmienne wymagania dotyczące na przykład rehabilitacji czy aktywizacji zawodowej wymagajac odrębných i specyficznych oddziaływań.

Łączenie osób z diagnoza choroby psychicznej z osobami z niepełnosprawnością intelektualną zwykle nie przynosiło korzyści ani dla jednej ani dla drugiej grupy odbiorców. Wydaje się, że optymalnym rozwiązaniem jest realizowanie powyższych działań w sposób rozłączny. W obrębie Warszawy funkcjonuje obecnie program pomocy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną realizowany przez Miasto Stołeczne Warszawa i Stowarzyszenie Otwarte Drzwi „Warszawski Zintegrowany Model Wsparcia Środowiskowego Osób Dorosłych z Niepełnosprawnością Intelektualną – testowanie i wdrażanie modelu” Czas trwania tego programu: od 1.09.2019 do 31.08.2022.

Program ten adresowany jest do osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim, w tym osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju oraz niepełnosprawnością sprzężoną. Doświadczenie zdobyte w ramach testowania i wdrażania tego modelu będzie podstawą rekomendacji dla prowadzenia i upowszechnienia sprawdzonych rozwiązań.

Sposób realizacji i wprowadzania tych rozwiązań w poszczególnych dzielnicach miasta musi być dostosowany do aktualnej sytuacji dotyczącej organizacji funkcjonującej w danej dzielnicy opieki psychiatrycznej.

W związku z nierównomiernym rozwojem i rozmieszczeniem zasobów w poszczególnych dzielnicach m.st. Warszawy rodzaj prowadzonych w danej dzielnicy działań powinien być uzależniony od wyjściowego stopnia zaawansowania opieki środowiskowej na danym terenie (w dzielnicy). Wskaźnikiem rozwoju tej opieki jest obecność i działanie na danym obszarze Centrów Zdrowia Psychicznego działających w ramach pilotażu oraz obecność Zespołów Leczenia Środowiskowego. Z tego punktu widzenia dzielnice Warszawy można podzielić na 3 typy: A, B i C, opisane w rozdziale 3.

Tabela 3 Podział dzielnic m.st. Warszawy na 3 typy

Typ A dzielnica objęta działaniem CZP	Typ B dzielnica objęta działaniem ZLŚ	Typ C dzielnica, która obecnie nie jest objęta działaniem CZP lub ZLŚ
A1. Bielany (L)	B1. Bemowo (L)	C1. Praga-Południe (XL)
A2. Mokotów (XL)	B2. Włochy (S)	C2. Białołęka (L)
A3. Targówek (L)	B3. Ochota (M)	C3. Wawer (M)
A4. Ursus (M)	B4. Praga-Północ (M)	C4. Żoliborz (S)

A5. Wola (L)	B5. Śródmieście (L)	C5. Wesoła (S)
	B6. Ursynów (L)	C6. Rembertów (S)
	B7. Wilanów (S)	

Środowiskowy model opieki psychiatrycznej powinien być tworzony wokół środowiskowych zespołów zdrowia psychicznego stąd rekomendacja aby działania niemedyczne umiejscowić w ścisłym powiązaniu i współpracy z istniejącymi obecnie i działającymi na terenie Warszawy Zespołami Leczenia Domowego/Środowiskowego. Zespoły te staną się w przyszłości jednostkami nowych CZP w danych dzielnicach. Takie rozwiązanie gwarantuje wykorzystanie pełnego potencjału i synergii działań, które zostały sprawdzone w ramach warszawskiego projektu.

Perspektywa i filozofia rozwoju modelu środowiskowego uzasadnia taką właśnie drogę postępowania.

Alternatywa w postaci umiejscowienia działań przy strukturach całodobowych oddziałów psychiatrycznych, jak też próba przypisania do struktur pomocy społecznej może wydawać się racjonalna ale niesie ze sobą ryzyko, że efekt takich działań nie będzie przekładał się na realne umacnianie procesów zdrowienia oraz koordynację zdrowienia w społecznościach lokalnych.

Doświadczenia projektu WZS pokazują, że nie tylko w początkowych etapach, ale także w trakcie dalszej pracy, działalność poszczególnych realizatorów natrafiają na bariery we współpracy zarówno z systemem ochrony zdrowia psychicznego jak też pomocą społeczną. Było to zwłaszcza widoczne w sytuacjach, w których nie istniała wcześniej tradycja wzajemnej współpracy i koordynacji działań wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Istnieje pilna konieczność budowania takiej współpracy i wymiany informacji także z podstawową opieką zdrowotną i lekarzami rodzinnymi. Koordynacja działań pozwala na kompleksowe świadczenie całościowej opieki nad pacjentem, uwzględniającej problemy zdrowotne i społeczne i różne obszary funkcjonowania.

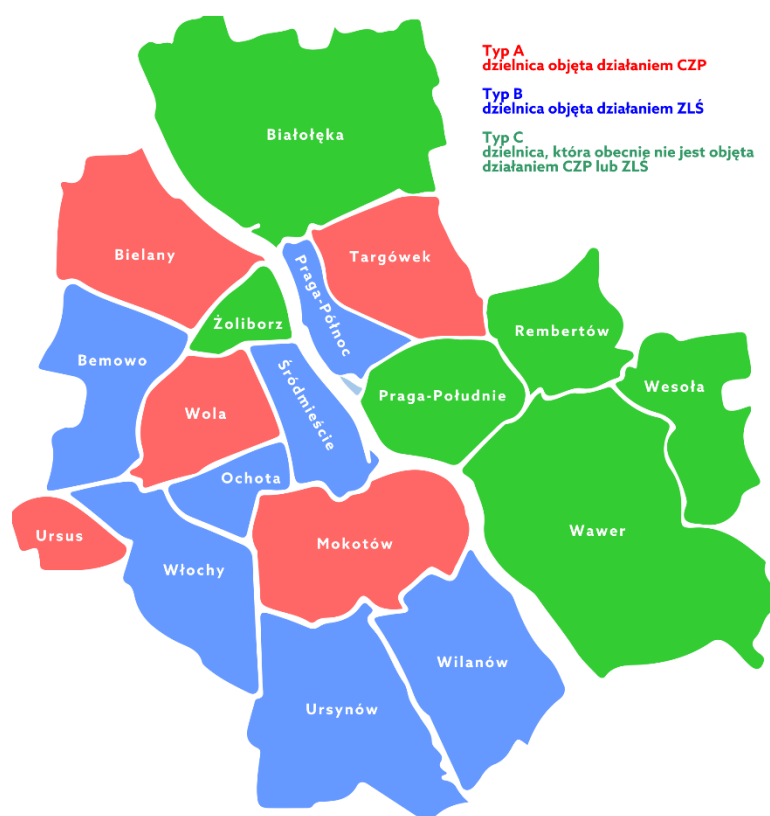
W oparciu o taką perspektywę to pracownicy Zespołów Leczenia Środowiskowego w naturalny sposób są wyposażeni w wiedzę, zrozumienie i otwartość na wprowadzenie nowych rozwiązań i wspieranie ich realizacji. Dodatkowo osoby z zaburzeniami psychicznymi o najbardziej złożonych potrzebach wymagające koordynacji działań i intensywnych oddziaływań psychospołecznych są często tymi samymi osobami, które są leczone lub powinny być leczone w ramach ZLŚ.

W chwili obecnej liczba ZLŚ działająca na terenie Warszawy jest niedostateczna i wymaga tworzenia nowych jednostek tak aby docelowo obejmowały one obszarem

swojego działania wszystkie dzielnice. Jednakże już istniejące ZLS zapewniają sensowną perspektywę rozwijania i wprowadzania zdobytych modeli w 7 dzielnicach „typu B”, które obejmują swoim działaniem. Dwa zespoły ZLS obejmują obszarem działania dużą i małą dzielnicę (Ursynów-Wilanów i Bemowo-Włochy). Z punktu widzenia proponowanych działań mogą być one koordynowane przez jeden ośrodek ale powinny być w takim wypadku zlokalizowane nie tylko w siedzibie ZLS ale również w drugiej dzielnicy.

W przypadku 6 dzielnic „Typu C”, w których w chwili obecnej nie ma funkcjonujących CZP ani ZLS wprowadzenie rozwiązań modelu musi zostać poprzedzone analizą potrzeb w danej dzielnicy, wypracowaniem lokalnej strategii wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi i w ramach tych działań zidentyfikowanie ośrodka, którego zadaniem będzie rozwój opieki środowiskowej dla mieszkańców danej dzielnicy. Działania nakierowane na rozbudowywanie systemu wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi powinny być realizowane w oparciu o taki zidentyfikowany ośrodek.

Wdrażanie nowego modelu Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Warszawie



Proponowane wdrażanie nowego modelu Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Warszawie zakłada dostosowanie wyboru zakresu działania niemedycznych form wsparcia do istniejących założeń reformy zgodnie z NPOZP, przy jednoczesnym założeniu przejściowego okresu, w którym w Warszawie zostanie ona w pełni wdrożona.

Wybór zakresu działania powinien być zgodny z przedstawionym powyżej stanem rozwoju opieki środowiskowej i podziału dzielnic Warszawy na trzy typy:

1. Typ A (dzielnica objęta działaniem CZP)
2. Typ B (dzielnica objęta działaniem ZLŚ)
3. Typ C (dzielnica, która obecnie nie jest objęta działaniem CZP lub ZLŚ)

Działania w dzielnicach typu A i sposób ich realizacji

W przypadku dzielnic typu A należy uwzględnić, że w rozporządzeniu MZ dotyczącym realizacji pilotażowego programu ochrony zdrowia psychicznego jasno opisano zadania CZP, należą do nich:

- › Odpowiedzialność terytorialna;
- › Utworzenie odpowiedniej do populacji dzielnicy ilości punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych (PZK);
- › Zapewnienie koordynacji terapii dla pacjentów objętych opieką czynną;
- › Zatrudnienie asystentów zdrowienia;
- › Organizacja wsparcia dla rodzin;
- › Prowadzenie działań psychoedukacyjnych.

Jak widać część zadań realizowanych w ramach projektu Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie pokrywało się z działaniami przewidzianymi dla funkcjonujących w ramach pilotażu opieki środowiskowej Centrów Zdrowia Psychicznego. Należą do nich:

- › Zatrudnienie koordynatorów terapii i tworzenia indywidualnych planów zdrowienia i wsparcia dla osób objętych opieką czynną,
- › Wsparcie rodzin i bliskich,
- › Zatrudnienie asystentów zdrowienia.

Z tego powodu w dzielnicach typu A, na terenie których działają CZP finansowane zgodnie z rozporządzeniem pilotażowym, konieczne jest wprowadzenie jedynie części z aktywności przetestowanych i sprawdzonych w ramach projektu WZS - są nimi:

- › Organizacja zespołów aktywizacji zawodowej,
- › Organizacja klubów weekendowych,
- › Zatrudnienie specjalistów według potrzeb (na przykład pomoc prawna),
- › Działania antystygmatyzacyjne prowadzone w społecznościach lokalnych.

Organizacja zespołów aktywizacji zawodowej

Zespoły aktywizacji zawodowej przetestowane w ramach projektu WZS, składające się z doradcy zawodowego i trenera pracy wydają się optymalnym i skutecznym rozwiązaniem. Warto podkreślić, że aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi różni się od aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną jak również z innymi rodzajami niepełnosprawności. Specyfika zaburzeń psychicznych wymaga od doradców zawodowych oraz trenerów pracy pracujących w tym obszarze doświadczenia i specyficznej wiedzy medycznej i psychologicznej niezbędnej do przygotowania i wprowadzenia tych osób na rynek pracy. Konieczne jest prowadzenie kampanii informacyjnych i działań edukacyjnych i antystygmatyzacyjnych adresowanych do pracodawców którzy mają często nadmierne obawy wobec zatrudniania osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Konieczne jest prowadzenie monitorowania procesu pracy i kształcenia postaw wobec tej grupy pracowników.

Poza wsparciem doradców zawodowych i trenerów pracy okazuje się często, że osoby powracające na rynek pracy potrzebują dodatkowych form wsparcia psychologicznego (np. grupy wsparcia) i działań podtrzymujących motywację zawodową.

W ramach działania zespołów aktywizacji zawodowej osoby korzystające powinny mieć możliwość korzystania z indywidualnych konsultacji doradczych, do zadań należy tworzenie profili zawodowych na podstawie informacji dotyczących kwalifikacji i doświadczeń zawodowych, zasobów edukacyjnych oraz innych zasobów zgłaszających się osób, tworzenie indywidualnej ścieżki zdobycia zatrudnienia, udzielaniu informacji dotyczącej skorzystania z usługi zatrudnienia wspomaganego.

Do zadań trenerów pracy należy współpracy z osobami z doświadczeniem choroby psychicznej w celu podjęcia i utrzymania przez nie pracy na otwartym rynku, prowadzenie warsztatów umiejętności społeczno- zawodowych, angażowanie kandydatów do zatrudnienia wspomaganego zarówno w zakresie informacji,

jak i bezpośredniego działania prowadzącego do zatrudnienia, przygotowywanie kandydatów do bezpośredniego kontaktu z potencjalnym pracodawcą, nawiązywanie i utrzymywanie relacji z pracodawcami, indywidualna praca z klientem na stanowiskach pracy oraz poza nim.

Organizacja klubów weekendowych

Skutecznym i sprawdzonym działaniem zapobiegającym izolacji i osamotnieniu jest umożliwienie dostępu do klubów „weekendowych”. Celem klubu jest udzielanie pomocy i wsparcia uczestnikom w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności do pełnienia ról w środowisku rodzinnym i społecznym, zapobieganie izolacji i ograniczenie zjawiska wykluczenia społecznego oraz kształtowanie aktywności społeczności lokalnej w zakresie organizowania wsparcia i pomocy na rzecz osób z niepełnosprawnościami i długotrwanie chorych.

Kluby powinny zapewniać możliwość spotkań towarzyskich, spędzanie wolnego czasu w zorganizowanej grupie co przyczynia się do utrzymania aktywności i podtrzymywania relacji. Na podstawie doświadczeń z WZS szczególny nacisk należy położyć na organizowanie programu dla młodych osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Program powinien być dostosowany do potrzeb, aktywności i możliwości innych niż ma to miejsce w przypadku osób z długim czasem choroby.

Cele weekendowego klubu są realizowane poprzez:

1. Organizowanie działań o charakterze samopomocowym, terapeutycznym i socjalnym;
2. Poradnictwo indywidualne (psychologiczne i socjalne);
3. Tworzenie grup samopomocowych;
4. Treningi umiejętności społecznych w formie działalności na rzecz klubu i współuczestników (np. przyrządzanie poczęstunku w ramach treningu kulinarnego, robienie zakupów, wykonywanie czynności porządkowych);
5. Możliwość korzystania z komputera z dostępem do Internetu wg ustalonych zasad;
6. Prowadzenie działań edukacyjnych;
7. Prowadzenie działalności informacyjnej oraz współpracę z instytucjami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego;
8. Uczestnictwo w akcjach społecznych na rzecz mieszkańców m. st. Warszawa;
9. Organizację czasu wolnego poprzez: wycieczki turystyczno-krajoznawcze;

10. Wyjścia do kin i muzeów, na koncerty i wystawy, zajęcia plastyczne, spotkania w plenerze.

Klub prowadzony przez wykwalifikowany, kreatywny i zmotywowany personel gwarantuje jakość prowadzonych zajęć. Proponowane kwalifikacje pracowników klubu to:

- › dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku społecznym (pedagogika, psychologia, nauki społeczne, praca socjalna);
- › minimum rok doświadczenia w pracy z dorosłymi osobami z doświadczeniem choroby psychicznej.

Zatrudnienie specjalistów według potrzeb – prawnik

Osoby z doświadczeniem kryzysów psychicznych poza opieką psychiatryczną i psychologiczną wymagają często oddziaływań z zakresu pomocy prawnej. Zapewnienie kontaktu z prawnikiem ma na celu zapobieganie dyskryminacji, nadużyciom w miejscu pracy, może pomagać w uporządkowaniu spraw majątkowych (częstym problem wśród osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego bywa zadłużenie, wymagające podjęcia różnych działań włącznie z ogłoszeniem upadłości konsumenckiej). Pacjenci wymagają pomocy w zakresie spraw osobistych i rodzinnych.

Obok pomocy prawnej specjaliści w innych dziedzinach mogą być zatrudniani stosownie do potrzeb zgłaszanych przez osoby korzystające z pomocy. W takich wypadkach podjęcie decyzji powinno zależeć od braku dostępności do danego specjalisty lub specyfice zgłaszanych problemów.

Działania antystygmatyzacyjne w społecznościach lokalnych

Działania antystygmatyzacyjne powinny być skierowane są do różnych grup zawodowych, które z racji wykonywanej pracy mogą mieć kontakt z osobami w kryzysie psychicznym oraz osobami, które mogą wywierać wpływ na postawy i zachowania innych mieszkańców społeczności lokalnej/dzielnicy.

Szkolenia dla społeczności lokalnych powinny być organizowane w małych grupach i przybierać formę warsztatów. Tworzenie grup odbiorców złożonych z przedstawicieli różnych służb działających w dzielnicach: policji, straży miejskiej, nauczycieli, urzędników, duchowieństwa sprzyja wymianie informacji, a jednocześnie nawiązywaniu wzajemnych kontaktów. Tematyka warsztatów powinna obejmować specyfikę kontaktu z osobami z zaburzeniami psychicznymi, która budzi wiele pytań i obaw. Brak wiedzy z zakresu podstawowych zasad postępowania z osobami chorującymi psychicznie

wymaga edukacji, stereotypowych przekonań. Doświadczenie realizacji WZS pokazało, że skutecznym i najciekawszym sposobem szkolenia jest włączenie do prowadzenia warsztatów antystygmatyzacyjnych asystentów zdrowienia, których wiarygodność i wiedza sprzyja jednoznaczemu przekazowi. Proponuje się aby szkolenia antystygmatyzacyjne podobnie jak w realizowanym projekcie WZS zawierały następujące elementy:

1. Podstawowe informacje na temat etiologii zaburzeń psychicznych;
2. Informacje na czym polega specyfika objawów chorób psychicznych;
3. Omówienie społecznych skutków stygmatyzacji i sposobów zapobiegania stygmatyzacji;
4. Najczęściej występujące obszary trudności w funkcjonowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi;
5. Zasady kontaktu z osobą chorującą i zasad udzielania podstawowego wsparcia;
6. Metody pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w tym zasady działania środowiskowej opieki psychiatrycznej;
7. Wybrane aspekty prawne dotyczące ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Opisane powyżej cztery rodzaje działań (organizacja zespołów aktywizacji zawodowej, organizacja klubów weekendowych, zatrudnienie specjalistów według potrzeb (na przykład pomoc prawna) i działania antystygmatyzacyjne prowadzone w społecznościach lokalnych) powinny być realizowane w powiązaniu z istniejącymi w dzielnicach CZP. Proponowanym rozwiązaniem jest finansowanie tych działań w ramach umowy dotacyjnej.

Działania w dzielnicach typu B i sposób ich realizacji

W porównaniu z opisanymi wcześniej dzielnicami typu A w dzielnicach typu B, do czasu wprowadzenia reformy psychiatrii środowiskowej w planowanym kształcie – to jest do czasu wprowadzenia CZP rekomendowane jest możliwie jak najszybsze wprowadzenie rozwiązania „pomostowego” polegające na tym aby przy działającym na terenie danej dzielnicy Zespole Leczenia Środowiskowego (który nie wchodzi w skład CZP), zostały utworzone Środowiskowe Punkty Wsparcia (dalej „Punkty”) dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Zadania takiego Punktu powinny obejmować zakres działań i interwencji, których efektywność została potwierdzona w ramach testowanego modelu i pozytywnie oceniona przez biorąc w nim udział uczestników:

- › Zatrudnienie koordynatorów terapii - doradców ds. zdrowia i wsparcia i ich praca w oparciu o tworzenie indywidualnych planów zdrowia i wsparcia dla osób objętych opieką punktu;
- › Zatrudnienie asystentów zdrowia realizujących działania nakierowane na indywidualne potrzeby uczestniczek i uczestników, jak również działań wspierających i antystygmatyzacyjnych realizowanych przez PKD;
- › Organizacja wsparcia dla rodzin i bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi;
- › Organizacja zespołów aktywizacji zawodowej;
- › Organizacja klubów weekendowych;
- › Zatrudnienie specjalistów według potrzeb (np. prawnik);
- › Działania antystygmatyzacyjne prowadzone w społecznościach lokalnych.

Do zadań doradców ds. zdrowia i wsparcia należy zapewnienie bieżącego wsparcia i konsultacji dla odbiorców wsparcia (osób z zaburzeniami psychicznymi, lecz także ich rodzin i osób bliskich), kryzysowe interweniowanie w sprawach pojawiających się trudności, tworzenie, opracowywanie, realizacja, ewaluacja Indywidualnych Planów Zdrowienia i Wsparcia, a następnie monitorowanie postępów i trudności w ich realizacji.

Ważnym zadaniem doradców jest orientacja w zakresie dostępnych na terenie danej dzielnicy różnych metod wsparcia oferowanych w ramach placówek medycznej pomocy psychiatrycznej, środowiskowych programów wsparcia, programów aktywizacji zawodowej i wspomaganie zatrudnienia, ofert dla członków rodzin, zdobywania i uzupełniania edukacji, programów podnoszących kwalifikacje, oferty organizacji pozarządowych.

Doradcy i Środowiskowe Punkty Wsparcia powinny nawiązać współpracę z placówkami leczenia i wsparcia i zapewniać dostęp do informacji na temat istniejących ofert leczenia i wsparcia.

Do zadań asystentów zdrowia powinno należeć indywidualne wspomaganie procesu zdrowia osób korzystających z Punktów Wsparcia, motywowanie do angażowania się w przygotowywanie i realizację Indywidualnych Planów Zdrowienia i Wsparcia, dzielenie się własnym doświadczeniem w zakresie pokonywania kryzysów zdrowia psychicznego, doświadczeniami z korzystania z medycznych i niemedycznych programów wsparcia, prowadzenie konsultacje dla członków rodzin i osób bliskich. Istotnym

zadaniem jest udział w przygotowaniu i realizacji działań antidyskryminacyjnych. W przypadku asystentów zdrowia niezbędne jest zapewnienie im stałego wsparcia merytorycznego i superwizji.

W przypadku doradców do spraw zdrowia i asystentów zdrowia zasady rekrutacji powinny uwzględniać bieżące rekomendacje realizowane przy zatrudnianiu tych osób w ramach realizowanego pilotażu CZP.

Środowiskowe Punkty Wsparcia powinny być zorganizowane na wzór Punktów konsultacyjno-doradczych (PKD), których struktura i efektywność działania została przetestowana w ramach WZS.

Punkty powinny zatrudniać interdyscyplinarny zespół złożony z doradców ds. zdrowia i wsparcia, asystentów zdrowia, doradcy zawodowego i trenera pracy oraz terapeutów prowadzących działania klubu weekendowego, oraz inne jak tworzenie grup wsparcia i zajęć warsztatowych. Dodatkowo punkty powinny mieć stosownie do potrzeb uczestników możliwość zatrudniania specjalistów. Wśród nich powinien znaleźć się prawnik.

Na podstawie doświadczeń zdobytych w trakcie realizacji modelu należy przyjąć, że w efektywną realizację zadań przewidzianych dla Środowiskowego Punktu Wsparcia może zapewnić personel obejmujący:

1. Koordynatora punktu (1 osoba);
2. Doradców ds. zdrowia i wsparcia w liczbie nie mniej niż 3 doradców w przeliczeniu na 100.000 populacji osób w wieku powyżej 18 lat objętych obszarem działania;
3. Asystentów zdrowia (2 osoby);
4. Trenera pracy i doradcę zawodowego (w przeliczeniu na 100.000-150.000 osób w populacji objętej obszarem działania);
5. Specjaliści według potrzeb w tym dostępność konsultacji z prawnikiem znającym specyfikę potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;
6. Zapewnienie stałej superwizji.

Taka organizacja Punktu wprowadzająca interdyscyplinarną perspektywę i możliwość dzielenia się fachową wiedzą specjalistyczną w połączeniu z doświadczeniem asystentów zdrowia i użytkowników realizuje założenia budowania nowoczesnej opieki środowiskowej opisane na początku tego opracowania.

Każdy Punkt wsparcia powinien prowadzić swoje działania we współpracy z ZLŚ i innymi placówkami ochrony zdrowia psychicznego działającymi na danym obszarze.

Istotnym zadaniem każdego z Punktów będzie nawiązanie, rozwijanie i koordynowanie współpracy z dzielnicowym Ośrodkiem Pomocy Społecznej. Punkt powinien również prowadzić swoje działania we współpracy z działającymi na danym terenie Środowiskowymi domami samopomocy i innymi funkcjonującymi w dzielnicach niemedycznymi placówkami zapewniającymi wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informacja o zakresie działania Punktu i nawiązywanie współpracy powinno obejmować działające na danym obszarze placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

Jak widać z powyższego opisu niezwykle ważną rolą Punktu poza świadczeniem bezpośrednich działań dla osób objętych jego opieką jest inicjowanie i utrzymywanie interdyscyplinarnego sposobu pracy. Tworzenie dzielnicowej sieci wsparcia środowiskowego. Takie działanie zgodne z zasadami nowoczesnej opieki środowiskowej wprowadza wspólną odpowiedzialność za podejmowane interwencje związane z podnoszeniem poziomu zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej.

Przy organizacji Środowiskowych Punktów Wsparcia należy pamiętać o zapewnieniu superwizji dla zespołu pracowników. Superwizja jest niezbędnym elementem pracy zespołów skupiających się wokół pomocy psychologiczno-psychiatrycznej, psychoterapii oraz rehabilitacji. Realizacja superwizji powinna mieć charakter edukacyjny, konsultacyjno-doradczy, wspierająco-wzmacniający i być dostępna także dla merytorycznych pracowników pracujących w punktach doradczych i mieszkaniach chronionych.

Superwizja może mieć charakter indywidualny bądź grupowy i jej zadaniem jest przyczynianie się do integracji rozwoju osobistego i zawodowego pracowników jak również poszukania źródeł trudności w pracy z pacjentami i poszukiwaniu rozwiązań tych trudności.

W pracy zespołów terapeutycznych jest elementem wspomagającym w rozwiązywaniu problemów interpersonalnych, nierzadko płynących z psychopatologii pacjentów oraz w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu.

Działania w dzielnicach typu C i sposób ich realizacji

Działania tego typu dotyczą tych dzielnic Warszawy, w których w chwili obecnej mamy do czynienia z najmniejszym zaawansowaniem opieki środowiskowej. Dotyczy to 6

dzielnic Warszawy: Pragi-Południe (XL), Białołęki (L), Wawra (M), Żoliborza (S), Wesołej (S) oraz Rembertowa (S). Z uwagi na brak działających na terenie tych dzielnic CZP lub ZLS wprowadzenie działań powinno zostać poprzedzone powołaniem Dzielnicowych Zespołów ds. Wspierania Osób z Zaburzeniami Psychicznymi i opracowaniem lokalnych dzielnicowych strategii wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. W ramach tych strategii należy wyłonić ośrodki, które będą realizowały opiekę środowiskową w danej dzielnicy (w przypadku małych sąsiadujących ze sobą dzielnic takich jak Wesoła i Rembertów można rozważyć w okresie przejściowym wskazanie jednego ośrodka). Docelowo Środowiskowe Punkty Wsparcia powinny działać w ścisłej współpracy z tymi ośrodkami. Ich sposób organizacji i zakres działania powinien być taki sam jak opisano powyżej dla działań typu B (zatrudnienie koordynatorów terapii - doradców ds. zdrowienia i wsparcia, zatrudnienie asystentów ds. zdrowienia, organizacja wsparcia dla rodzin i bliskich osób z zaburzeniami psychicznymi, organizacja zespołów aktywizacji zawodowej, organizacja klubów weekendowych, zatrudnienie specjalistów według potrzeb (np. prawnik), działania antystygmatazacyjne).

Mieszkania chronione treningowe

Niezależnie od utworzenia Środowiskowego Punktu Wsparcia, każda dzielnica powinna określić potrzeby w zakresie chronionego zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi i jeżeli nie są one dotychczas zaspokojone dążyć do utworzenia przynajmniej 1 mieszkania chronionego treningowego (4-6 miejsc na populację 100 000 osób w wieku powyżej 18 lat). Mieszkanie chronione powinno zostać utworzone i być prowadzone zgodnie z istniejącymi w tej sprawie wytycznymi. Mieszkania chronione treningowe mają na celu zdobycie różnych umiejętności (od czynności porządkowych poprzez kulinarne, aż do kompetencji społecznych), co w efekcie sprzyja uzyskaniu większej samodzielności, niezależności i autonomii

Pobyty w mieszkaniach chronionych treningowych są obecnie adresowane do osób spełniających następujące kryteria:

1. Osoba pełnoletnia, zamieszkała na terenie m. st. Warszawy (posiada miejsce zamieszkania, do którego będzie możliwy powrót po zakończeniu pobytu w mieszkaniu chronionym);
2. Osoba chorująca psychicznie (w rozumieniu art. 3 pkt. 1a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego);
3. Zaświadczenie od lekarza psychiatry o rozpoznaniu choroby psychicznej i stałym korzystaniu z opieki lekarskiej oraz braku przeciwwskazań do zamieszkania w mieszkaniu chronionym – treningowym;

4. Stan zdrowia umożliwiający pobyt w mieszkaniu chronionym i realizację zakładanych celów wsparcia (nie wymaga stałej, całodobowej opieki innych lub całodobowego leczenia szpitalnego);
5. Osoba jest zdolna do wykonywania podstawowych czynności w zakresie samoobsługi; jej funkcjonowanie nie zagraża życiu i zdrowiu własnemu oraz innych osób;
6. Oświadczenie o dochodach pozwalających na opłacenie pobytu w mieszkaniu zgodnie z ustalonymi zasadami;
7. Motywacja do uczestniczenia w oferowanych treningach i działaniach terapeutycznych składających się na program wsparcia oferowany w mieszkaniu;
8. Uzyskanie decyzji administracyjnej Ośrodka Pomocy Społecznej dotyczącej przyjęcia i korzystania z mieszkania chronionego;

Program wsparcia oferowany w mieszkaniu powinien obejmować takie elementy jak:

1. Trening funkcji poznawczych (wzmacnianie sprawności m.in. w zakresie pamięci i uwagi, co przekłada się na jakość codziennego funkcjonowania);
2. Psychoedukacja (celem jest lepsze zrozumienie przez uczestnika własnego stanu zdrowia psychicznego, swoich mocnych strony i zasobów pomocnych w rozwiązywaniu trudności);
3. Trening radzenia sobie ze stresem (nabywanie umiejętności obniżania poziomu napięcia w sposób poprawiających ogólne funkcjonowanie);
4. Nauka, rozwijanie lub utrwalanie umiejętności w zakresie poszukiwania pracy;
5. Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, osobistych, utrzymywaniu więzi z rodziną i uczestnictwie w życiu społeczności lokalnej;
6. Trening autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;
7. Wsparcie, poradnictwo psychologiczne nakierowane na umożliwienie samodzielnego rozwiązania problemu.

Istotne znaczenie może mieć pomoc w ubieganiu się o uzyskanie samodzielnego mieszkania – działanie adresowane do osób, które przejawiają możliwość samodzielnego funkcjonowania. Usługi świadczone w mieszkaniu chronionym powinny być realizowane w zakresie minimum 3 godziny dziennie 7 dni w tygodniu. Zespół pracowników mieszkania chronionego winien być poddawany comiesięcznej superwizji, aby oddziaływania terapeutyczne i rehabilitacyjne wobec mieszkańców były skuteczne.

[Dzielnicowe Zespoły ds. Wspierania Osób z Zaburzeniami Psychicznymi](#)

Zgodnie z doświadczeniami WZP w każdej dzielnicy m.st Warszawy powinien zostać powołany Dzielnicowy Zespół ds. Wspierania Osób z Zaburzeniami Psychicznymi. W dzielnicach, w których takie zespoły zostały powołane w ramach WZP ich działalność powinna być nadal kontynuowana.

W skład zespołu, odbywającego swoje spotkania nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, powinny wchodzić kluczowe osoby zajmujące się osobami z zaburzeniami psychicznymi w dzielnicy (między innymi przedstawiciele Urzędu Dzielnicy, OPS, Organizacji pozarządowych i ochrony zdrowia).

Zadaniem zespołu powinno być opracowanie lokalnej, dzielnicowej strategii wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi wraz ze wskazaniem instytucji, zadań w realizacji, możliwości i zasobów, proponowanych źródeł finansowania. Kolejnym zadaniem zespołu jest monitorowanie wdrażania opracowanej strategii.

Przygotowana strategia powinna zawierać między innymi:

1. Informacje o Dzielnicy;
2. Opis instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzonych na terenie Dzielnicy;
3. Analizę SWOT obecnego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
4. Opis obszarów i działań służących do ich wzmocnienia zgodnie z założeniami opisanej strategii w powyższym modelu;
5. Zidentyfikowanie obszarów oddziaływań strategicznych dla Wydziału Spraw Społecznych;
6. Propozycja do planu budżetu m.st. Warszawy na dany rok.

Przygotowywane strategie powinny uwzględniać rolę organizacji pozarządowych – przede wszystkim w zakresie realizacji zewnętrznych projektów takich jak działania antystygmatyzacyjne i inne działania w zależności od potrzeb poszczególnych dzielnic.

Podsumowanie

Założeniem proponowanego nowego modelu Warszawskiego Zintegrowanego Systemu Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi podobnie jak było to w przypadku testowanego modelu WZS jest wykorzystanie dostępnych zasobów w dzielnicach, ich sieciowanie i wymiana informacji. Tym samym wykorzystanie dostępnych instytucji i infrastruktury, które minimalizuje trudności we wdrożeniu proponowanych rozwiązań jak również zapewnia optymalizację nakładów finansowych koniecznych do jego realizacji. W projektowaniu nowego modelu wzięto pod uwagę konieczność unikania podwójnego finansowania realizowanych zadań.

Zbiorcze zestawienie proponowanych działań na terenie poszczególnych dzielnic m.st. Warszawy zestawiono w tabeli.

Brak aktywnych działań i zaprzestanie finansowania rozwiązań wypracowanych w ramach WZS może prowadzić do zaniku istniejącego już sieciowania i wykształconych relacji między instytucjami zaangażowanymi w oparcie i wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi. Takie zaniechania mogą mieć katastrofalne skutki hamując lub nawet cofając postęp reformy opieki psychiatrycznej. Problemy dotyczące zdrowia psychicznego są narastającym wyzwaniem, które jeszcze bardziej nasiliło się w związku ze skutkami trwającej epidemii SARS-CoV-2. Odpowiedzią na te wyzwania jest prowadzenie w Warszawie aktywnej polityki w obszarze zdrowia psychicznego i budowanie zintegrowanego systemu wsparcia dla osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym.

Remodel wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi

Tabela 4 proponowane działania w podziale na typy dzielnic

	Dzielnica typ A	Dzielnica typ B	Dzielnica typ C
Typy Dzielnic	A1. Bielany (L)	B1. Bemowo (L)	C1. Praga-Południe (XL)
	A2. Mokotów (XL)	B2. Włochy (S)	C2. Białołęka (L)
	A3. Targówek (L)	B3. Ochota (M)	C3. Wawer (M)
	A4. Ursus (M)	B4. Praga-Północ (M)	C4. Żoliborz (S)
	A5. Wola (L)	B5. Śródmieście (L)	C5. Wesoła (S)
		B6. Ursynów (L)	C6. Rembertów (S)
		B7. Wilanów (S)	

Proponowane Działania			
Czy na terenie dzielnicy działa Centrum Zdrowia Psychicznego (pilotaż NPOZP) ?	TAK Uwaga: CZP w A1 finansowane do IX 2021 r. POWER – konieczny lobbing za włączeniem do NPOZP	NIE Konieczny działania wspierające tworzenie CZP i spełnienie warunków wejścia do pilotażu NPOZP	NIE Konieczność wyłonienia ośrodka wiodącego budującego opiekę środowiskową
Czy na terenie dzielnicy działa Zespół Leczenia Środowiskowego dla dorosłych (NFZ)?	TAK	TAK	NIE Konieczność działań wspierających powołanie działających na terenie dzielnicy Zespołów Leczenia Środowiskowego
Powołanie Dzielnicowych Zespołów ds. Wspierania Osób z Zaburzeniami Psychicznymi	TAK Utrzymanie funkcjonowania istniejących Zespołów (A3,A5)	TAK Utrzymanie funkcjonowania istniejących Zespołów (B4)	TAK
Opracowanie dzielnicowej strategii wsparcia dla osób z zab. psychicznymi	TAK Wdrażanie opracowanych strategii (A3, A5)	TAK Wdrażanie opracowanej strategii (B4)	TAK
Utworzenie Środowiskowych Punktów Wsparcia	Nie ma potrzeby, ponieważ działają CZP	TAK powołanie przy istniejącym ZLS	TAK powołanie przy wytypowanym „Ośrodku wiodącym”
Stworzenie możliwości korzystania ze wsparcia koordynatorów (doradców) ds. terapii i zdrowia	Nie ma potrzeby, realizacja przez CZP	TAK w ramach Punktów Wsparcia	TAK w ramach Punktów Wsparcia
Stworzenie możliwości korzystania ze wsparcia asystentów zdrowia	Nie ma potrzeby, realizacja przez CZP	TAK w ramach Punktów Wsparcia	TAK w ramach Punktów Wsparcia
Organizacja wsparcia dla rodzin i bliskich	Nie ma potrzeby, realizacja przez CZP	TAK w ramach Punktów Wsparcia	TAK w ramach Punktów Wsparcia

Organizacja zespołów aktywizacji zawodowej	TAK przy CZP	TAK w ramach Punktów Wsparcia	TAK w ramach Punktów Wsparcia
Organizacja klubów weekendowych	TAK przy CZP	TAK w ramach Punktów Wsparcia	TAK w ramach Punktów Wsparcia
Stworzenie możliwości korzystania z porad specjalistów według potrzeb	TAK przy CZP	TAK w ramach Punktów Wsparcia	TAK w ramach Punktów Wsparcia
Działania antystygmatyzacyjne prowadzone w społecznościach lokalnych	TAK	TAK	TAK
Udostępnienie możliwości chronionego zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Zgodnie z wypracowaną dzielnicową strategią wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi		

Aneksy

Aneks 1 Indywidualny Plan Zdrowienia I Wsparcia

Aneks 2 Kwestionariusz Intermed

Aneks 3 WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life – Bref) skrócona wersja ankiety oceniającej jakość życia