

AKTUALIZACJA MODELU ŚRODOWISKOWEGO WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI I CHOROBYMI PSYCHICZNYMI PO UWZGLĘDNIENIU WYNIKÓW RAPORTU EWALUACYJNEGO

Ewaluacja środowiskowego modelu leczenia osób z podwójną diagnozą obejmowała oszacowanie jego wartości oraz analizę w zakresie realizowanych celów (ewaluacja celów), przebiegu programu (ewaluacja procesu realizacji programu) a także uzyskanych wyników bezpośrednich (ewaluacja wyników). Analizowano cztery elementy programu tj. jego cele, zasoby, strategie oddziaływań medycznych i terapeutycznych oraz wyniki bezpośrednie.

W założeniach metodologicznych ewaluacja nie była sposobem udowadniania sukcesu, ale szansą na lepsze zrozumienie istoty wdrażanego programu. Wykazała, że program udało się w całości zrealizować a ewentualne korekty dotyczą kwestii organizacyjnych a nie strukturalnych modelu leczenia osób z podwójną diagnozą. Zrealizowano cele programu, w pełni wykorzystano jego zasoby, pozytywnie zweryfikowano zastosowane strategie medyczne, terapeutyczne i psychologiczne oraz otrzymano wyniki wskazujące na uzyskanie polepszenia stanu zdrowia pacjentów.

W świetle ewaluacji model leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą realizowanego w ramach projektu *Wspólnie możemy więcej* okazał się użyteczny, trafiający w potrzeby konkretnych odbiorców oraz wykonalny - oparty o praktyczne procedury, w większości niezależny od zewnętrznych wpływów (z wyjątkiem skutków pandemii), efektywny finansowo.

Aktualizacja modelu, dokonana w oparciu o wyniki ewaluacji wskazuje na następujące korekty:

Ad.1. W przebiegu programu terapeuta środowiskowy nie zawsze, zgodnie z modelem, był koordynatorem opieki, dlatego w zmodyfikowanym modelu **generalną zasadą jest to, że koordynatorem leczenia (opiekunem procesu terapeutycznego pacjenta) powinna być osoba, która jako pierwsza ma kontakt z pacjentem i buduje z nim przymierze terapeutyczne**. Koordynatorem opieki może być również dobrze psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta uzależnień.

Ad.2. Diagnoza również nie była przeprowadzana przez terapeutów środowiskowych ale przede wszystkim przez lekarzy, bo to głównie oni posiadali wiedzę jakiej opieki: ambulatoryjnej czy stacjonarnej oczekiwali klienci. **Diagnoza powinna być prowadzona przez lekarzy**.

Ad.3. Większość wymienionych w modelu form pomocy zdrowotnej i społecznej znalazła swoje uzasadnienie i zapotrzebowanie. W zakresie usług zdrowotnych wykorzystywano wszystkie struktury terapeutyczne uwzględnione w modelu opieki: oddział dzienny, ośrodek wczesnej interwencji i koordynacji leczenia, zespół leczenia środowiskowego, poradnia zdrowia psychicznego i całodzienny oddział psychiatryczny. Niewątpliwie to co w CZP PD sprawdziło się najbardziej to **Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, gdzie w jednym miejscu pacjent otrzymywał kompleksową, szybką i skoordynowaną pomoc**. Słabo wykorzystywaną formą pomocy było łóżko kryzysowe, ale wynikało to

raczej z problemów lokalowych - łóżka te powinny stanowić bardziej wyodrębnioną strukturę pod względem miejsca i obsługi terapeutycznej.

Ad. 4. Konieczne jest, aby **indywidualny plan zdrowienia powstawał w pierwszym kontakcie pacjenta ze specjalistami**, z możliwością późniejszych jego modyfikacji w miarę włączania w proces terapeutyczny kolejnych specjalistów, za zgodą i przyzwoleniem uczestników programu.

Ad. 5. Inna kwestia to **potrzeba przygotowania terapeutów środowiskowych do pracy z osobami z podwójną diagnozą a jednocześnie prawnego uregulowania możliwości podejmowania zatrudnienia przez terapeutów uzależnień w strukturach opieki psychiatrycznej.**

Poniżej uzasadnienie wprowadzonych korekt.

Oдноśnie koordynacji usług zdrowotnych i społecznych realizowanych w modelu

Ewaluacja modelu leczenia środowiskowego osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi potwierdziła założenia dotyczące koordynacji usług zdrowotnych i społecznych realizowanych w ramach modelu. Mamy przekonanie, że model został dobrze zaplanowany i w większości zrealizowany. Mocną stroną modelu okazało się wszechstronne wsparcie pacjenta, diagnoza psychiatryczna, psychologiczna i społeczna pacjenta oraz monitoring udziału w programie prowadzony przez Koordynatorów Opieki.

Najbardziej chcielibyśmy uwypuklić to, że nie zawsze terapeuta środowiskowy, zgodnie z modelem, był koordynatorem opieki. Realizując model nie traktowaliśmy tego w kategoriach błędu czy niedomagania, wręcz przeciwnie kierując się zasadą elastycznego postępowania stosownie do potrzeb pacjenta zakładaliśmy, że nie zawsze pacjent wyraża zgodę na włączanie do systemu opieki kolejnego terapeuty, a koordynatorem opieki może być równie dobrze psycholog, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta uzależnień czy okresowo tylko lekarz, ponieważ to on był w pierwszym okresie leczenia jedynym terapeutą. Generalną zasadą powinno być, że koordynatorem leczenia (opiekunem procesu terapeutycznego pacjenta) powinna być osoba, która jako pierwsza ma kontakt z pacjentem i buduje z nim przymierze terapeutyczne. Oczywiście z zasady nie powinien być to lekarz, bo ma inne zadania a pacjent, który potrzebuje tylko psychiatry, nie potrzebuje raczej koordynatora opieki. Nie będzie to też raczej psychoterapeuta. Natomiast w odniesieniu osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (im ciężiej choruje pacjent tym bardziej potrzebuje koordynatora opieki) może to być terapeuta z każdej ww. wymienionej grupy zawodowej. Potrzeba kontaktu w pierwszej kolejności z lekarzem psychiatrą wynika z utrwalonego w Polsce bio-medycznego podejścia do pacjenta w systemie opieki psychiatrycznej, gdzie żeby otrzymać świadczenie trzeba najpierw otrzymać diagnozę.

W praktyce, co wykazała ewaluacja, koordynatorem opieki nie zawsze był terapeuta środowiskowy. Wynikało to z zapotrzebowania beneficjentów na konkretny rodzaj spotkań. Często też pacjenci nie wyrażali zgody na pracę z terapeutą środowiskowym a zgadzali się na pracę z lekarzem i/lub terapeutą uzależnień lub psychoterapeutą. Elastyczność pracowników pozwoliła na bycie koordynatorem osób pracujących bezpośrednio z beneficjentem.

Testowanie pozwoliło natomiast z całą stanowczością potwierdzić, że istotą pracy Koordynatorów Opieki jest dostępność, profesjonalizm i kompetencje do pracy w warunkach środowiskowych – w miejscu zamieszkania pacjentów lub w siedzibie zespołu leczenia środowiskowego. Dlatego możliwe było utrzymanie pacjentów w programie, konstruktywna praca nad

zmianą oraz zebranie bardzo dokładnych danych dotyczących udziału pacjenta w programie. W rezultacie Koordynatorzy Opieki wykorzystywali różne techniki i narzędzia pozyskiwania informacji i pracy z pacjentem. Ewaluacja wykazała np. na praktyczne znaczenie karty oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu. Jest to krótka, skategoryzowana skala obserwacyjna, przydatna do wstępnej oceny i monitoringu postępów (udziału) pacjenta w programie.

Karta oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu obejmowała takie kategorie opisowe jak: przygotowanie posiłków, dbałość o siebie, o mieszkanie, nawiązanie relacji społecznych, aktywność zawodowa i związana z nauką, umiejętność gospodarowania budżetem, umiejętność korzystania z instytucji publicznych, świadomość uzależnienia/choroby oraz współpraca i motywacja w leczeniu. Szacowania tych umiejętności dokonywali terapeuci na podstawie wywiadu z pacjentem prowadzonego w różnych etapach jego udziału w programie: na początku przy rozmowie wstępnej, po trzymiesięcznym udziale w programie, potem kolejno w odstępach co kilka miesięcy karta była uzupełniana. W trakcie trwania programu, uwzględniając średni czas pobytu pacjenta z PD w projekcie, wykonano najczęściej czterokrotną ocenę umiejętności intra i interpersonalnych pacjentów. Z częścią beneficjentów nie udało się spotykać przez pełne 9 miesięcy. Spowodowane to było specyfiką pracy z pacjentem z PD, długą rekrutacją oraz pandemią.

Niezależnie od artefaktów w przebiegu programu taki monitoring stanowi cenne źródło informacji o pacjencie, jego potrzebach a także o efektach oddziaływania różnych form pomocy udzielanej w trakcie leczenia, tym bardziej, że trudnością było również wykonywanie dostatecznej ilości badań psychologicznych, ponieważ beneficjenci oczekiwali szybkiej pomocy a nie głębokiej diagnozy psychologicznej wykonywanej testami.

Diagnoza również nie była przeprowadzana przez terapeutów środowiskowych, ale przede wszystkim przez lekarzy, bo to głównie oni posiadali wiedzę jakiej opieki: ambulatoryjnej czy stacjonarnej oczekiwali klienci.

Oprócz całościowej diagnozy pacjenta, roli i znaczenia Koordynatorów Opieki w tym procesie oraz przydatności diagnostycznej karty oceny umiejętności niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu kolejnym aspektem, jaki znalazł potwierdzenie w wyniku ewaluacji, był zakres proponowanych usług. Większość wymienionych w modelu form pomocy zdrowotnej i społecznej znalazła swoje uzasadnienie i zapotrzebowanie. W zakresie usług zdrowotnych wykorzystywano wszystkie struktury terapeutyczne uwzględnione w modelu opieki: oddział dzienny, ośrodek wczesnej interwencji i koordynacji leczenia, zespół leczenia środowiskowego, poradnia zdrowia psychicznego i całodzienny oddział psychiatryczny. Niewątpliwie to co w CZP PD sprawdziło się najbardziej to Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, gdzie w jednym miejscu pacjent otrzymywał kompleksową, szybką i skoordynowaną pomoc. Słabo wykorzystywaną formą pomocy było łóżko kryzysowe, ale wynikało to raczej z problemów lokalowych - łóżka te powinny stanowić bardziej wyodrębnioną strukturę pod względem miejsca i obsługi terapeutycznej.

Natomiast w zakresie usług społecznych takich jak: klub samopomocy, środowiskowy dom samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi i mieszkanie chronione, wszystkie działania były realizowane. Ich intensywność miała związek z kontekstem społecznym, w jakim realizowano projekt. Pogram *Wspólnie możemy więcej* pozwolił monitorować dynamikę korzystania przez pacjentów z różnych form wsparcia. Frekwencja w programie okazała się wysoka, a jego dynamika znaczna, mimo przerw spowodowanych lockdownem i innymi obostrzeniami związanymi z pandemią. Tak duża frekwencja pacjentów wynikała z cech relacji innej niż ta, którą

proponuje tradycyjne podejście do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi z towarzyszącym uzależnieniem. Mocną stroną rozwiązania realizowanego w ramach omawianego projektu była ciągłość relacji terapeutycznej (bezpośredniej, a w niektórych przypadkach on-line), co oznacza znajome twarze terapeutów, ciągłość kontaktu, budowanie relacji opartych na zaufaniu, brak potrzeby ponownego opowiadania własnej historii. Wszystko to pozwalało oszczędzić czas i wysiłek zarówno pacjenta, jak i terapeuty w budowaniu nowej więzi. Jednocześnie warunki wynikające z pandemii wymusiły relacje indywidualne a ograniczyły relacje społeczne, grupowe np. realizowane w ramach klubu samopomocy. Ta forma leczenia środowiskowego wymaga szczególnych starań. Podobnych starań wymagało budowanie zespołów interdyscyplinarnych.

Budowanie zespołów interdyscyplinarnych i praca w nich również nie była łatwym zadaniem, co było spowodowane koniecznością dostosowania terapeutów i ich zasobów do potrzeb beneficjentów. Dużym problemem w realizacji projektu była pandemia uniemożliwiająca w pewnym okresie wizyty środowiskowe a nawet ambulatoryjne z powodu obostrzeń covidowych i lękiem pacjentów przed zakażeniem a co za tym idzie trudnością w pozyskiwaniu klientów i utrzymaniem stałości procesu terapeutycznego. Sytuacja ta utrudniła również szereg działań grupowych np. prowadzenie grup wsparcia dla rodzin.

W ostatecznej wersji modelu założono konieczność funkcjonowania mieszkania chronionego. Testowanie wykazało, że uczestnicy programu mogli korzystać z dwóch mieszkań, które były finansowane w ramach projektu i miały formę mieszkań treningowych, niezbędnych do nauki samodzielnego funkcjonowania. Ta forma wsparcia spełniła swoją rolę. W ramach projektu 11 osób skorzystało z mieszkania chronionego. Najkrótszy czas zamieszkania wynosił 140 dni i dotyczył pięciu osób, najdłuższy ponad rok – 489 i dotyczył jednej osoby. Średnia ilość dni spędzonych w mieszkaniu chronionym to 42. Z mieszkania chronionego w ramach innych placówek korzystało 10 osób (1,36 % ogółu uczestników projektu). Zatem mimo małej liczebności mieszkanie chronione spełniło swoją rolę poprzez kompleksową pomoc pacjentowi, zorientowaną na efekty i rezultaty.

Odrębną kwestią w omawianym modelu są szkolenia kadry realizującej projekt. Tematyka szkoleń opisana w załączniku - szkolenia dla profesjonalistów - psychologów, pedagogów, lekarzy, pracowników socjalnych, policjantów - okazała się trafna i budząca zainteresowanie. Zdecydowanie mniejszą popularnością cieszyły się szkolenia dla członków rodzin pacjentów i wolontariuszy. Ogółem w projekcie uczestniczyło około 50% członków rodzin naszych pacjentów.

Ewaluacja projektu *Wspólnie możemy więcej* dowiodła, że najistotniejszą okolicznością, jaką trzeba wziąć pod uwagę podczas pracy z osobą z podwójną diagnozą jest zwiększone ryzyko samobójstwa i innych zachowań autodestrukcyjnych, a także wyższe ryzyko agresji wobec otoczenia. Oznacza to konieczność uwzględnienia w procesie terapeutycznym profilaktyki samobójstw, a w skrajnych przypadkach również zastosowania przymusowej hospitalizacji. Wiedza z zakresu zachowań presuicydalnych powinna zajmować szczególne miejsce w edukacji terapeutów środowiskowych, wolontariuszy i członków rodziny pacjenta.

Innym wyzwaniem i trudnością w pracy terapeuty środowiskowego jest konieczność budowania dobrych relacji i komunikacji z pacjentem, który często jest w złej formie psychicznej. Jest to najważniejsze zadanie terapeuty, ponieważ prawidłowo przebiegający proces komunikowania daje szansę na ograniczenie ilości sytuacji kryzysowych, konfliktowych z jakimi podopieczny boryka się na co dzień. Dobra komunikacja zmniejsza napięcie odczuwane przez poszczególne osoby z otoczenia

pacjenta a tym samym przyczynia się do oszczędzania zasobów psychicznych zarówno osób zdrowych, jak i chorego. W ramach szkoleń istotną okazała się problematyka porozumiewania i pokonywania barier komunikacyjnych w pracy z pacjentem i członkami jego rodziny.

Kolejnym wyzwaniem na jakie wskazała ewaluacja jest poczucie bezpieczeństwa w relacji z osobą chorą. Takie poczucie jest efektem nie tylko znajomości chorego, ale specyfiki jego choroby, objawów i reakcji chorego, umiejętności poszukiwania wsparcia w środowisku najbliższym osoby chorej a także tego, czy terapeuta i wolontariusz potrafią wzbudzać zaufanie tego środowiska. Problematyka wzbudzania poczucia bezpieczeństwa okazała się ważna nie tylko w kontekście indywidualnym, ale także w kontekście społecznym. W tym zakresie pandemia ograniczyła znacznie współpracę międzyinstytucjonalną. Ten obszar realizacji programu ograniczony był do udziału nauczycieli, policjantów, przedstawicieli straży miejskiej w szkoleniach poświęconych problematyce podwójnej diagnozy i popularyzacji modeli leczenia środowiskowego.

Odniesienie standardów świadczenia w ramach projektu kompleksowych usług wysokiej jakości

Ewaluacja w pełni potwierdziła, że projekt wpisuje się w realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego poprzez: aktywną promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym i uzależnieniom oraz zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionym wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej a także innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Wykonalne są też zadania wynikające ze szczegółowych podstaw prawnych w zakresie pozyskiwania pacjentów do programu, przejęcia opieki nad pacjentem przez Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, wczesnej diagnozy, opracowanie i realizację indywidualnego programu zdrowienia oraz podsumowanie uzyskanych wyników i rezultatów zarówno w wymiarze indywidualnym jak i grupowym (społecznym). Taka koncepcja realizacji programu leczenia środowiskowego jest w pełni zgodna z metodologią profilaktyki środowiskowej i modeli wczesnej interwencji.

Testowanie zwraca uwagę na bardzo zróżnicowaną ilość wizyt z jakich skorzystał konkretny pacjent. Dowiodła, że istotnym elementem realizacji programu są odmienne potrzeby w tym zakresie przy wspólnych celach, zadaniach i wskaźnikach ewaluacyjnych mierzących zmiany uzyskiwane w zakresie zdrowia psychicznego uczestników programu.

Dlatego instrukcja stosowania modelu wymaga drobnych korekt i elastyczności w jej rozumieniu. Np. instrukcja zakładała, że zespół interdyscyplinarny opracowuje na podstawie spotkań i wywiadów szczegółowy, zaprojektowany pod potrzeby pacjenta indywidualny program zdrowienia. Z planu będą wynikać dalsze kroki: gdzie skierować pacjenta, do której placówki? Czy zaproponować leczenie ambulatoryjne, czy stacjonarne a nad ich wykonaniem czuwa terapeuta środowiskowy. Tymczasem w praktyce plan terapii rozpoczynał lekarz, ponieważ to on był pierwszą osobą diagnozującą pacjenta. Zdarzało się, że pacjent odmawiał współpracy z innymi terapeutami. I dlatego konieczne jest, aby indywidualny plan zdrowienia powstawał w pierwszym kontakcie pacjenta ze specjalistami, z możliwością późniejszych jego modyfikacji w miarę włączania w proces terapeutyczny kolejnych specjalistów, za zgodą i przyzwoleniem uczestników programu.

Inna kwestia to potrzeba przygotowania terapeutów środowiskowych do pracy z osobami z podwójną diagnozą a jednocześnie prawnego uregulowania możliwości podejmowania zatrudnienia przez terapeutów uzależnień w strukturach opieki psychiatrycznej. Naszym zdaniem to bardzo ważna uwaga, aby do struktur opieki psychiatrycznej dołączyć terapeutów uzależnień i umożliwić płatność za

te usługi. Dotyczy to również pracownika socjalnego. Powinna być też uwzględniona możliwość pracy z rodziną pacjenta.

Odnosnie grupy docelowej, do której skierowany jest model w rozumieniu odbiorców i użytkowników modelu

Ewaluacja pozwoliła na dokładną analizę danych społeczno-demograficznych uczestników programu. W ciągu dwóch lat w projekcie uczestniczyło 733 pacjentów tj. osób z podwójną diagnozą psychiatryczną. Średni wiek uczestników programu to 35,76 (blisko 36 lat) przy odchyleniu standardowym wynoszącym 8,9 lat. Najmłodsze osoby uczestniczące w programie miały w chwili zakwalifikowania do projektu 15 lat. Takich osób było 8. Najstarsza osoba, która brała udział w projekcie liczyła 82 lat (1 osoba). Większość uczestników to osoby w wieku 22 do 49 lat. Charakterystyka pacjentów uczestniczących w omawianym modelu w pełni oddaje specyfikę pacjentów z podwójną diagnozą. Akcentuje także momenty krytyczne w biografii jednostki, w których wzrasta zapotrzebowanie na profesjonalną pomoc.

Analiza danych dotyczących wieku uczestników projektu wyraźnie pokazała jak duże znaczenie ma także profilaktyka uprzedzająca. W 39 przypadkach uczestnicy programu to osoby w wieku dorastania- 15-19 lat (5,32% zbadanej populacji). W takich przypadkach o udziale w programie decydują najczęściej czynniki społeczne, w tym wsparcie i/lub presja osób najbliższych, profesjonalistów (np. lekarzy rodzinnych, pedagogów, asystentów rodziny) i nieprofesjonalistów (rodziców, przyjaciół).

Testowanie potwierdziło, że ostateczna wersja leczenia środowiskowego osób z PD oparta jest na koncepcji równości w zdrowiu. Dowiodła, że możliwe jest leczenie osób z różnych grup społecznych oraz usuwanie barier na drodze do osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia przez wszystkich. Co więcej zapewniła wręcz demokratyczny charakter leczenia zarówno w aspekcie zdrowia, jak i w aspekcie społecznym. Potwierdziła tzw. zjawisko gradientu społecznego, które wiąże się ze współistnieniem złej sytuacji społecznej i ekonomicznej ze skokowym lub liniowym procesem pogorszenia zdrowia. Osoby o najgorszej sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej w sposób stosunkowo zróżnicowany korzystały z oferty programu. Były wśród nich osoby wytrwałe, które wykazały się silną motywacją do zmiany, jak również ci którzy wytrwali jedynie miesiąc w programie.

Odnosnie nowych elementów modelu a jego efektywności kosztowej

Popularność projektu *Wspólnie możemy więcej* dowiodła, że możliwy jest bezpośredni kontakt z pacjentem i jego rodziną, co w efekcie potwierdza, iż pacjent szybciej trafia do systemu pomocy, a proponowana pomoc jest bardziej adekwatna do jego bieżących potrzeb. a przez to bardziej efektywna i tańsza zarówno w aspekcie terapeutycznym (leczenie ambulatoryjne przed szpitalnym) jak społecznym (prewencja powikłań somatycznych, degradacji psychicznej, społecznego wykluczenia i marginalizacji). Ewaluacja modelu dowodzi, że przedstawiona w modelu *ŚRODOWISKOWEGO WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI I CHOROBYMI PSYCHICZNYMI* kompozycja oddziaływań, sprawdza się w praktyce.

Program wykazał także, że można ograniczać obciążenia finansowe związane z całodobową hospitalizacją na rzecz pomocy opartej na działaniach ambulatoryjnych i wsparciu środowiskowym. Leczenie ambulatoryjne, blisko miejsca zamieszkania pacjenta, wczesne wdrażanie interwencji psychologicznych i społecznych, wzmacnianie indywidualnych zasobów, usamodzielnianie i pomoc

w utrzymaniu w rolach społecznych i zawodowych nie tylko dba o godność osoby z zaburzeniami psychicznymi, poprawia jakość jej życia, ale przyczynia się wydatnie do zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej jak i kosztów pośrednich. I na takie rezultaty wskazuje przeprowadzona ewaluacja.

Wielu pacjentów dzięki udziałowi w projekcie skorzystało z pomocy ambulatoryjnej i środowiskowej, udało się ograniczyć ilość powikłań oraz zastąpić leczenie szpitalne. Pacjenci uzależnieni wyrażali zadowolenie z dostosowania metod terapii do ich możliwości np. gdy stosowano redukcję szkód lub inne sposoby edukacji w odróżnieniu od znanych im struktur terapii uzależnień. Możliwość pracy zespołowej i konsultacji z innymi specjalistami oraz współpraca z rodzinami w większości była adekwatna do potrzeb beneficjentów a nawet przewyższała ich oczekiwania. Szczególnie innowacyjne było poszerzenie działań wobec osób uzależnionych, którzy nie mają możliwości skorzystania z opieki środowiskowej i pomocy pracownika socjalnego w ośrodkach leczenia uzależnień.

W załączeniu testowany model opisany w poszczególnych załącznikach.

Załącznik nr 1

KOORDYNACJA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

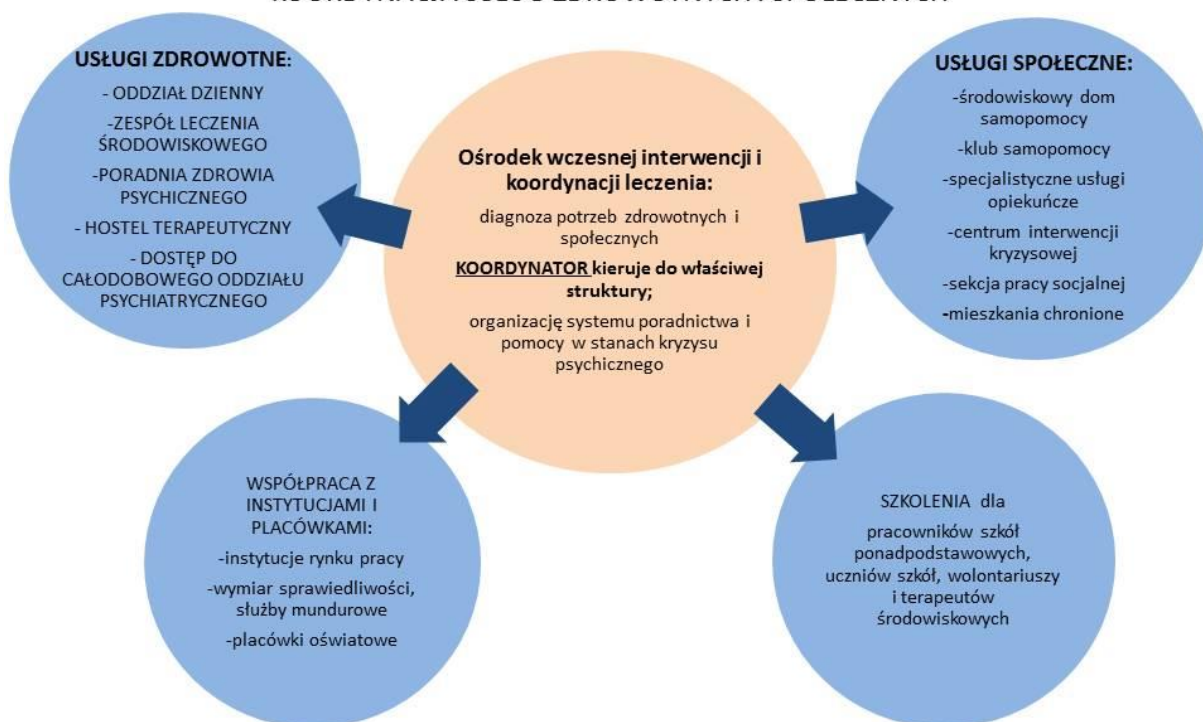
— finansowanie w oparciu o rezultaty (*payment for result*) – placówka pełniąca rolę KO powinna otrzymywać istotną część płatności w postaci opłaty kapitałowej, a będzie to uzależnione od jej sukcesu w konkurencji z innymi placówkami. Należy jednak przewidzieć pewną pulę środków, które byłyby wypłacane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

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

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

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA OSÓB Z PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ

KOORDYNACJA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH



WYKORZYSTANIE JEDNEGO, WSPÓLNEGO ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ LUB ZAPEWNIENIE ZARZĄDZANIA DOSTĘPNYMI FUNDUSZAMI NA PRZEDMIOTOWE DZIAŁANIA

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

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

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

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

WYKORZYSTANIE JEDNEGO, WSPÓLNEGO ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ LUB ZAPEWNIENIE ZARZĄDZANIA DOSTĘPNYMI FUNDUSZAMI NA PRZEDMIOTOWE DZIAŁANIA

Montaż finansowy w proponowanym modelu zakłada finansowanie zadań z różnych dostępnych źródeł, na kilku etapach realizowania projektu. Fundusze pozyskane z Ministerstwa Rozwoju, mają służyć do utworzenia Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, w ramach którego będzie odbywać się wczesna interwencja w kryzysie związanym zarówno z chorobą psychiczną jak i problemem szkodliwego używania substancji i/lub uzależnień behawioralnych, proces diagnozy psychiatrycznej, psychologicznej i społecznej, ustalanie indywidualnych programów leczenia i aktywizacji, monitorowanie realizacji tych programów oraz koordynacja usług zdrowotnych i społecznych przez terapeutę środowiskowego – koordynatora opieki. Dzięki środkom z Narodowego Funduszu Zdrowia zostaną sfinansowane świadczenia w oddziale dziennym leczenia osób z podwójną diagnozą, jak również zespole leczenia środowiskowego, poradni zdrowia psychicznego oraz hostelu terapeutycznym, pobyt w którym będzie stanowił zarazem wstępny etap rehabilitacji społecznej. Placówki finansowane z NFZ będą stanowić **specjalistyczne ambulatoryjne centrum zdrowia psychicznego dla osób z podwójną diagnozą**. W razie ciężkiego stanu psychicznego czy somatycznego pacjenta, Centrum będzie zapewniało dostęp do leczenia szpitalnego. Aby w ww. strukturach mogła odbywać się terapia osób z podwójną diagnozą, powinna istnieć prawna możliwość włączenia do zespołów terapeutycznych specjalistów terapii uzależnień. W tym punkcie konieczna jest zmiana przepisów, umożliwiających skorygowanie ww. reguły. Trzecie źródło finansowania to środki pozyskane z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na prowadzenia placówek i instytucji pomocy społecznej, tj. środowiskowego domu samopomocy, klubu samopomocy czy specjalistycznych usług opiekuńczych. Na tym etapie ważna jest również informacja, że większość ww. placówek terapeutycznych – zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny, środowiskowy dom samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze, ośrodek wsparcia finansowany z PFRON i ROPS - funkcjonują od wielu lat w ramach struktur Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego – odbywa się tym samym często skomplikowany montaż finansowy, który zapewnia kompleksowość usług podopiecznym Stowarzyszenia

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

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

STANDARDY ŚWIADCZENIA KOMPLEKSOWYCH USŁUG WYSOKIEJ JAKOŚCI

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

| ZESTAW NORM | USŁUGA/ZADANIE |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| POSTANOWIENIA WSTĘPNE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie warunków i zasad świadczenia usług. 2. Użytkownicy i odbiorcy projektu zobowiązani są do przestrzegania norm i procedur. 3. Normy i procedury zostaną w sposób klarowny sformułowane i udostępnione zarówno użytkownikom, jak i odbiorcom. 4. Dokumentacja będzie prowadzona w oparciu o standardy funkcjonujące w instytucjach pomocy społecznej i placówkach opieki medycznej podlegających kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, a wykonywać ją będą zarówno specjaliści, lekarze i inni terapeuci, jak i wolontariusze pod superwizją. |
| PODSTAWY PRAWNE | <p>Projekt wpisuje się w realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktywną promocję zdrowia psychicznego; - zapobieganie zaburzeniom psychicznym i uzależnieniom; - zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionym wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. <p>SZCZEGÓŁOWE PODSTAWY PRAWNE:</p> <p>Etap I: pozyskiwanie pacjentów do programu</p> <p>A) Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – dotyczy pozyskiwania pacjentów do programu przez lekarzy;</p> <p>B) USTAWA z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883</p> <p>Etap II: przejęcie opieki nad pacjentem przez Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki</p> <p>USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654</p> <p>Etap III: wczesna diagnoza – obejmująca wizytę/spotkanie z różnymi specjalistami</p> <p>A) Podstawy prawne wykonywania zawodów medycznych - Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 IV 2011r.</p> <p>B) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień, Dz. U. z dnia 20 lipca 2006 r.</p> <p>C) USTAWA z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów</p> <p>D) USTAWA o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r.</p> <p>E) USTAWA z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z dnia 30 stycznia 2015 r., poz. 163, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 48, poz. 320)</p> |

| | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Etap IV: opracowanie indywidualnego programu zdrowienia j.w. a także: A) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013 poz. 532) B) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. 2013 poz. 199)</p> <p>Etap V: pierwsza faza realizacji indywidualnego programu zdrowienia A) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 14 lutego 2005 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych B) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień</p> <p>Etap VI: opracowanie przez zespół współpracujący z pacjentem indywidualnych raportów diagnostycznych A) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p> <p>Etap VII: podsumowanie przez terapeutę środowiskowego indywidualnych wyników pacjenta A) ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p> |
| <p>PRZEDMIOT ZADANIA/ USŁUGI</p> | <p>Etap I Pozyskanie zgłoszeń od pacjentów przez terapeutów środowiskowych, za pośrednictwem policji i straży miejskiej, pedagogów szkolnych, pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, lekarzy psychiatrów, terapeutów uzależnień, pracowników socjalnych.</p> <p>Etap II Terapeuta środowiskowy (koordynator) nawiązuje relację z podopiecznym, organizuje spotkania w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.</p> <p>Etap III Terapeuta środowiskowy organizuje zespół interdyscyplinarny złożony z przedstawicieli różnych profesji (psychiatra, psycholog, terapeuta uzależnień, doradca zawodowy, pracownik socjalny), którzy w trakcie spotkania z osobą poszukującą wsparcia oferują pomoc w procesie zdrowienia. Terapeuta spotyka się także z bliskimi/ członkami rodziny podopiecznego.</p> <p>Etap IV Terapeuta środowiskowy czuwa nad opracowaniem indywidualnego programu zdrowienia i mobilizuje specjalistów do ukończenia programu w jak najkrótszym terminie.</p> <p>Etap V Terapeuta środowiskowy przez 6 miesięcy spotyka się z pacjentem minimum raz w tygodniu. Motywuje pacjenta do udziału w zajęciach, motywuje do dalszego udziału w programie, czuwa nad udziałem pacjenta w zajęciach w placówkach terapeutycznych.</p> <p>Etap VI Koordynator przeprowadza monitoring osiągnięć pacjenta, tj. zbiera dokumentację od specjalistów z zespołu interdyscyplinarnego i opracowuje podsumowanie dot. udziału pacjenta w projekcie.</p> |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Etap VII Koordynator przekazuje pacjentowi rekomendacje dotyczące dalszej terapii, leczenia, dostępnych form wsparcia. Na każdym etapie koordynator jest z pacjentem, okazuje mu zainteresowanie i pomaga przetrwać kryzys.</p> |
| <p>CEL ZADANIA/ USŁUGI</p> | <p>Etap I Celem usługi jest zaproszenie jak największej liczby pacjentów do programu, przy założeniu, że każdy z terapeutów środowiskowych będzie koordynatorem opieki 10 pacjentów.</p> <p>Etap II Zbudowanie relacji terapeutycznej z pacjentem, motywowanie do pozostania w programie; pacjent uzyska informacje o dostępnych usługach w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.</p> <p>Etap III Uzgodnienie diagnozy oraz ustalenie kierunku leczenia i rehabilitacji; skierowanie do specjalistów, którzy wskażą dalszy kierunek leczenia i rehabilitacji.</p> <p>Etap IV Pacjent otrzymuje indywidualny plan zdrowienia, skoncentrowany na jego potrzebach; usługi zostaną wyselekcjonowane i dopasowane do jego potrzeb.</p> <p>Etap V Pacjent korzysta z pełnej oferty leczenia i rehabilitacji poprzez zakwalifikowanie do pobytu we właściwych placówkach, ośrodkach wsparcia. Dzięki treningom posiada umiejętności społeczne niezbędne do funkcjonowania w grupie i poprawy życia społecznego, będącego niekiedy źródłem stresu i frustracji. Celem tego etapu jest także budowanie zaufania pacjenta, wzmocnienie relacji z terapeutą, promowanie pozytywnego wizerunku ośrodków wsparcia i specjalistów.</p> <p>Etap VI Na tym etapie istotne jest pozyskanie informacji o faktycznych postępach pacjenta, skuteczności programu, monitorowanie jego możliwości i zasobów.</p> <p>Etap VII Pacjent zdobędzie wiedzę na temat dalszych wytycznych dot. leczenia i rehabilitacji.</p> |
| <p>ZAKRES ZADANIA USŁUGI- PODMIOTOWY, RZECZOWY, PRZESTRZENNY i LICZBOWY</p> | <p>Etap I: 1 terapeuta w programie koordynuje opiekę nad 10 pacjentami,</p> <p>Etap II Spotkania pacjentów z terapeutami w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki. Zatrudnienie kadry o właściwych kwalifikacjach zawodowych i kompetencjach: PZP: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty specjalistów terapii uzależnień, 1 etat psychologa, 2 etaty psychoterapeutów, 1 etat pielęgniarstwa. OWliKO: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 3 etaty psychologów, 2 etaty terapeutów uzależnień. (psycholog/terapeuta uzależnień będzie osobą dedykowaną do obsługi telefonu podczas nocnego dyżuru), 2 etaty pielęgniarstwa. OD: 1 etat lekarza psychiatry, 1 etat specjalisty terapii uzależnień, 1 etat psychoterapeuty, 1 etat terapeuty zajęciowego, 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarstwa, ZLŚ: 2 etaty lekarzy psychiatrów, 2 etaty specjalisty terapii uzależnień, 10 etatów terapeutów środowiskowych, 20 wolontariuszy.</p> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | HT: ½ etatu lekarza psychiatry, 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarski, ½ etatu terapeuty uzależnień, ½ etatu terapeuty zajęciowego. |
| <p style="text-align: center;">WARUNKI SPEŁNIENIA USŁUGI: MATERIALNE, KWALIFIKACJE PRACOWNIKÓW</p> | <p>Terapeuta środowiskowy zatrudniony w programie posiada niezbędne kwalifikacje, tj. certyfikat nadany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne jak również będzie uczestniczył w zaplanowanych szkoleniach.</p> <p>Wszyscy specjaliści zatrudnieni w projekcie mają właściwe kwalifikacje do wykonywania zadania potwierdzone egzaminami i zaświadczeniami, tj. psycholog kliniczny, psychoterapeuta, lekarz psychiatra, specjalista terapii uzależnień, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka.</p> <p>Osoby dedykowane do realizacji zadania są członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego pracowników LSOZP oraz osób zatrudnionych w innych placówkach, z którymi prowadzona jest wieloletnia współpraca – są to osoby profesjonalnie przygotowane do wykonania powierzanych im zadań, posiadające kierunkowe wykształcenie i kwalifikacje zawodowe oraz wieloletnie doświadczenie w pracy środowiskowej i klinicznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi - byli lub są pracownikami instytucji pomocy społecznej, opieki zdrowotnej.</p> <p>Wszystkie osoby posiadają wieloletni staż zawodowy. Większość z tych osób na stałe od co najmniej 8 lat jest zatrudnionych w Stowarzyszeniu.</p> <p>Dodatkowo, - specjalista ds. rozliczeń finansowych realizować będzie bieżącą obsługę finansowo – księgową, rozliczenia finansowe, dokumentację oraz sprawozdawczość księgowo – finansową; posiadane kwalifikacje - księgowo, specjalizacja rachunkowość, certyfikat Ministra Finansów.</p> <p><u>Za realizację zadania od strony administracyjnej odpowiadać będą 2 osoby:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - koordynator projektu realizując merytoryczną i administracyjno – biurową obsługę zadania nadzorować będzie merytoryczną oraz organizacyjną poprawność zakresu rzeczowego realizacji całości zadania oraz będzie odpowiadać za prowadzenie merytorycznej sprawozdawczości i monitoringu – wszystkie czynności realizowane będą według zapisów umowy o wsparciu wykonania zadania; - specjalista ds. rozliczeń finansowych . <p><u>Warunki materialne i przestrzenne:</u></p> <p>Usługi realizowane będą w Lublinie w 4 lokalizacjach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki z łózkami kryzysowymi – lokal do pozyskania z zasobów Miasta Lublin lub wynajęcia na wolnym rynku. 2. Ambulatoryjne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą będzie zlokalizowane w Lublinie przy Drodze Męczenników Majdanka 20 w lokalu o powierzchni 180m2. Znajdą tam swoją siedzibę oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego i poradnia zdrowia psychicznego. 3. Przy ul. Gospodarczej 32, gdzie mieszczą się Środowiskowy Dom Samopomocy „Serce” i Ośrodek Wsparcia „Serce”, siedziba specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz Punkt Informacyjno – Konsultacyjny, świadczone będą usługi związane z rehabilitacją społeczną <p>Dodatkowo w perspektywie koniecznej hospitalizacji niektórych pacjentów będą wykorzystywane na zasadzie umowy ze szpitalem łóżka w całodobowym oddziale psychiatrycznym .</p> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">PROCEDURY OKREŚLONE PRZY REALIZACJI ZADANIA/ USŁUGI</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapeutów obowiązują przepisy wynikające z Ustawy o ochronie danych osobowych; terapeuta ma obowiązek zadbać o komfort i poczucie bezpieczeństwa pacjenta, jak również zmotywować do kontaktowania się z Ośrodkiem Wczesnej Interwencji. 2. Usługi będą realizowane w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, miejscu zamieszkania pacjenta w dniach i godzinach ustalonych wspólnie z pacjentem, jak również w siedzibie placówek świadczących pomoc z zakresu pomocy społecznej i zdrowotnej. 3. Podstawą rozpoczęcia pracy z pacjentem jest uzupełnienie karty zgłoszeniowej do projektu i zawarcie kontraktu pomiędzy koordynatorem i pacjentem. 4. Terapeuta środowiskowy jest zobowiązany do rzetelnego i efektywnego wykonywania czynności związanych z realizacją zadania. 5. Profesjonaliści zatrudnieni w projekcie mają obowiązek podjęcia się pracy leczniczej i terapeutycznej z pacjentem, jak również uzupełnienia obowiązującej dokumentacji do projektu. 6. Wszyscy specjaliści zatrudnieni w projekcie będą wykonywać usługi w sposób uczciwy, nie budzący podejrzeń o stronniczość i interesowność. 7. Terapeucie zabrania się: czerpania korzyści finansowych lub materialnych ze szkodą dla pacjenta lub jego bliskich, przekazywania przez terapeutę osobom nieupoważnionym i bez zgody pacjenta informacji dotyczących pacjenta, w szczególności dotyczących pochodzenia rasowego lub etnicznego, poglądów politycznych, przekonań religijnych lub filozoficznych, przynależności wyznaniowej, partyjnej lub związkowej, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących wskazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. 8. Terapeuta zobowiązany jest do nieujawniania osobom nieuprawnionym informacji uzyskanych w związku ze świadczeniem usług oraz do ochrony danych osobowych pacjenta. 9. Terapeuta zobowiązany jest do natychmiastowego powiadomienia koordynatora projektu o zmianach w sytuacji życiowej pacjenta, a w szczególności o: 1) zgonie pacjenta; 2) stałym lub czasowym opuszczeniu miejsca zamieszkania przez pacjenta; 3) rezygnacji z usług przez pacjenta; 4) innych sytuacjach związanych z zagrożeniem zdrowia lub życia pacjenta. 10. W przypadku, gdy mimo umówionego wcześniej z pacjentem terminu świadczenia usług, występują trudności w dostaniu się do mieszkania pacjenta lub pacjent nie przyjeżdża na umówione spotkanie, terapeuta ma obowiązek zapytania osób zamieszkujących w pobliżu pacjenta (sąsiadów) czy był on widziany i jaka może być przyczyna jego nieobecności. 11. W każdym dniu realizacji usług przez terapeutę, pacjent lub jego opiekun prawny zapisuje na odpowiednim dokumencie wymiar godzin spotkań w danym tygodniu i potwierdza własnoręcznym podpisem. Niedopuszczalne jest podpisywanie dokumentu jednorazowo na początku miesiąca lub na zakończenie miesiąca, bądź jego podrabianie lub przerabianie przez terapeutę. 12. Rozliczenie realizacji usług nastąpi na podstawie wykazu faktycznie wykonanych usług w ramach wymiaru usług, potwierdzonych własnoręcznym podpisem przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">ZASADY MONITORINGU I EWALUACJI REALIZOWANEJ USŁUGI</p> | <p>Terapeuta środowiskowy jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji związanej z udziałem pacjenta w programie m.in. zgodę pacjenta na udział w programie.</p> <p>1. Uzupełnienie dokumentów rekrutacyjnych, terapeuta środowiskowy jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji zawierającej m.in. zgodę pacjenta na udział w programie.</p> <p>Przewidujemy możliwość wykorzystania trzech metodologicznych modeli ewaluacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MODEL S W O T -mocne strony- słabe strony-szanse-zagrozenia • MODEL KLASYCZNY(ocena wyników bezpośrednich i odroczonej) • MODEL TRIANGULACYJNY(ocena programu z punkty widzenia różnych grup odbiorców) <p>W empirycznej analizie ewaluacyjnej wykorzystamy następujące rodzaje pytań:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pytania dotyczące nakładów poniesionych w trakcie realizacji programu, • pytania dotyczące skuteczności środowiskowych oddziaływań leczniczych, • pytania dotyczące efektywności środowiskowych oddziaływań leczniczych. <p>Podstawą procesu oceniania skuteczności realizowanego programu będą trzy rodzaje informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informacje opisowe, dotyczące opisu programu, - informacje porównawcze, dotyczące zmiennych przyjętych jako istotne skutki działania programu zdrowienia, ale bez jednoznacznego opisu ich uwarunkowań, - informacje wyjaśniające, zmierzające do udzielenia odpowiedzi na pytanie: "dlaczego program działa? (Gaś,Z., B., 1994, s. 50) <p>Wśród najważniejszych wskaźników zmiany jakie będzie monitorować i poddawać ewaluacji będą:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów osobowych pacjentów z PD; ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów energetycznych pacjentów z PD; ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów społecznych pacjentów z PD. <p>Wskaźniki (najczęściej empiryczne i definicyjno-inferencyjne) będą pozyskiwane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - od uczestników, realizatorów, twórców i obserwatorów, - z dokumentacji, - z obserwacji (samowiedza, analiza dokumentacji, niezależna obserwacja) <p>Dokładny opis procesu zawiera załącznik 10A- Ewaluacja.</p> |
| <p style="text-align: center;">REGULACJE NADZWYCZAJNE</p> | <p>Należy przyjąć, że w trakcie rekrutacji, a także na dalszych etapach realizacji projektu, mogą wystąpić sytuacje nadzwyczajne, to jest rezygnacja uczestnika bądź powrót do programu; ze względu na zdiagnozowany profil zaburzeń uczestnicy charakteryzują się dużą labilnością emocjonalną, a poziom rotacji może być wysoki.</p> <p>Dlatego właściwym byłoby objęcie pomocą większej liczby uczestników ze względu na przewidywane trudności z utrzymaniem się w programie, dopuszczenie do udziału w programie osób, które skorzystały np. z części usług.</p> |

ZASADY MONITORINGU I EWALUACJI REALIZOWANEJ USŁUGI

Ewaluacja modelu *Wspólnie możemy więcej*

W Polsce psychiatria środowiskowa jest rozwijającą się i zalecaną formą usług w zakresie leczenia psychiatrycznego osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego, dlatego wymaga ciągłego monitoringu i ewaluacji, tym bardziej że przykłady innych krajów wskazują, że w początkowym okresie wdrażania modeli środowiskowych mogą pojawić się zjawiska niekorzystne, np. wzrost przestępstw popełnianych przez osoby chore, bezdomność, uzależnienia (Kandell, 2007).

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

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

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

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

Ewaluacja (od francuskiego evaluation-wartościowanie) to złożony proces oszacowania wartości danego obiektu, zdarzenia, osoby, w tym przypadku programy *Wspólnie możemy więcej*. Ewaluacja omawianego modelu środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych będzie obejmowała oszacowanie wartości, ocenę, analizę w zakresie realizowanych celów(ewaluacja celów), przebiegu programu(ewaluacja procesu realizacji programu) oraz oszacowanie wartości uzyskanych wyników bezpośrednich i odroczonej(ewaluacja wyników).

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

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

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

W naszych założeniach metodologicznych ewaluacja nie będzie sposobem udowadniania sukcesu, ale szansą na lepsze zrozumienie istoty sukcesów i ewentualnych niepowodzeń wdrażanego programu. Zakładamy, że ewaluacja, prowadzona na różnych etapach realizacji programu, pomoże nam zrozumieć, zweryfikować i usprawnić wpływ różnych form oddziaływań środowiskowych na jego uczestników. Da nam szansę na weryfikację istoty poszczególnych działań programowych. Usprawni racjonalizację i obiektywizację myślenia i działania autorów i realizatorów programu. Umożliwi dokonanie porównań między różnymi modelami środowiskowego leczenia zaburzeń psychicznych, w celu wybierania programów bardziej skutecznych i eliminowania mniej skutecznych oraz, co podkreśla Z., B Gaś (2003, s. 40) przyczyni się do wzrostu odpowiedzialności twórców i realizatorów za jakość programu i jego wyniki. Tym bardziej, że spodziewamy się efektu Hawthorne, w myśl którego zapał i entuzjizm zespołu w pierwszym okresie pracy przyczynia się do polepszenia wyników leczenia.

Przewidujemy możliwość wykorzystania trzech metodologicznych modeli ewaluacji:

- MODEL S W O T -mocne strony- słabe strony-szanse-zagrozenia
- MODEL KLASYCZNY(ocena wyników bezpośrednich i odroczonech)
- MODEL TRIANGULACYJNY(ocena programu z punkty widzenia różnych grup odbiorców)

W empirycznej analizie ewaluacyjnej wykorzystamy następujące rodzaje pytań:

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

Podstawą procesu oceniania skuteczności realizowanego programu będą trzy rodzaje informacji:

- **informacje opisowe**, dotyczące opisu programu,
- **informacje porównawcze**, dotyczące zmiennych przyjętych jako istotne skutki działania programu zdrowienia, ale bez jednoznacznego opisu ich uwarunkowań,
- **informacje wyjaśniające**, zmierzające do udzielenia odpowiedzi na pytanie: "dlaczego program działa? (Gaś,Z., B., 1994, s. 50)

Wśród najważniejszych wskaźników zmiany należy wymienić:

- ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów osobowych;
- ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów energetycznych;
- ✓ Wskaźniki zmiany w zakresie zasobów społecznych.

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

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

Narzędzia do ewaluacji efektywności produktu, jego potencjału, skuteczności i przydatności stanowi ważne ogniwo w procesie przepływu informacji między szeroko rozumianą praktyką społeczną a psychologią jako nauką (Brzeziński, Kowalik, 1993).

Założenia wstępne

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

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

W trakcie wstępnego wywiadu trudno jest zidentyfikować aktywne objawy zaburzeń psychicznych, ponieważ kliniczna ekspresja objawów uzależnienia od narkotyków jest bardzo podobna do objawów zaburzeń psychicznych (Kandel, 2007, s.732).

Zdaniem I. Kandela (2007, s.732) do postawienia podwójnej diagnozy jednorazowe badanie jest niewystarczające. Konieczne jest zdobycie dotychczasowej historii medycznej pacjenta z miejsc, w których był uprzednio leczony. Tak więc proces diagnozowania powinien obejmować określoną liczbę spotkań i pozwolić na zdobycie informacji uzupełniających dane uzyskane od pacjenta.

Także procedury diagnostyczne służące identyfikacji takich chorych nie zostały jeszcze rozwinięte, ponieważ w każdym z tych obszarów (psychiatrii lub nadużywania substancji) lekarze często nie są w stanie uzyskać od pacjenta pełnych informacji potwierdzających dodatkową diagnozę (Kandel, 2007, s. 732).

Katarzyna Przyłuska-Urbanowicz (za Meder, Kałwa, Rosenfeld, 2006, s. 39) psychoterapeutka, uważa że: *na początku trudno je zidentyfikować, a jeszcze trudniej oszacować wpływ uzależnienia na intensywność i dynamikę choroby psychicznej (lub odwrotnie: wpływ tej choroby na uzależnienie). Objawy zaburzenia afektywnego mogą być na przykład łagodzone przez alkohol i stawać się bardziej wyraziste dopiero w czasie abstynencji. Depresja może być błędnie uznana przez osobę diagnozującą jako nieodłączny symptom cyklu odurzenie–odstawienie. Łatwo jednak wyobrazić sobie też sytuację odwrotną, gdy uzależnienie (łącznie ze stanem abstynencyjnym) upodabnia się do zaburzenia psychicznego.*

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

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

Kolejny krok, czyli ustalenie złożonego nieraz związku między dwoma zaburzeniami, to zadanie szczególnie trudne, wymagające wnikliwości, cierpliwości i indywidualnego potraktowania każdego chorego. W przypadku współwystępowania uzależnienia czy nadużywania alkoholu z zaburzeniami afektywnymi zwykle dochodzi do nakładania się, przenikania lub innej formy interakcji przyczyn,

patomechanizmów i objawów obu schorzeń. Zarówno ryzykowne zachowania związane ze spożywaniem alkoholu mogą stanowić czynnik inicjujący zaburzenie psychiczne, jak i zaburzenie psychiczne – z uwagi na skalę związanego z nim cierpienia – może skutkować szukaniem ucieczki w alkoholu i ułatwiać uzależnienie. Zjawiska te mogą też być niezależne przyczynowo (http://www.swiatproblemow.pl/2013_06_2.html).

Identyfikacja używanej substancji może opierać się na informacjach z wywiadu od pacjenta, danych obiektywnych albo na innych przesłankach. Zalecane jest rozpoznawanie zawsze na podstawie więcej niż jednego z powyższych źródeł (Puzyński, Wciórka, 2000).

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

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

W procesie diagnozowania warto pamiętać, że współzachorowalność jest zjawiskiem interaktywnym, w którym osoba chora psychicznie nie jest w grupie wysokiego ryzyka rozwoju uzależnienia, a osoba uzależniona jest w grupie wysokiego ryzyka rozwoju choroby psychicznej (Psychiatria, tom 3, nr 4, 154–159, Via Medica, 2006).

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

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

Ocenę kliniczną przeprowadza się prostym narzędziem przesiewowym do badania uzależnienia od alkoholu jest kwestionariusz CAGE. Odpowiedź twierdząca na co najmniej dwa pytania kwestionariusza oznacza wynik pozytywny. Nakazuje to przeprowadzenie dokładnego badania w celu

ustalenia kryteriów diagnostycznych zespołu uzależnienia od alkoholu. Innym narzędziem jest test wykrywania zaburzeń używania alkoholu (The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT), przygotowywany przez Światową Organizację Zdrowia, używany coraz częściej w różnych działach opieki zdrowotnej. Zawiera m.in. 10 pytań dotyczących problemów związanych z piciem: trzy pytania dotyczą częstości picia i ilość wypijanego alkoholu, cztery koncentrują się na szkodliwym używaniu alkoholu i trzy pytania odnoszą się do uzależnienia od alkoholu. Wypełnienie testu trwa 3 minuty. Podczas badania przedmiotowego nie można zapominać o ostrych i przewlekłych skutkach działania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych. Należy też zwrócić szczególną uwagę na:

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

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

ETAPY DIGNOZY:

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

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

Podczas przeprowadzania wywiadu i stawiania diagnozy konieczne jest podjęcie próby oceny związku pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych a psychopatologią. Może to być niełatwe nie tylko z uwagi na praktyczne trudności stwierdzenia, czy pacjent jest uzależniony, ale także z powodu trudności w ocenie, czy jest wolny od wpływu używki, czy też

osiągnął właśnie koniec syndromu fizycznej detoksykacji. Możemy mieć do czynienia z sytuacją, w której nadużywanie substancji psychoaktywnej poczyniło nieodwracalne szkody psychiczne. Do kwestii tej należy odnieść się, uwzględniając różne kategorie zdrowia psychicznego.

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

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

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

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

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

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

Standardy metodologiczne w diagnozie psychologicznej osób z współzachorowalnością

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

W przypadku osób z podwójną diagnozą chodzi tu, między innymi, o ustalenie możliwie wszystkich czynników wpływających na ich funkcjonowanie, niezależnie od stopnia zawansowania problemów psychicznych i związanych z uzależnieniem. Istotne jest też określenie znaczenia wpływów

środowiskowych, społecznych, ekonomicznych, somatycznych na aktualny stan zdrowia psychicznego osoby badanej.

Diagnozowanie w psychologii klinicznej, wychowawczej, społecznej, rewalidacyjnej, sądowej, penitencjarnej, resocjalizacyjnej można określić jako proces aktywnego poszukiwania danych potrzebnych do podjęcia decyzji o działaniach zmierzających do zmiany aktualnego stanu psychospołecznego człowieka (Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

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

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

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

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

- **funkcję orzekającą** (ocenia osobowość badanego, stopień dysfunkcji rozwojowych, specyfikę zachowania, wpływ okoliczności, czynników środowiskowych, społecznych i sytuacyjnych na realizację zadań osobistych, rodzinnych, szkolnych, zawodowych, na zachowanie w konkretnych sytuacjach, na występowanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych);
- **funkcję ukierunkowującą** działania psychoedukacyjne i terapeutyczne;
- **funkcję ewaluatywną** (weryfikowanie prawidłowości rozpoznania i efektywności oddziaływań psychologicznych i społecznych)(Paluchowski, 1991, 1995,2007).

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

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

- **diagnoza nozologiczna** (różnicowa) - oparta jest na podejściu medycznym. Polega na rozpoznaniu i integrowaniu pewnej liczby symptomów w sferze somatycznej, psychicznej i behawioralnej. Jej celem jest wybór jednej z możliwych jednostek nozologicznych i przypisanie jej badanemu.
- **diagnoza funkcjonalna** - obejmuje nie tylko opis i klasyfikację zaburzeń, ale rozpoznaje mechanizmy i patomechanizmy ich powstawania oraz ustala na jakich właściwościach

i procesach psychicznych można się oprzeć w postępowaniu psychoedukacyjnym czy terapeutycznym.

- **diagnoza interakcyjna** - podkreśla jakość relacji między badanym a środowiskiem społecznym. Jest próbą wspólnego zdefiniowania problemu i ustalenia wspólnych dróg jego rozwiązania. W proces diagnozowania włączone jest aktywnie środowisko społeczne badanej osoby (rodzice, nauczyciele, przyjaciele). Taka diagnoza zawiera szczegółowy opis sytuacji rodzinnej, szkolnej, rówieśniczej, zawodowej oraz przebieg procesu socjalizacji i wychowania (kryzysy, sytuacje typowe i nietypowe).
- **systemowy model diagnozy** - zakłada, że nie można zrozumieć problemów osoby diagnozowanej bez poznania praw regulujących działanie całego systemu, w którym funkcjonuje (np. rodziny, środowiska szkolnego, rówieśniczego, zawodowego, lokalnego). Stanowi uzupełnienie diagnozy interakcyjnej (Brzeziński, Kowalik, 1991, Brzeziński, Toeplitz-Wiśniewska, 2004, Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

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

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

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

Najważniejszym postulatem diagnozy psychologicznej na rzecz osób chorych psychicznie i uzależnionych jest konieczność jak najbardziej **bezstronnego i obiektywnego spojrzenia** na osobę badaną, niezależnie od stopnia jej degradacji psychicznej czy fizycznej, jej zachowania i osobowości. Postulat ten wynika z założeń dotyczących **indywidualizacji w postępowaniu diagnostycznym** i podkreśla, iż nigdy nie mamy do czynienia z „czystym typem zaburzeń zachowania i/lub osobowości”, że nie możemy uogólniać objawów, ponieważ każda z diagnozowanych osób jest inna, inaczej reaguje, przejawia zróżnicowane formy nieadekwatności, a doświadczanie przez nią problemy rozwojowe, adaptacyjne, społeczne mają wiele, zróżnicowanych przejawów.

W zasadzie indywidualizacji eksponowana jest potrzeba uwzględnienia wielości czynników etiologicznych oraz obszarów, stopnia i jakości funkcjonowania osobowości osoby badanej, jej

deficytów a także potencjałów. Ważne przy tym jest, aby operacyjne cele diagnozy psychologicznej osób z współzachorowalnością sformułowane były w postaci czynnościowej, określającej zadania jakie ma wykonać psycholog oraz czynności i zadania jakie ma wykonać osoba badana lub w jakich ma uczestniczyć. Założenie to zakłada także indywidualizację w opisie i wyjaśnianiu mechanizmów i patomechanizmów dysfunkcji rozwojowych osoby badanej.

Postulat indywidualizacji w podejściu psychologicznym, uwzględnia :

- specyfikę problemów, dysfunkcji i zaburzeń psychicznych osoby badanej;
- stan zdrowia psychosomatycznego przed i w chwili wykonywania diagnozy;
- osobowość;
- kontekst społeczny i sytuacyjny osoby badanej;
- prognozę rozwojową, perspektywiczną analizę danych (Brzeziński, Kowalik, 1991, Brzeziński, 1993, Fajkowska, Drat-Ruszczak, Marszał-Wiśniewska, 2004, Paluchowski, 1991, 1995, 2007, Sokolik, 1991, Tyszkowa, 1981).

W rezultacie powyższych rozważań należy podkreślić, że obiektywna, rzetelna i trafna diagnoza stanowi podstawowy warunek zwiększenia efektywności przedsięwzięć profilaktycznych i terapeutycznych podejmowanych wobec osób chorych psychicznie i uzależnionych. Chodzi nam o wzrost znaczenia efektywności wydawanych opinii psychologicznych, tak aby stymulowały one konstruktywne zmiany w osobowości i zachowaniu osoby badanej a nie etykietowały i ograniczały jego możliwości życiowe jako osoby chorej psychicznie i uzależnionej od środków psychoaktywnych. Mamy nadzieję, że program *Wspólnie możemy więcej* dostarczy okazji do doskonalenia kompetencji zawodowych psychologów zaangażowanych w proces diagnostyczny oraz wskaże przydatność opinii psychologicznych w zrozumieniu problemów pacjenta oraz w projektowaniu skutecznych oddziaływań psychoedukacyjnych i terapeutycznych.

Kolejną zasadniczą kwestią diagnostyczną jest określenie celu diagnozy w kategoriach czyj to jest cel: instytucji, jaką jest szpital czy poradnia zdrowia psychicznego czy osoby, która oczekuje wsparcia, pomocy, interwencji?

Wśród standardów metodologicznych najważniejszy odnosi się do wszechstronnej, opartej na zróżnicowanych podejściach teoretycznych i koncepcjach psychologicznych diagnozy problemów badanego. Dlatego w podstawach teoretycznych diagnozy psychologicznej osób z współzachorowalnością proponujemy stosowanie czterech podejść wyjaśniających istotę określonych zachowań i dysfunkcji. Są to podejście psychodynamiczne, behawioralno-poznawcze, humanistyczno-egzystencjalne i systemowe (Brzeziński, Kowalik, 1991, Brzeziński, 1993, Fajkowska, Drat-Ruszczak, Marszał-Wiśniewska, 2004, Paluchowski, 1991, 1995, 2007, Sokolik, 1991, Tyszkowa, 1981).

Według podejścia psychodynamicznego podstawą dysfunkcji psychicznych i związanych z nimi zaburzeń zachowania są doświadczenia pochodzące ze wczesnego dzieciństwa, związane przede wszystkim z deprivacją podstawowych potrzeb jednostki. Podejście behawioralno-poznawcze przyjmuje, że zarówno pojawienie się dysfunkcji, jak i eliminowanie zaburzeń dokonuje się na podstawie prawidłowości rządzących procesem uczenia się i nabywania określonych zachowań. Z kolei podejście humanistyczno-egzystencjalne uznaje, że podstawą dysfunkcji jest zablokowanie możliwości rozwojowych, zaś eliminowanie dysfunkcji dokonuje się przez odblokowanie rozwoju osobowości w tym poprzez doświadczenie poczucia własnej tożsamości oraz poprzez klaryfikację systemu wartości i podejmowanie odpowiedzialności za własne życie. Natomiast zwolennicy podejścia systemowego

dowodzą, że przyczyną dysfunkcji są wadliwe interakcje międzyludzkie, a drogą do eliminowania zaburzeń jest restrukturalizacja owych interakcji w wymiarze mikro- i makrospołecznym.

Uwzględniając merytoryczne wskazania płynące z powyższych koncepcji, uzasadnionym wydaje się takie postępowanie diagnostyczne, w którym staramy się jak **najszerzej zaprezentować i uzasadnić istotę problemów psychicznych diagnozowanej osoby, opisując je z różnych punktów widzenia**. Ten swoisty eklektyzm merytoryczny znajdzie potem swoje uzasadnienie w holistycznym i wielowymiarowym postępowaniu diagnostycznym.

Diagnoza psychologiczna osobowości i zachowania osób chorych psychicznie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych powinna realizować zasadniczy cel poznawczy tj. **dokładnie opisywać ich cechy psychiczne**. Diagnoza powinna dawać pełny obraz osobowości, uwypuklając te elementy, które wykazują "chwilowe" lub "trwałe" dysfunkcje. Tu powinniśmy pamiętać, że większość opinii i diagnoz psychologicznych ma charakter czasowy. Oznacza, to że mogą być w nich ujmowane elementy przemijające, które w czasie przeprowadzania badania były ostro zaakcentowane, a które mogą ulec przemianom, przebudowie, reorganizacji czy zmianom w wyniku rozwoju choroby czy uzależnienia (np. rodzaj kontroli emocjonalnej, styl zaspokożenia potrzeb, stosowane mechanizmy obronne, styl radzenia sobie ze stresem, osiągnięcia w nauce, przejawy zachowań nieprawidłowych, strategie adaptacyjne, itp.).

Opis cech psychicznych pacjentów programu *Wspólnie możemy więcej* powinien uwzględniać jego zalety i wady, potencjały rozwojowe oraz predyspozycje o charakterze blokującym i zaburzającym zachowanie. W standardach metodologicznych wyraźnie podkreśla się fakt, iż każdy człowiek posiada określone zdolności a ich jakość i nasilenie powinny stanowić przedmiot wnikliwej diagnozy specjalistycznej.

W badaniu i postępowaniu psychologicznym należy uwzględnić **specyfikę osoby badanej**: uzależnionej od substancji psychoaktywnych, obciążonej psychiatrycznie, z zaburzeniami osobowości i zachowania, z zaburzeniami w zakresie funkcjonowania CUN. Postulat ten wiąże się ze wspomnianą wcześniej indywidualizacją (Brzeziński, Kowalik, 1991, Brzeziński, 1993, Fajkowska, Drat-Ruszczak, Marszał-Wiśniewska, 2004, Paluchowski, 1991, 1995, 2007, Sokolik, 1991, Tyszkowa, 1981).

Uważamy, że poprawna metodologicznie diagnoza psychologiczna wykonana w ramach opisywanego projektu powinna **wyjaśniać mechanizmy leżące u podstawy wykrytych dysfunkcji** psychicznych, a przede wszystkim wskazać na przyczyny predyspozycyjne i motywacyjne zaburzeń zachowania i funkcjonowania psychicznego.

W popularnych obecnie podziałach czynników i mechanizmów dysfunkcyjnych, w przypadku osób z podwójną diagnozą, uwzględnia się najczęściej: czynniki socjokulturowe, biopsychiczne i sytuacyjne. Coraz częściej pojawiają się też rozważania systemowe, które wskazują na zróżnicowane grupy czynników, w tym takie jak niezdrowy styl życia matki w czasie ciąży czy zagrożenia cywilizacyjne.

Zasadniczym celem diagnozy psychologicznej, realizowanej w omawianym programie, jest **sprecyzowanie zaleceń dla podejmowanych działań terapeutycznych**, przy czym należałoby tu zwrócić szczególną uwagę na te cechy osobowości badanego, które mogą stanowić punkt zaczepienia w procesie zdrowienia. Chodzi tu o takie planowanie interwencji osobowościowo-sytuacyjnych, które uwzględniają te sytuacje oraz wpływy społeczne i indywidualne, które stymulują rozwój i funkcjonowanie osoby badanej w rolach osobistych, rodzinnych i szkolnych, zawodowych (Brzeziński, Kowalik, 1991, Paluchowski, 1991, 1995, 2007, Sokolik, 1991, Tyszkowa, 1981).

Znaczącym determinantem wskazań i zaleceń terapeutycznych jest możliwość osiągnięcia pożądaných celów. Dlatego kompleksowe postępowanie diagnostyczne powinno dostarczyć rzetelnych informacji na ten temat, takich które pozwalają ukierunkować osobę badaną na te cele, które wynikają z jej możliwości a nie z możliwości systemu społecznego. Dlatego **diagnoza psychologiczna z udziałem osób chorych psychicznie powinna mieć charakter kompleksowy (całościowy, holistyczny)** i obejmować zmienne charakteryzujące sferę poznawczo-intelektualną (cechy spostrzegania, uwagi, pamięci, procesów myślenia i uczenia się), sferę emocjonalno- motywacyjną (neurotyczność, ekstra-introwersja, dominacja-submisja, poczucie winy, poczucie odpowiedzialności, samoocena, stan zaspokojenia potrzeb poznawczych i zależnościowych, empatia, poczucie kontroli, poziom odporności na stres, temperament, zdolności, poziom reaktywności) oraz sferę społeczną (internalizacja norm, stosunek wobec otoczenia, podatność na wpływy otoczenia w tym reakcje na presję rówieśniczą, tendencje do zachowań agresywnych, percepcja więzi rodzinnych i koleżeńskich, funkcjonowanie w rolach społecznych, identyfikacja z płcią i rolę związaną z płcią).

W podejściu **holistycznym** podkreśla się, iż dla postawienia prawidłowej diagnozy, konieczne jest postępowanie wielopłaszczyznowe, uwzględniające:

- obraz psychologiczny funkcjonowania badanej osoby;
- poziom intelektualny i ewentualną obecność fragmentarycznych deficytów poznawczych;
- stan somatyczny;
- funkcjonowanie w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym, zawodowym(Tyszkowa, 1981).

Zgodnie z podejściem holistycznym(systemowym) w opisie predyspozycji psychicznych badanej osoby należy uwzględnić trzy podstawowe procesy dynamiczne:

- wyrównywanie (centryzacja), czyli przywracanie równowagi energetycznej;
- samourzeczywistnianie (samorealizacja);
- tendencje do równoważenia interakcji ze środowiskiem(Paluchowski, 1991, 1995, 2007).

Procesy te zachodzą jednocześnie wpływając na cały organizm, dlatego z podejściem systemowym w diagnozie wiążą się następujące postulaty:

- położenie nacisku na jedność, integralność i spójność osobowości w jej opisie;
- przyjęcie założenia, że jednostka jest motywowana przez konkretny motyw, a nie przez wiele różnych motywów (tzw. paradygmat celu);
- uwzględnianie, chociaż nie przecenianie wpływu środowiskowego(optimistyczne założenie, że człowiek jest systemem otwartym);
- postulowanie badania jednostki zamiast diagnozy izolowanych procesów czy funkcji psychologicznych(np. tylko intelekt)(Brzeziński, 1993, Paluchowski, 1991, 1995, 2007,Sokolik, 1991).

Zgodnie z powyższym istotne jest poznanie wielu form aktywności życiowej osoby badanej (niezależnie od stopnia zawansowania choroby psychicznej i/lub uzależnienia) i sposobów jej funkcjonowania w różnych obszarach a także ich jakościowego wpływu na zachowanie w konkretnych okolicznościach. Chodzi o takie obszary jak: życie rodzinne, rówieśnicze, szkolne i/lub zawodowe,

towarzyskie, społeczne, kulturalne, religijne. Istotne znaczenie diagnostyczne ma wiedza o postępach czynionych przez osobę badaną w trakcie udziału w programie, o jej mocnych słabych stronach w zakresie funkcjonowania w różnych rolach i zadaniach, o jej postawach, aspiracjach, zdolnościach i zainteresowaniach, systemie wartości.

Diagnoza psychologiczna jest wówczas wartościowa, gdy zastosowane w niej narzędzia mają **wysokie walory psychometryczne**, trafność diagnostyczną i prognostyczną, rzetelność, są wystandaryzowane i znormalizowane na populacji polskiej oraz posiadają aktualne normy wiekowe. Rzetelność to stałość pomiaru, czyli stopień w jakim przy powtórnym zastosowaniu tego samego narzędzia uzyskujemy te same wyniki. Mówiąc o trafności mamy na myśli użyteczność narzędzia, jego przydatność do celów, dla których zostało skonstruowane.

Wśród wskaźników psychometrycznych należy podkreślić znaczenie wyników znormalizowanych i tzw. przedziału ufności dla wyniku prawdziwego. Są to ważne wskaźniki, które mają charakter prognostyczny a więc powinny być uwzględnione w koncepcjach działań terapeutycznych (Anastasi, Urbina, 1999, Paluchowski, 1995, 2007).

Sporządzenie rzetelnej diagnozy psychologicznej jest możliwe wówczas, gdy psycholog ma wgląd w dokumentację dotyczącą osoby badanej, **dostęp do informacji pochodzących z różnych źródeł i z różnego okresu czasu oraz możliwość zastosowania zróżnicowanych technik i narzędzi diagnostycznych.**

W przypadku pacjentów z podwójną diagnozą trudności w realizacji jednego z powyższych warunków powodują niepewność diagnostyczną, wzmacnianą dodatkowo takimi czynnikami jak:

- zbyt krótki lub zbyt długi czas pozyskiwania informacji o osobie badanej;
- brak pewnych źródeł informacji;
- niedostatki narzędzi diagnostycznych, np. do badania osobowości osób chorych psychicznie czy uzależnionych;
- niedostatki nauki (brak wiedzy o problemach osób z podwójną diagnozą).

Mając na celu dobro osoby badanej, warto pamiętać, że diagnoza **nie powinna być aktem jednorazowym i powinna być dokonywana wielokrotnie**. Zalecane jest stosowanie narzędzi diagnostycznych, które posiadają polskie standaryzacje i normalizacje. Testy psychologiczne powinny być stosowane zgodnie z etyką obowiązującą w zawodzie psychologa (Anastasi, Urbina, 1999, Brzeziński, Toeplitz-Wiśniewska, 2004, Paluchowski, 1995, 2007).

Techniki i narzędzia diagnostyczne zalecane w postępowaniu diagnostycznym wobec osób z współzachorowalnością:

- techniki diagnostyczne: rozmowa kierowana, wywiad kliniczny z osobą badaną i o badanej osobie, obserwacja w różnych warunkach i sytuacjach życiowych.
- w diagnozie sfery poznawczo-intelektualnej: WAIS-R(PL), Test Matryc Ravena w wersji Standard(forma klasyczna), Bateria Testów APIS-P, Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitiera, Rysunkowy Test Twórczego Myślenia, Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia, Test Porównywania Znanych Kształtów (MFF) J. Kagana, Test Rozwoju Percepcji Wzrokowej, Test Sortowania Kart z Wisconsin(WCST), Test Układania Figur(TUF), Neutralny Kulturowo Test Cattella CFT-20(R).

- w diagnozie sfery emocjonalno-motywacyjnej i osobowości: Test Barwnych Piramid (TPB) R. Heissa i P. Haldera, Kwestionariusz Radzenia sobie ze stresem CISS, Inwentarz Stanu i Cech Leku STAI.
- w diagnozie osobowości szczególnie przydatne wydają się techniki projekcyjne: Test Piramid Barwnych (TPB), Test Drzewa Ch. Kocha, Test Rorschacha, Test Szondiego- Eksperymentalna Diagnostyka Potrzeb (SZONDI), Rysunek Rodziny, Kwestionariusz Zdań Niedokończonych J. Rottera RBEIS.
- w diagnozie neuropsychologicznej: Diagnozowanie Uszkodzeń Mózgu (DUM), Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Test Figury Złożonej Reya, Test Płynności Figuralnej Ruffa(RFFT), Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt L. Bender.

W diagnozie psychologicznej osób chorych psychicznie wskazane jest stosowanie technik standaryzowanych w połączeniu z narzędziami niestandaryzowanymi (samodzielnie skonstruowanymi). Dzieje się tak dlatego, że silną stroną technik standaryzowanych jest to, iż spełniają wymogi poprawności psychometrycznej, ale ich słabą stroną jest fakt, iż nie zawsze są adekwatne do pomiaru wybranych cech analizowanego problemu. Natomiast w przypadku technik swobodnych ich zaletą jest to, że są dostosowane do potrzeb diagnostycznych, ale brak im pełnego opracowania psychometrycznego (nie znana jest ich wartość diagnostyczna). Dlatego sensownym rozwiązaniem jest wykorzystanie w diagnozie psychologicznej na rzecz orzecznictwa sądowego obu tych rodzajów narzędzi diagnostycznych.

Poniżej zawarto opis rekomendowanych i wykorzystywanych w projekcie narzędzi diagnostycznych. Podzielono je na te stosowane wobec pacjentów bazujące na ich samowiedzy i samoopsie. Wskazano także narzędzia do badania członków rodziny pacjenta oraz przeznaczone psychologów, głównie w postaci wywiadów klinicznych.

Rekomendowane narzędzia diagnostyczne

NARZĘDZIA DLA PACJENTÓW- SAMOOPIS

Diagnoza sfery poznawczej i intelektualnej

- **Test Sortowania Kart z Wisconsin Roberta K. Heatona, Gordona J. Chelueny'a, Jacka L. Talleya, Gary'ego G. Kaya, Glenna Curtissa**

WCST został opracowany przez Berga w 1948 roku na uniwersytecie Wisconsin, w celu pomiaru myślenia abstrakcyjnego, rozumowania i giętkości nastawienia. Ogólnie jest to narzędzie służące do pomiaru funkcji wykonawczych rozumianych jako procesy nadzorcze, kontrolujące i kierujące aktywnością poznawczą człowieka.

WCST jest metodą służącą do badania zarówno osób zdrowych jak i z zaburzeniami neurologicznymi w wieku od 20 do 79 roku życia, kobiet jak i mężczyzn. W trakcie normalizacji wyodrębniono również grupę osób, w pełni aktywności zawodowej, obejmującej wiek od 21 do 54 roku życia.

Polska normalizacja WCST z 2000 roku obejmuje osoby zdrowe od 20 do 79 roku życia. Ze względu na brak istotnych statystycznie różnic normy ustalono dla obydwu płci razem. WCST jest narzędziem diagnostycznym, które stosuje się do badań indywidualnych ze względu na procedurę zapisu wyników osoby badanej (Jaworowska, 2002).

Pomoce WCST składają się z dwóch takich samych talii kart odpowiedzi (każda talia zawiera 64 karty), czterech kart wzorcowych i arkusza zapisu. Na kartach wzorcowych widnieją: jeden czerwony trójkąt, dwie zielone gwiazdki, trzy żółte krzyżyki i cztery niebieskie koła. Każda talia składa się z 64 kart odpowiedzi, na których są figury różniące się barwą (czerwona, niebieska, zielona, żółta), kształtem (trójkąty, gwiazdki, krzyżyki, koła) i liczbą (jedna, dwie, trzy, cztery). Każda karta odpowiedzi może być dopasowana do karty wzorcowej pod względem jednego, dwóch lub trzech wyżej wymienionych kategorii. Każda karta ma przypisany kolejny numer (na odwrocie); ma to służyć zachowaniu standardowego porządku ułożenia kart w talii.

Procedura badawcza jest „przyjazna” osobom o różnym poziomie funkcjonowania intelektualnego. Jest to test wykonaniowy polegający na rozkładaniu kart. Na wstępie umieszcza się przed badanym, od jego lewej strony, cztery karty wzorcowe (z jednym czerwonym trójkątem, dwoma zielonymi gwiazdkami, trzema żółtymi krzyżykami i czterema niebieskimi kołami). Następnie wręcza się badanemu pierwszą talię kart zaznaczając, iż każdą kolejną kartę z talii należy dopasować do jednej z czterech kart wzorcowych- do tej, do której ona jego zdaniem pasuje. Po dopasowaniu przez badanego karty, badający informuje go czy dopasował dobrze czy źle, ale nigdy nie mówi mu, jaka jest poprawna reguła sortowania.

Pierwszym kryterium sortowania jest Barwa. Gdy badany 10 razy z rzędu dokona poprawnego dopasowania, to badający bez zapowiedzi zmienia kryterium na Kształt a następnie na Liczbę i znowu na Barwę, Kształt i Liczbę. Za każdym razem badany sam musi odkryć regułę sortowania, wykorzystując informacje zwrotne o poprawności wykonania. Badanie kończy się, gdy badany poprawnie poukłada karty według kolejnych sześciu kryteriów lub, gdy wykorzysta wszystkie karty z obydwu talii.

Badanie powinno odbywać się w spokojnym, dobrze oświetlonym pomieszczeniu. Potrzebny jest stół oraz dwa krzesła. Badany powinien tak zapisywać odpowiedzi na arkuszu, by badany tego nie widział i żeby przechodzenie od jednego kryterium do kolejnego było płynne i niezauważalne dla badanego.

Po zakończeniu badania można obliczyć 16 różnych wskaźników funkcjonowania intelektualnego osoby badanej. Dwa z nich służą wyłącznie do obliczania innych wskaźników i same nie podlegają interpretacji (Liczba Przeprowadzonych Prób, Liczba Poprawnych Ogółem). Kolejne cztery wskaźniki mają zastosowanie tylko do analiz badawczych, a nie klinicznych (Procent Błędów, Procent Odpowiedzi Perseweracyjnych, Procent Błędów Nieperseweracyjnych, Odpowiedzi Pojęciowe). Dla pozostałych wskaźników opracowano normy centylowe a dla sześciu również normy w postaci wyników standaryzowanych ($M=100$, $SD=15$):

- Liczba Błędów Ogółem,
- Odpowiedzi Perseweracyjne,
- Błędy Perseweracyjne,
- Procent Błędów Perseweracyjnych,
- Błędy Nieperseweracyjne,
- Procent Odpowiedzi Pojęciowych
- Liczba Zaliczonych Kategorii,
- Próby Przeprowadzone do Momentu Zaliczenia Pierwszej Kategorii,
- Porażka w Utrzymaniu Nastawienia,
- Uczenie się Uczenia (Jaworowska, 2002).

Rzetelność WCST oceniono na podstawie szacowania stabilności bezwzględnej oraz zgodności ocen sędziów. Na podstawie analizy współczynników stabilności: korelacji r Pearsona i R Spearmana między wynikami surowymi pierwszego i drugiego badania, uzyskano zróżnicowanie ze względu na rodzaj wskaźnika jak i wiek badanej grupy. Brak związku najczęściej zaobserwowano w przypadku Porażki w Utrzymaniu Nastawienia w trzech na cztery grupy oraz w jednej z czterech grup nieistotnie statystycznie okazały się wyniki w Uczeniu się Uczenia oraz Próbach Przeprowadzonych do Momentu Zaliczenia Pierwszej Kategorii. Jeśli chodzi o pozostałe wskaźniki, to korelacja waha się od 0,42 do 0,85. W zakresie uzyskanych wyników z ocen sędziów kompetentnych uzyskano bardzo wysoką zgodność między nimi. Dla sześciu wskaźników (Liczba Błędów Ogółem, Odpowiedzi Perseweracyjne, Błędy Perseweracyjne, Procent Błędów Perseweracyjnych, Liczba Zaliczonych Kategorii i Próby Przeprowadzone do momentu Zaliczenia Pierwszej Kategorii) współczynnik zgodności W Kendalla we wszystkich grupach wieku był równy 1,0. Zgodność pozostałych wskaźników waha się od 0,96 do 0,99.

Podsumowując można stwierdzić, iż przy krótkim odstępie czasu (około miesiąc) między badaniami, wyniki charakteryzują się zadowalającą stabilnością (szczególnie wśród osób starszych) oraz można z bardzo dużym prawdopodobieństwem wykluczyć działanie czynnika subiektywnego w ocenianiu rezultatów badania.

Trafność WCST obliczono poprzez korelację z testami inteligencji oraz testami badającymi lęk i inteligencję emocjonalną, co pozwala na wnioskowanie o trafności teoretycznej tego testu. Spośród wszystkich wskaźników tylko wskaźnik Porażka w Utrzymaniu Nastawienia okazał się nietrafny. Za trafnością pozostałych miar funkcjonowania intelektualnego przemawia korelowanie z wynikami testów inteligencji, gdzie współczynnik korelacji nie przekracza 0,5 i wskazuje, że im wyższy wynik w teście inteligencji oraz wyższe wykształcenie tym lepsze wykonanie WCST. Wyraźny związek również zauważa się z wiekiem, starsi badani uzyskują istotnie niższe wyniki niż młodszy (wyniki osób starszych należy interpretować z dużą miarą ostrożności (Jaworowska, 2002).

Diagnoza sfery osobowościowej

✓ **Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC – 29 A. Antonovsky,ego**

Do badania poczucia koherencji pacjentów z podwójną diagnozą rekomendujemy kwestionariusz opracowany przez A. Antonovsky,ego w 1993r. The Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29). Składa się on z 29 pytań, z których 11 dotyczy zrozumiałości, 10 obejmujących sterowalność i 8 sensowność. Odpowiedzi na nie badani udzielają korzystając z 7 punktowej skali.

Kwestionariusz charakteryzuje się zadawalającymi parametrami psychometrycznymi. Współczynnik wewnętrznej zgodności narzędzia mierzony alfa Cronbacha wynosił, w 26 różnych badaniach, od 0.82 do 0.95. Autor podkreśla wysoką rzetelność narzędzia, którą oceniono metodą test – retest prowadzoną na różnych grupach i w różnych odstępach czasu z rezultatem od 0.91 (przerwa 2 tygodnie) 0.52 (przerwa jeden rok) i 0.41 (przerwa 2 lata). Trafność teoretyczną oceniano przez uwzględniając szereg kryteriów, odwołujących się do założeń teoretycznych, dobór itemów.

Antonovsky oceniał również narzędzie przeprowadzając procedurę korelacyjną z innymi narzędziami do badania poczucia koherencji zbudowanymi w oparciu o jego założenia teoretyczne, otrzymując wyniki wahające się od 0.64 do 0.72. Liczne badania potwierdziły też korelację SOC z lękiem (od 0.61 do 0.75) neurotyzmem (- 0.36), ekstrawersją (0.23) oraz różnymi wskaźnikami zdrowia, dobrego samopoczucia, poziomem odczuwalnego stresu (Koniarek, Dudek, Makowska 1993).

Kwestionariusza nie poddano jednak procedurze standaryzacyjnej i normalizacyjnej utrudniając wykorzystanie narzędzia w badaniach psychometrycznych. Na język polski SOC został przetłumaczony przez Zakład Psychologii Pracy IMP i nazwany Kwestionariuszem Orientacji Życiowej. Narzędzie zastosowano w badaniach 1023 pielęgniarek 11 łódzkich szpitali i na podstawie ich poddano pytania kwestionariusza analizie mocy dyskryminacyjnej, przez korelację z wynikiem ogólnym i poszczególnych skal. Otrzymano wyniki wskazujące na najwyższą korelację pytań w obrębie poszczególnych skal. Stwierdzono jednak że niektóre pytania korelują na poziomie powyżej 0.40 również z innymi skalami. Szczególnie wysoki związek uzyskano w skalach sterowalności i sensowności. Pozwoliło to, na stwierdzenie, że wydzielone podskale poczucia koherencji są od siebie zależne i każdy z nich osobno może pełnić rolę wyznacznika poczucia koherencji. Rzetelność sprawdzono wskaźnikiem wewnętrznej zgodności, obliczanym metodą połówkową z poprawką Spearmana – Browna. Poziom współczynników (0.92 dla wyniku ogólnego) świadczy o bardzo wysokiej rzetelności polskiej wersji SOC. Do oceny narzędzia posłużono się również analizą czynnikową. W wyniku której otrzymano 7 czynników, tłumaczących 50.2% całkowitej wariancji.

Zdaniem autorów adaptacji potwierdziło to tylko w części przyjętą przez Antonovsky'ego koncepcję 3 czynników tworzących poczucie koherencji. Niemniej SOC zdaniem autorów jego polskiej adaptacji jest narzędziem wartym szerszego zainteresowania, co pozwoli na potwierdzenie jego wartości teoretycznej i praktycznej (Koniarek, Dudek, Makowska 1993).

Uwzględniając wielowymiarowe podejście do osobowości przyjęto także, że znaczącym predyktorem radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji Antonovsky'ego, rozumiane jako zgeneralizowany, emocjonalno-poznawczy sposób patrzenia na świat pozwalający na dostrzeganie i odbieranie otaczających jednostkę zjawisk jako zrozumiałych, sensownych i poddających się kontroli.

Antonovsky w ramach poczucia koherencji wyróżnia trzy składowe, istotne z punktu widzenia celów psychoterapii pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Są to:

1. **Zrozumiałość** – rozumiana jako zdolność do uporządkowania, ustrukturyzowania docierających informacji, przekonanie i poczucie, że w sposób racjonalny jednostka jest zdolna do obiektywnej oceny sytuacji trudnej, rozumie co i dlaczego się dzieje, racjonalizuje i angażuje procesy poznawcze w rozwiązanie problemu: pyta, uczy się, wyjaśnia.
2. **Sterowalność** – czyli poczucie dysponowania przez jednostkę zasobami mogącymi wpłynąć na sytuację, przekonanie, że jest się zdolnym do świadomego kierowania swoim zachowaniem, wyborami i decyzjami, poczucie mocy i sprawstwa.
3. **Sensowność** – oznaczająca racjonalny stosunek jednostki do sytuacji stresującej, przekonanie, że to co się dzieje ma sens, że każda sytuacja ma charakter rozwojowy, że sytuacje trudne, są po to aby je pokonywać, zdolność do nadawania subiektywnych znaczeń swoim wyborom, decyzjom i czynom.

(Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., (1993): *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego.* (w:) *Przegląd Psychologiczny*, 4, s. 491-502)

- **Kwestionariusz Temperamentu EAS-D autorstwa Arnolda H. Bussa i Roberta Plomin'a**

Przedstawione narzędzie można z powodzeniem rekomendować do badania osób z podwójną diagnozą z racji jego prostej formy, 20 zrozumiałych i trafnych pytań. Teoretyczną podstawę narzędzia

stanowi Genetyczna Teoria Temperamentu A.H. Bussa i R. Plomina. Test mierzy cztery wymiary temperamentu:

1. **Emocjonalność** obejmującą nasilenie takich emocji rozumianych jako cechy jak: niezadowolenie, strach i złość. Niezadowolenie jest tendencją do łatwego i silnego reagowania niepokojem, co przejawia się płaczem, krzykiem lub napadami złego humoru. Niekiedy te przejawy emocjonalności są obserwowane od urodzenia. Strach wiąże się ze skłonnością do unikania awersyjnej stymulacji, a także próbami ucieczki przed zagrożeniem. Natomiast złość przejawia się atakowaniem, odsuwaniem, odpychaniem, pobudzeniem motorycznym. Im wyższe nasilenie emocjonalności tym mniejsza odporność psychiczna uwarunkowana słabym typem temperamentu. Im niższy wynik w skali emocjonalność tym większe zrównoważenie emocjonalne charakteryzuje osobę badaną.
2. **Aktywność** czyli tempo i wigor w działaniu. Osoby aktywne są szybkie, energiczne, hałaśliwe, o bogatej mimice i pantomimice, rzadko bywają zmęczone. Osoby o niskim tempie i małym wigorze są powolne, apatyczne, mało energiczne, szybko się męczą.
3. **Towarzyskość** czyli ogólna tendencja do poszukiwania i utrzymywania kontaktów z ludźmi, przebywania z nimi. Osoby bardzo towarzyskie są silnie zmotywowane do poszukiwania towarzystwa, chętnie inicjują kontakty towarzyskie, zabawy, wchodzą w role społeczne. Osoby o niskiej towarzyskości bywają nieśmiałe, izolują się od innych, niedużą do przewodzenia i inicjowania zabaw i innych form kontaktów towarzyskich. Towarzystwo innych ich onieśmiela.
4. **Nieśmiałość** jako cecha temperamentalna odnosi się do kontaktów z osobami znanymi i obcymi. Wyraża się w skrępowaniu i zahamowaniu, którym towarzyszy poczucie napięcia i deskomfortu oraz dążenie do wycofania się z interakcji społecznych. U osób nieśmiałość przejawia się jako lęk przed obcymi (ostrożność). Poziom nieśmiałości może wynikać z kombinacji strachu i małej towarzyskości.

(Oniszczenko W. (1997). *EAS - Kwestionariusz Temperamentu*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa).

- **GSES - Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności R. Schwarzera, M. Jerusalem i Z. Juczyńskiego**

Kwestionariusz GSES składa się z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Przeznaczona jest do badania osób zdrowych i chorych. Czas udzielania odpowiedzi na pytania nie przekracza 3-4 minut.

(Schwarzer R., Jerusalem M., i Juczyński Z. (2011). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. GESS- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności*. Pracownia testów Psychologicznych PTP, Warszawa).

- **Kwestionariusz Ustosunkowań KU Anny Sukiennik**

Kwestionariusz Ustosunkowań służy do pomiaru stopnia pozytywności stosunku do własnej osoby i innych ludzi. Jego podstawy teoretyczne stanowią wybrane tezy analizy transakcyjnej E. Berne'a, rozwinięte przez T. A. Harrisa, oraz model wzorców więzi emocjonalnej, autorstwa K. Bartholomew i L. M. Horowitz. Kwestionariusz składa się z 73 pozycji tworzących dwie skale: JA-OK i WY-OK. Interpretacji podlegają zarówno wyniki każdej z nich, jak i ich konfiguracje.

O trafności KU świadczą między innymi zgodne z oczekiwaniami korelacje jego wyników z podstawowymi cechami osobowości, jakim są ekstrawersja i neurotyzm, mierzone EPQ-R, stylami przywiązania oraz tendencjami autystycznymi, symbiotycznymi i separacyjnymi, rozumianymi zgodnie z teorią relacji z obiektem. Za trafnością różnicową skal przemawia odmienne ich korelowanie z interpersonalną i intrapersonalną inteligencją emocjonalną. Stwierdzono też zgodne z hipotezami różnice w zakresie wyników skal KU między grupami więźniów, pacjentów psychiatrycznych (depresyjnych i schizofrenicznych) oraz osób z populacji ogólnej.

Kwestionariusz posiada normy stenowe opracowane dla dwu prób – studentów w wieku 18-24 lat i osób w wieku 25-39 lat, osobno dla kobiet i mężczyzn. Ze względu na wysoką rzetelność KU może być wykorzystywany zarówno w badaniach naukowych, jak i do diagnozy indywidualnej. Może okazać się przydatny przy wykrywaniu osób, które ze względu na negatywny stosunek do siebie lub innych ludzi doświadczają trudności w funkcjonowaniu i wymagają pomocy terapeutycznej.

(Sukiennik A. (2010). Kwestionariusz ustosunkowań. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa).

Diagnoza sfery emocjonalnej i społecznej, w tym kompetencji społecznych:

✓ **Skala Ustosunkowań Interpersonalnych SUI**

Skala Ustosunkowań Interpersonalnych liczy 70 pozycji tworzących 12 skal (Stanik, 1994). Na potrzeby tej diagnozy wykorzystano pierwszych osiem skal określających style funkcjonowania interpersonalnego. Style te powstają przez określenie funkcjonowania osoby w dwóch wymiarach: dominacja – submisja oraz wrogość – afiliacja. Można wyróżnić pewne zespoły skal tworzących funkcjonalne syndromy określające ogólny sposób funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, co będzie brane pod uwagę w diagnozie.

(Stanik, J.M. (1994). *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych*. Kielce: Wydawnictwo Szumacher)

✓ **Skala Funkcjonowania Społecznego. (SFS) Birchwooda w opracowaniu Załuskiej**

Skala ta umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorujących psychicznie z uwzględnieniem tych obszarów, które w szczególny sposób decydują o funkcjonowaniu w środowisku pozaszpitalnym. Badanie można przeprowadzać postępując się wersją badając samoocenę pacjenta lub wypełnianą przez osobę bliską badanemu. Przedstawione wyniki zawierają informacje wynikające z samooceny osób uczestniczących w środowiskowym systemie wsparcia. Skala składa się z 7 podskal:

1. Wychodzenie z izolacji . przejawiana skłonności do angażowania się społecznego.
2. Komunikacja i więzi międzyludzkie . umiejętności komunikowania się i nawiązywania bliskich relacji interpersonalnych.
3. Kontakty społeczne . umiejętności społeczne przejawiane poprzez nawiązywanie kontaktów społecznych (w rodzinie, wśród znajomych i przyjaciół).
4. Rekreacja i rozrywka . umiejętności spędzania wolnego czasu.
5. Samodzielność realizowana . samodzielność i aktywność w zakresie zaspokajania podstawowych życiowych potrzeb (higiena, ubranie, odżywianie się, czystość i porządek, gospodarowanie własnymi pieniędzmi, poruszanie się po okolicy).
6. Samodzielność możliwa . potencjalna, niezależna od aktualnie wykazywanej i dotycząca zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

7. Praca . potencjalna możliwość podjęcia pracy, ocena doświadczenia zawodowego z jednoczesnym określeniem aktualnej aktywności badanego przejawianej na rynku pracy.

- **Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)**

Autorami pierwowzoru testu ISCL byli amerykańscy naukowcy C.D. Spielberger, R. L. Garsuch i R. E. Lushen. Opracowany przez nich test STAI

(State- Trait Anxiety Inventory) ma za zadanie określenie poziomu dwóch rodzajów lęku:

- lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki
- lęku jako względnie stałej cechy osobowości

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) jest adaptacją amerykańskiego testu STAI i pomaga w określeniu stopnia lęku – stanu i lęku – cechy.

Lęk – stan jest mierzony za pomocą pierwszej części testu. Określany jest tu stopień lęku występującego w konkretnych sytuacjach, stan jednostki w sytuacjach wywołujących napięcia lękowe. Według Spielbergera „Lęk – Stan” charakteryzuje się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nim aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego”

Lęk – cecha jest mierzona za pomocą drugiej części testu. Spielberger definiuje ją jako „ motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji, jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do obiektywnego niebezpieczeństwa”

Z przeprowadzonych badań wynika, że bez względu na rodzaj sytuacji z wyższym poziomem L – Cechy wiąże się wyższy poziom L – Stanu. Inwentarz ISCL złożony jest z dwóch podskal. Jedna z nich, oznaczona symbolem X-1 mierzy poziom L – Cechy, druga z nich X-2 służy do pomiaru L – Cechy. Obie podskale umieszczone są na jednym arkuszu testowym formatu A-4, po jego obu stronach. Każda podskala zawiera krótką instrukcję informującą o tym, czego dotyczy badanie testem i jak należy go wypełnić. Osoba badana ma za zadanie wskazać, w jakim stopniu każde z twierdzeń odnosi się do niej, przez wybór tylko jednej z czterech skategoryzowanych odpowiedzi. W skali X-1 odpowiedzi te dotyczą stopnia prawdziwości, z jakim poszczególne twierdzenia opisują aktualny stan jednostki. W skali X-2 kategorie odpowiedzi dotyczą częstości występowania u badanego odczuć opisanych w twierdzeniach.

Test ISCL może być stosowany zarówno w badaniach indywidualnych jak i grupowych. Przed przystąpieniem do wypełniania arkusza badany zapoznaje się z instrukcją, przeprowadzający badanie powinien się natomiast upewnić, czy wszystko zostało właściwie zrozumiane. Jeśli w badaniu stosuje się jednocześnie dwie skale testu, zaleca się podawanie jako pierwszej skali X-1.

Czas wypełniania arkusza testu ISCL nie jest limitowany, zależy on od indywidualnych cech osoby badanej. Z reguły czas ten nie przekracza 20 minut dla obu skal łącznie. Test nie jest obciążony zmiennymi intelektualnymi.

- **Kwestionariusz do Badania Stylów Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS)**

Kwestionariusz CISS został skonstruowany w 1986 r. przez Norman S. Endler i James D. A. Parker (1990, 1993, 1994) i zaadoptowany do warunków polskich przez Piotra Szczepaniaka, Jana Strelau i Kazimierza Wrześniewskiego.

CISS służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. Autorzy kwestionariusza The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) opierają się na interakcyjnym modelu teoretycznym radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z tym modelem działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej, są efektem interakcji, która zachodzi pomiędzy cechami sytuacji, a stylem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki (Endler i Parker, 1990, 1994). Radzenie sobie ze stresem (coping) autorzy odróżniają od mechanizmów obronnych. Kryterium rozróżniania jest tutaj udział świadomości. Ich zdaniem radzenie sobie ze stresem to działanie świadome. Autorzy kwestionariusza rozumieją styl radzenia sobie ze stresem jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych.

Kwestionariusz CISS składa się z 48 prostych stwierdzeń dotyczących różnorodnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych oraz z trzech skal po 16 pozycji, w każdej. Skale te określają trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu.

1. Skala Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
2. Skala Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie.
3. Skala Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować trzy formy:
 - angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen,
 - poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT), np. częstsze odwiedzanie lub zapraszanie przyjaciół.
 - angażowanie się w INNEGO rodzaju czynności np. myślenie o lepszych czasach, wyjście na spacer, na zabawę itp..

Styl ten okresowo powoduje obniżenie napięcia stresowego, ale nie eliminuje jego źródeł. Odpowiednio do opisanych form stylu skoncentrowanego na unikaniu wyodrębniono trzy podskale

– ACZ, PKT i INNE. Podskala ACZ składa się z 8 pozycji, podskala PKT ma 5 pozycji natomiast podskala INNE składa się z 3 pozycji.

(Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. (2005). CISS - Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Podręcznik. Pracownia testów Psychologicznych PTP. Warszawa

Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem, Szczepaniak P. Strelau J. Wrześniewski K. W: „Przegląd Psychologiczny”, 1996, tom 39, Nr 1, ss.187 – 210)

Postawa wobec choroby, problemy zdrowia

- **AIS - Skala Akceptacji Choroby B. J. Felton, a T. A. Revenson, a i G. A. Hinrichsen, a**

Skala służy do badania osób chorych. Stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Jest to krótka i łatwa w stosowaniu skala oparta o samowiedzę pacjenta na temat własnej choroby.

(Juczyński Z. (2011). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa.)

NARZĘDZIA DLA PSYCHOLOGÓW

- **SCID-I Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR
Michaela B. First, a, Miriam Gibbon, a Roberta L. Spitzer, a Janet B. W. Williams**

SCID-I jest pół-ustrukturalizowanym wywiadem przeprowadzonym w celu sformułowania diagnozy zaburzeń na osi I według klasyfikacji DSM-IV. Kolejne moduły wywiadu dotyczą: zaburzeń nastroju, zaburzeń psychiatrycznych, zaburzeń związanych z zażywaniem substancji, zaburzeń lękowych i somatoformicznych, zaburzeń odżywiania i zaburzeń przystosowania.

Dla oceny pacjentów z podwójną diagnozą przydatne będą wszystkie moduły zawarte w wywiadzie, czyli:

Moduły SCID I:

- SCID-I Karta podsumowania wyników
- SCID-I Rozmowa wstępna
- Moduł A. Epizody zaburzeń nastroju
- Moduł B. Objawy psychiatryczne i towarzyszące psychozie
- Moduł C. Zaburzenia psychiatryczne
- Moduł B/C. Pytania przesiewowe w kierunku objawów psychiatrycznych. Skrócona wersja modułów B i C do zastosowania w badaniach przesiewowych, służąca określeniu, czy objaw psychiatryczny był kiedykolwiek obecny, ale nie pozwalająca na diagnozę różnicową
- Moduł D. Zaburzenia nastroju
- Moduł E. Zaburzenia związane z zażywaniem substancji

- Moduł Alt-E Zaburzenia związane z zażywaniem substancji – wersja alternatywna. Do wykorzystania w badaniach, których celem jest sprawdzenie, czy w ciągu życia wystąpiło nadużywanie lub uzależnienie od jakiejkolwiek substancji. W podstawowej wersji Modułu E. sprawdzane jest, czy zostały spełnione kryteria nadużywania lub uzależnienia substancji z każdej grupy.
- Moduł F. Zaburzenia lękowe
- Moduł G. Zaburzenia pod postacią somatyczną (somatoformiczne)
- Moduł H. Zaburzenia odżywiania
- Moduł I. Zaburzenia przystosowania
- Moduł J. Dodatkowe zaburzenia

(Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E. (2012). SCID-I Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR Michael B. First, Miriam Gibbon, Roberta L. Spitzer, Janet B. W. Williams. Pracownia testów Psychologicznych PTP, Warszawa).

NARZĘDZIA DO BADANIA RODZINY PACJENTA

- **KRR - Kwestionariusz Relacji Rodzinnych M. Plopy**

Kwestionariusz jest przeznaczony do badania relacji rodzinnych w percepcji młodych ludzi. Ma sześć wersji służących do oceny:

- Rodziny jako całości. Jest to wersja Moja Rodzina zawierająca 32 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność, autonomia – kontrola i tożsamość.
- Rodziców jako pary małżeńskiej. Jest to wersja Moi Rodzice jako Małżeństwo zawierająca 16 pozycji, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja i spójność.
- Relacji z matką. Jest to wersja Moja Matka zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność i autonomia – kontrola.
- Relacji z ojcem. Jest to wersja Mój Ojciec zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność i autonomia – kontrola.
- Wyobrażenia na temat tego, jak relacje z danym dzieckiem ocenia matka. Jest to wersja Ja w Oczach Matki zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność oraz autonomia – kontrola.
- Wyobrażenia na temat tego, jak relacje z danym dzieckiem ocenia ojciec. Jest to wersja Ja w Oczach Ojca, zawierająca 24 pozycje, która pozwala na ocenę następujących wymiarów: komunikacja, spójność oraz autonomia – kontrola.

Do każdego ze stwierdzeń osoba badana ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali. W badaniach można wykorzystywać wszystkie wersje jednocześnie lub – w zależności od celu badania – jedną bądź kilka z nich. W ramach badań normalizacyjnych sprawdzano trafność teoretyczną, korelując wyniki poszczególnych wersji KRR z wynikami kwestionariuszy mierzących różne zmienne osobowościowe (między innymi: lęk, płęć psychologiczna, poczucie własnej skuteczności, empatia), preferencje zawodowe, kompetencje społeczne.

(Plopa M., Połomski P.(2011). KRR - Kwestionariusz Relacji Rodzinnych. Pracownia testów Psychologicznych PTP. Warszawa.)

NARZĘDZIA DO BADANIA PERCEPCJI I STOSUNKU DO CHOROBY

- **Kwestionariusz postrzegania choroby dla osób z doświadczeniem schizofrenii - wersja dla pacjentów oraz dla ich rodzin**

Polską adaptację tego narzędzia opracowali Agnieszka Dyduch, Anna Zaborska, Tomasz Kucmin, Katarzyna Tomkiewicz, Radosław Leśniak, Anna Grzywa (2008).

Postrzeganie choroby, niezależnie od tego czy odzwierciedla perspektywę osoby chorej, czy jej bliskich, jest pewnym konstruktem umysłowym, który kształtuje się w sposób bardzo indywidualny (Dyduch i współ. 2008, s. 123). Przekonania dotyczące choroby tworzą się przez całe życie na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji, a także na podstawie informacji uzyskiwanych z różnych źródeł, poczynając od mediów, a kończąc na literaturze fachowej. Taki wewnętrzny obraz choroby jest aktywowany w sytuacji wystąpienia danego stanu chorobowego u konkretnej osoby lub u kogoś jej bliskiego.

Autorzy polskiej adaptacji Kwestionariusza Spostrzegania choroby uważają, że myśli i poglądy człowieka wpływają na sposób jego reagowania na sytuacje bezpośrednio związane ze zdrowiem i chorobą (Dyduch i współ. 2008, s. 123).

Przekonania na temat własnej choroby lub choroby kogoś pozostającego pod opieką mogą więc istotnie wpływać na przebieg i efekt terapeutyczny leczenia w przypadku każdej choroby, a choroby psychicznej w szczególności i są nierozłącznie związane z dalszą adaptacją do życia (Dyduch i współ. 2008, s. 123-124).

Z powyższych powodów omawiany kwestionariusz stanowi wartościowe narzędzie do ewaluacji programu *Wspólnie możemy więcej*. Będzie stosowany dwukrotnie, w diagnozie zasadniczej - na początku programu oraz w chwili zakończenia udziału w programie, pod warunkiem, że pacjent wytrwa w jednym lub dwóch etapów działania programu. W ten sposób pozwoli mierzyć zmiany w postrzeganiu choroby wynikające z udziału w działaniach psychoedukacyjnych i terapeutycznych realizowanych w ramach programu.

Wiedza o chorobie i jej akceptacja zmienia się także wraz z czasem trwania schorzenia. Jednym ze sposobów opisywania poznawczej reprezentacji choroby jest zastosowanie modelu Leventhala. Zgodnie z jego poglądami i współpracowników ludzie tworzą poznawczy obraz swoich trudności zdrowotnych na podstawie opisu pięciu cech: (1) tożsamości choroby (nazwa choroby i znaczenie objawów), (2) przyczyn choroby, (3) przewidywanego czasu jej trwania, (4) przewidywanych konsekwencji oraz (5) możliwości leczenia i kontrolowania choroby (Rodin J, Salovey P. Psychologia Zdrowia. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H. red. Psychologia Zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997. s. 62.77).

Należy zgodzić się z tezą Dyduch i współpracowników (2008, s. 124), że na podstawie oceny elementów obrazu choroby można szacunkowo określić ich wpływ na dalsze funkcjonowanie pacjenta. Można również, do pewnego stopnia, modyfikować niekorzystne przekonania na temat choroby zwiększając

w ten sposób szanse chorego na powrót do prawidłowego funkcjonowania.

Poszczególne elementy obrazu choroby są ze sobą powiązane i niejako wynikają jedne z drugich. Na przykład silne przekonanie o możliwości wyleczenia i kontrolowania choroby wiąże się

z przewidywaniem krótkiego czasu trwania choroby i mniejszych konsekwencji. Z kolei przekonanie o przewlekłym charakterze choroby i towarzyszących jej licznych objawach często wiąże się z postrzeganiem jej konsekwencji jako cięższych i z mniejszą nadzieją na wyleczenie czy możliwość kontrolowania choroby (Rodin, Salovey, 1997, Dyduch, 2008).

Sposób postrzegania choroby przez pacjenta może tłumaczyć jego nierzadko nieracjonalne zachowania związane z postępowaniem diagnostycznym czy leczeniem, co skutkuje, zdaniem Dyduch i współp. (2008, s. 124) brakiem współpracy podczas badania i leczenia.

Rekomendowany do badań ewaluacyjnych Kwestionariusz Postrzegania choroby dla Schizofrenii na dwie wersje: dla pacjenta i dla jego bezpośrednich opiekunów. W obydwu wersjach składa się z czterech części:

1. Sposób określania problemów ze zdrowiem psychicznym - czy według pacjenta/rodziny jego problemy najtrafniej opisuje określenie schizofrenia, psychoza, lęk, depresja bądź inne.
2. To, czego pacjent doświadcza, od kiedy rozpoczęły się problemy ze zdrowiem psychicznym czyli objawy.
3. Opinie na temat problemów ze zdrowiem psychicznym w formie stwierdzeń, do których pacjent/krewny ma się ustosunkować w pięciostopniowej skali Likerta: od całkowicie się nie zgadzam - do całkowicie się zgadzam.
4. Przyczyny problemów ze zdrowiem psychicznym.

(Dyduch A., Zaborska A., Kucmin T., Tomkiewicz K., Leśniak R., Grzywa A. (2008). *Polska adaptacja .Kwestionariusza postrzegania choroby dla osób z doświadczeniem schizofrenii. Wersja dla pacjentów oraz dla ich rodzin. Etap I . adaptacja językowa.* W; Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008; 17 (2): 123.126.).

- **Kwestionariusz do oceny opieki środowiskowej - European Service of Mapping Schedule (ESMS)**

Dobrym narzędziem umożliwiającym ocenę realizowanego programu jest European Service of Mapping Schedule (ESMS). Narzędzie to ma formę kwestionariusza i służy do opisu i klasyfikacji usług psychiatrycznych w danym rejonie i pomiaru ich wykorzystania. Kwestionariusz został opisany przez Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group w pracy: The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental Health services. Acta Psychiatr Scand. 2000; 102 (suplement 405), s.14 -23.

Podstawowym zadaniem kwestionariusza ESMS, ważnym z punktu widzenia celów ewaluacyjnych, jest inwentaryzacja usług psychiatrycznych dla populacji osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS). London: 1997).

Kwestionariusz ESMS może być używany do: (1) planowania rozwoju usług psychiatrycznych, w tym określenia ich braków i nadmiaru, (2) systematycznej oceny tworzenia i realizacji tych usług, (3) porównania struktury i zakresu usług pomiędzy rejonami, (4) ułatwienia liczenia kosztów. Może on także posłużyć do porównania zmian zachodzących w danym rejonie. Analizując zmiany dla danego obszaru można próbować oraz określić czynniki wpływające na tworzenie się danego typu usług.

Omawiany kwestionariusz pomaga w interpretowaniu rezultatów badań, w tym badań ewaluacyjnych, oraz pozwala na określenie związku pomiędzy różnymi zmiennymi. Może być

dotychczasowym narzędziem badania innych czynników związanych z takimi usługami psychiatrycznymi, jak satysfakcja pacjenta z leczenia czy ocena jakości usług.

W kontekście prezentowanego w opracowaniu programu *Wspólnie możemy więcej* pozwoli na dokonanie trafnej analizy mocnych i słabych stron proponowanych usług psychiatrycznych i psychologicznych kierowanych do osób z podwójną diagnozą.

Przeprowadzone przez Skibę i Prot (2008) badanie pokazały, że kwestionariusz ESMS-b dotyczący środowiskowej i ambulatoryjnej opieki

pozwala w warunkach polskich na porównanie struktury i zakresu działania zakładów leczniczych pomiędzy rejonami. Oceniane placówki lecznicze różniły się zarówno pod względem zasad przyjmowania pacjentów, jak i rodzaju oferowanej opieki. Autorki analizy przydatności omawianego kwestionariusza wykazały, że model leczenia środowiskowego w badanych zespołach waha się od formy określanej jako hospitalizacja domowa (duża ilość kontaktów, głównie w domach pacjentów) do modelu aktywnej poradni. Autorki adaptacji ESMS postulują wykorzystanie kwestionariusza do badań mających na celu określenie skuteczności leczenia oraz satysfakcji pacjentów w zależności od charakteru pracy ośrodka. Zastosowanie omówionego kwestionariusza przez pracowników Zespołów Leczenia środowiskowego pokazało ubóstwo oferty usług psychiatrycznych w ramach opieki środowiskowej i ambulatoryjnej w Warszawie.

Autorki badań nad przydatnością tego narzędzia do ewaluacji środowiskowych form leczenia wskazują, że zastosowanie tego narzędzia w 2008 roku wśród pracowników zespołów leczniczych pokazało braki w zakresie leczenia środowiskowego, przede wszystkim w zakresie interwencji kryzysowej i inicjatyw promujących zdrowie psychiczne (Skiba, Prot, 2008).

(Johnson S., Kuhlmann R. and the EPCAT Group. *The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental Health services*. Acta Psychiatr Scand. 2000; 102 (suplement 405), s.14 -23.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. *The European Service Mapping Schedule (ESMS)*. London: 1997

Skiba J., Prot K., (2008). *Przydatność kwestionariusza ESMS do badania opieki środowiskowej*. The usefulness of the ESMS instrument for the assessment of community care. W: *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008; 17 (4): 319.- 325).

Załącznik nr 4

OPIS GRUPY DOCELOWEJ, DO KTÓREJ SKIEROWANY JEST MODEL W ROZUMIENIU ODBIORCÓW I UŻYTKOWNIKÓW MODELU

Beneficjenci(osoby objęte programem) – odbiorcy programu: program skierowany jest do różnych grup odbiorców, osób nieletnich i dorosłych z zaburzeniami psychicznymi o cechach współzachorowalności. Odbiorcami programu mogą być:

- Młodzi ludzie w wieku 15-19 lat, uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, wychowankowie Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapeutycznych i Młodzieżowych

Ośrodków Wychowawczych, placówek socjalizacyjnych, osoby nie uczące się a także ich pedagodzy i rodzice.

- Dorosłe osoby chore psychicznie przejawiające problemy z uzależnieniem, korzystające z profesjonalnej pomocy psychiatrycznej oraz członkowie ich rodzin.
- Dorosłe osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych lub eksperymentujące z tymi substancjami, korzystające z profesjonalnej pomocy psychiatrycznej oraz członkowie ich rodzin.

Użytkownikami programu są:

- Lekarze psychiatrzy
- Psychologowie
- Terapeucie uzależnień
- Terapeuci środowiskowi
- Wolontariusze zdecydowani na pracę z osobami z podwójną diagnozą
- Pedagogzy szkolni
- Policjanci
- Pracownicy socjalni
- Doradcy zawodowi
- Pielęgniarki.

Doboru do grupy docelowej dokonano uwzględniając zasadnicze kryterium czyli fakt bycia osobą z problemami psychicznymi oraz fakt pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i pełnienia różnych ról zawodowych w obszarze leczenia zaburzeń psychicznych.

Doboru do grupy odbiorców programu dokonano w oparciu o kryterium zdrowia psychicznego i dobrano osoby ujawniające trwałe zaburzenia psychiczne o charakterze zaburzeń psychotycznych i uzależnień od substancji psychoaktywnych. W programie uwzględniono wiek beneficjentów, kierując modelem leczenia środowiskowego do osób od 15 roku życia. Nie określono górnej granicy wieku dla uczestników programu Wspólnie możemy więcej. W projekcie mogą uczestniczyć kobiety i mężczyźni z zaburzeniami psychicznymi, osoby sprawne i niesprawne fizycznie, osoby o różnym poziomie sprawności intelektualnej, przy minimalnej sprawności na poziomie upośledzenia w stopniu lekkim.

W naszym projekcie nawiązujemy do koncepcji równości w zdrowiu, która zakłada że idealna sytuacja to taka, w której każdy człowiek może osiągnąć możliwie najlepszy stan zdrowia i ani jego pozycja społeczna ani inne społeczne uwarunkowania nie powinny mu w tym przeszkadzać. Tym samym nasza propozycja nawiązuje do tej koncepcji nie tylko główną ideą: *wspólnie możemy więcej*, ale także metodologią skierowaną do kobiet i mężczyzn, do osób z różnych grup społecznych oraz o wyjściowo różnym poziomie sprawności fizycznej i psychicznej.

Mottem przewodnim naszej koncepcji są słowa Margaret Whitehead i Görana Dahlgrena (2010, s.21), w myśl których *starania podejmowane w celu promowania równości w zdrowiu mają na celu stworzenie możliwości oraz usunięcie barier na drodze do osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia przez wszystkich. Obejmują one sprawiedliwy podział zasobów przeznaczonych na opiekę zdrowotną, równy dostęp do możliwości, jakie oferuje istniejący system ochrony zdrowia oraz równe wspieranie chorych.*

Zgodnie z zaproponowaną metodologią, w myśl koncepcji równości w zdrowiu zakładamy, że efektem naszych działań będzie ni tylko zwrócenie uwagi na problemy osób z PD, w tym kobiet

i mężczyzn, osób młodszych i starszych, sprawnych i niesprawnych fizycznie, ale przede wszystkim stopniowe zmniejszanie trwałych różnic w stanie zdrowia, istniejących pomiędzy różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi.

W przypadku problemów osób z podwójną diagnozą istotne jest tzw. zjawisko gradientu społecznego, które wiąże się ze współistnieniem złej sytuacji społecznej i ekonomicznej ze skokowym lub liniowym procesem pogorszenia zdrowia.

Wpływ gradientu społecznego na zdrowie jest niekiedy określany jako *deficyt* w zdrowiu (ang. *shortfall in health*), który oznacza liczbę osób, których życie udałooby się uratować, gdyby stan zdrowia wszystkich grup w społeczeństwie był na tak samo wysokim poziomie, jak najbardziej uprzywilejowanych grup. Dlatego model leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą nikogo nie wyklucza, wręcz przeciwnie kierowany jest do osób najbardziej zagrożonych wykluczeniem i marginalizacją społeczną.

Opracowując program *Wspólnie możemy więcej* pamiętaliśmy o tym, że jednym z podstawowych *praw człowieka* jest dostęp do skutecznej opieki zdrowotnej, która przynosi ulgę w cierpieniu a przede wszystkim chroni i zapobiega rozwojowi choroby, co pozwala zachować zdrowie. Pamiętamy bowiem, że *bez korzyści, wynikających z dostępu do świadczeń zdrowotnych, takich jak poprawa stanu zdrowia i uwolnienie od bólu i cierpienia, niemożliwa jest pełna realizacja innych form aktywności* (Whitehead, Dahlgren 2010, s.24).

Zjawisko nierównego dostępu do opieki zostało doskonale ujęte w prawie Odwrócone Prawo Ochrony Zdrowia (*Inverse Care Law*) (Hart, 1971), które brzmi: „dostępność do odpowiedniej opieki medycznej jest zazwyczaj odwrotnie proporcjonalna do zapotrzebowania na nią w danej społeczności”. (Whitehead, Dahlgren 2010, s.25). W myśl tego twierdzenia nasz projekt odnosi się do dostępu geograficznego, ekonomicznego i kulturowego. Tworząc ośrodki wsparcia i leczenia dla osób z podwójną diagnozą odwołujemy się do pojęcia różność w dostępie do opieki zdrowotnej. Bez względu na bariery ekonomiczne czy kulturowe nasz projekt zakłada pracę z osobami bezdomnymi, ubogimi, dyskryminowanymi społecznie.

Równość w opiece zdrowotnej rozumiemy jako działania wielopłaszczyznowe, uwzględniające sprawiedliwe rozwiązania zapewniające *równy pod względem geograficznym, ekonomicznym i kulturowym dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich o tych samych potrzebach zdrowotnych* (Whitehead, Dahlgren 2010, s.27). Tym samym nasz projekt umożliwia realizację jednego z zasadniczych priorytetów polityki równości zdrowia mianowicie zmniejszenie różnic występujących między najgorzej i najlepiej sytuowanymi członkami społeczeństwa – nierówności w stanie zdrowia skrajnych grup społecznych. Dzieje się tak dlatego, że w naszym programie może uczestniczyć syn bogatego biznesmena i bezdomny pochodzący z ubogiej rodziny alkoholowej.

Proponowany model leczenia środowiskowego jest także zgodny z drugą strategią wyrównywania nierówności w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej, polegającą na zmniejszeniu społecznych nierówności w całym społeczeństwie. To podejście uwzględnia fakt, że chorobowość i przedwczesna umieralność wykazują tendencje wzrostowe wraz z obniżaniem się statusu społeczno-ekonomicznego i nie są one jedynie problemem różnic w zdrowiu między grupami bogatych i biednych. Podejście to obejmuje całe społeczeństwo, łącznie z grupami o średnich dochodach, i stara się zmniejszyć różnice w stanie zdrowia między grupami o wysokim, średnim i niskim dochodzie poprzez

zrównanie szans na poprawę zdrowia w całym społeczeństwie. Szczególnie w przypadku osób z podwójną diagnozą opisane powyżej tendencje są widoczne i narastające.

Kolejną wartością naszego projektu, wynikającą z jego nowatorskiego charakteru jest możliwość analizowania różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami i monitorowania nie tylko genezy problemu, ale także specyfiki leczenia. Ten odrębny opis i analiza są niezbędne, ponieważ zarówno rozmiary jak i przyczyny zaobserwowanych nierówności społecznych w zdrowiu są niekiedy różne dla obu płci. Znajomość tych różnic oraz ich uwzględnienie ma zasadnicze znaczenie przy wypracowywaniu strategii przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu.

Ośrodki leczenia osób z podwójną diagnozą będziemy tworzyć na zasadach równości, zakładając że nie działamy dla zysku, a nasi pacjenci nigdy nie będą traktowani jako źródło zysku. W naszej ofercie podkreślamy, że oferowane świadczenia będą zgodne z potrzebami naszych klientów, a nie odpowiednie do ich możliwości finansowych. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że wymaga to takiego finansowania systemu opieki zdrowotnej, które uwzględnia ryzyka występujące w całym społeczeństwie. Koszty leczenia osób z wysokim ryzykiem powinny być ponoszone przez osoby z niskim ryzykiem.

W programie *Wspólnie możemy więcej* taki sam wysoki standard opieki zdrowotnej będzie oferowany każdemu, niezależnie od jego statusu społecznego, pochodzenia etnicznego, płci lub wieku.

Odnosząc powyższe rozważania do problemów epidemiologicznych warto przypomnieć, że podwójna diagnoza dotyczy 1/3 osób przechodzących zaburzenia psychiczne i około połowy cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne. Dane statystyczne pochodzą ze środowisk osób nadużywających substancji psychoaktywnych, spośród których 1/3 osób nadużywających alkoholu i połowa nadużywających narkotyki zgłasza również zaburzenia psychiczne. Z danych statystycznych wynika też, że płeć jest czynnikiem ryzyka podwójnej diagnozy. Mężczyźni są bardziej podatni od kobiet. Inny czynnik zwiększający ryzyko podwójnej diagnozy to niski status socjoekonomiczny.

Załącznik nr 5

NOWE ELEMENTY, KTÓRE WNOSI MODEL DO OBECNEJ PRAKTYKI – EFEKTYWNOŚĆ KOSZTOWA

Koszty wynikające z występowania zaburzeń psychicznych podobnie jak w przypadku innych problemów zdrowotnych dzielimy na bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie to wszystkie wydatki związane z wykorzystaniem zasobów niezbędnych do opieki medycznej – hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego, zabezpieczenia w leki itp. Koszty pośrednie – oddziałujące w szerszym zakresie nie tylko na chorego, jego rodzinę ale też na ogół społeczeństwa i gospodarkę, są znacznie trudniejsze do precyzyjnego określenia i dotyczą takich wskaźników jak absencja z tytułu niezdolności do pracy czy obciążenie systemu pomocy społecznej.

Zaburzenia psychiczne są w Unii Europejskiej najczęstszą przyczyną utraty pracy (30%), przed schorzeniami układu kostno-mięśniowego (21%), układu krążenia (11%) i nowotworami (10%). Zwolnienia lekarskie z tytułu zaburzeń psychicznych zajmują w naszym kraju drugie miejsce pod względem długości po chorobach nowotworowych, przy czym średnia długość takiej absencji wynosiła 12 dni, a dla zaburzeń psychicznych było to 16 dni (GUS, 2011).

Największe obciążenia finansowe związane są w opiece psychiatrycznej z całodobową hospitalizacją, gdzie poza dużymi kosztami bezpośrednimi mamy do czynienia z obciążeniami systemu ubezpieczeń społecznych. Niebagatelny, negatywny wpływ ma tutaj hospitalizacja psychiatryczna, szczególnie ta prowadzona w miejscach odosobnienia – szpitalach psychiatrycznych. Oddziałuje na funkcjonowanie pacjentów i ich rodzin w rolach społecznych i zawodowych oraz na społeczny wizerunek osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz systemu leczenia psychiatrycznego, który kojarzony opresyjnie powoduje, że osoby dotknięte kryzysem psychicznym z opóźnieniem docierają po pomoc a następnie niechętnie współpracują w leczeniu. Brak koordynacji leczenia, m.in. ciągłości oddziaływań i właściwego zabezpieczenia w formy opieki poza szpitalnej powoduje, że osoby z zaburzeniami psychicznymi w mechanizmie „drzwi obrotowych” trafiają po raz kolejny do szpitala psychiatrycznego, co często odbywa się wbrew ich woli. Leczenie ambulatoryjne, blisko miejsca zamieszkania pacjenta, wczesne wdrażanie interwencji psychologicznych i społecznych, wzmacnianie indywidualnych zasobów, usamodzielnianie i pomoc w utrzymaniu w rolach społecznych i zawodowych nie tylko dba o godność osoby z zaburzeniami psychicznymi, poprawia jakość jej życia, ale przyczynia się wydatnie do zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej jak i kosztów pośrednich.

Na osobach z podwójną diagnozą psychiatryczną (PDP) ogniskują się problemy związane zarówno z chorobą psychiczną, jak i szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych czy uzależnieniem od tych substancji/uzależnień behawioralnych (hazard, internet, pornografia). Co najmniej podwójne są też koszty związane z leczeniem podwójnej diagnozy i wynikają nie tylko z wymienionych wyżej trudności systemowych ale też komplikacji w postępowaniu terapeutycznym jakie stwarza współistnienie obu problemów zdrowotnych.

Model kompleksowego leczenia osób z podwójną diagnozą psychiatryczną w formie zaproponowanej w ramach programu „Wspólnie możemy więcej” nie ma swojego odpowiednika w dotychczasowej praktyce leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi w naszym kraju. Innowacyjność modelu polega na:

1. Leczeniu choroby psychicznej i problemu szkodliwego używania/uzależnienia od substancji psychoaktywnych w ramach jednego systemu oddziaływań (dotychczas pacjent był leczony psychiatrycznie w ramach jednej placówki a odwykowo w innej strukturze terapeutycznej, przy czym ani system lecznictwa psychiatrycznego nie był przygotowany do leczenia osób uzależnionych, ani system leczenia odwykowego nie potrafił zabezpieczać potrzeb leczenia psychiatrycznego osób chorujących psychicznie).
2. Leczeniu osób z podwójną diagnozą psychiatryczną w oparciu o kompleks oddziaływań terapeutycznych (Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Leczenia oraz Specjalistyczne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą) i rehabilitacyjnych (pakiet usług społecznych).
3. Wykorzystaniu elementów profilaktyki (ciągła akcja edukacyjna w szkołach i na uczelniach) oraz prewencji I, II, III i IV rzędu (wczesne wykrywanie i leczenie oraz zapobieganie dysfunkcjom).
4. Stosowaniu wszechstronnych ambulatoryjnych oddziaływań terapeutycznych w celu uniknięcia drogiej, wykluczającej społecznie hospitalizacji psychiatrycznej.

Przedstawiona wyżej kompozycja oddziaływań spowoduje, że pacjent trafi szybciej do systemu pomocy, a proponowana pomoc będzie adekwatna do bieżących potrzeb chorego a przez to bardziej efektywna i tańsza zarówno w aspekcie terapeutycznym (leczenie ambulatoryjne przed szpitalnym) jak

społecznym (prewencja powikłań somatycznych, degradacji psychicznej, społecznego wykluczenia i marginalizacji).

Załącznik nr 6

WARUNKI, JAKIE POWINNY BYĆ SPEŁNIONE, BY MOŻLIWE BYŁO ZASTOSOWANIE MODELU W PRAKTYCE

Model „*Wspólnie możemy więcej*”, który jest programem kompleksowego leczenia i rehabilitacji osób z podwójną diagnozą psychiatryczną (PSP), zakłada ścisłą współpracę:

- a. placówek opieki psychiatrycznej skupionych w Specjalistyczne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą,
- b. jednostek pomocy społecznej tworzących **niemedyczny system rehabilitacji i oparcia społecznego dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną**,
- c. Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki, który w sensie organizacyjnym i funkcjonalnym będzie spajał dwa poprzednie systemy.

Specjalistyczne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą powinno składać się z:

- oddziału dziennego (OD),
- zespołu leczenia środowiskowego (ZLS),
- poradni zdrowia psychicznego (PZP) z grupami ambulatoryjnymi,
- hostelu terapeutycznego (HT), który będzie jednocześnie miejscem terapii i rehabilitacji – treningu samodzielnego funkcjonowania,
- zapewniać dostęp do całodobowej opieki psychiatrycznej.

Niemedyczny system rehabilitacji i oparcia społecznego dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną powinien zawierać w sobie:

- środowiskowy dom samopomocy lub inny ośrodek wsparcia dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną lub przynajmniej grupę terapeutyczną o takim profilu w dostępnym ośrodku wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- mieszkania chronione.

Strukturą, która nie funkcjonowała dotychczas w żadnym systemie leczenia i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w naszym kraju jest **Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki (OWliKO)**. Zakłada się, że będzie to miejsce:

- interwencji w kryzysie psychicznym związanym z chorobą psychiczną i szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych bądź uzależnieniem od tych substancji lub uzależnień behawioralnych – Ośrodek powinien dysponować łózkami kryzysowymi, które umożliwią krótkoterminowy (do 14 dni) pobyt osoby z podwójną diagnozą psychiatryczną pod całodobową opieką terapeutyczną,
- działań w zakresie diagnozy psychiatrycznej, psychologicznej i społecznej,
- wczesnej interwencji terapeutycznej,
- koordynacji opieki – Ośrodek będzie miejscem pracy koordynatorów opieki (KO), którzy sami będą terapeutami ale będą również nadzorowali poruszanie się pacjenta w systemie opieki -

miejsc terapii, aktywizacji społecznej i zawodowej – koordynowali proces zdrowienia w oparciu o różnorodne placówki medyczne, społeczne, edukacyjne czy związane z zatrudnieniem.

Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego posiada doświadczenie w prowadzeniu usług zdrowotnych i społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Prowadzi w trzech lokalizacjach:

- ze środków NFZ: dwa psychiatryczne oddziały dzienne i zespół leczenia środowiskowego (ZLŚ),
- ze środków pomocy społecznej: środowiskowy dom samopomocy (ŚDS) i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (SUO),
- ze środków PFRON: popołudniowy ośrodek wsparcia i rehabilitacji (OWiR).

Stowarzyszenie czyni starania aby od stycznia 2017 roku zdobyć kontrakt na poradnię zdrowia psychicznego, która byłaby prowadzona w istniejących lokalach oraz na Hostel terapeutyczny w dodatkowej lokalizacji. Zabiegamy również o to aby NFZ zwiększył kontrakt na oddział dzienny i ZLŚ, stosownie do potrzeb tworzonego systemu leczenia osób z podwójną diagnozą psychiatryczną.

W czerwcu br. pozyskano z zasobów Miasta Lublin lokal o pow. 180 m² gdzie będzie wyodrębniona ambulatoryjna część Specjalistycznego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą. Trwają starania aby pozyskać z zasobów Miasta Lublin lokali na Hostel terapeutyczny oraz Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Leczenia.

W ramach umowy partnerskiej z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 oraz Szpitalem Neuropsychiatrycznym w Lublinie przewidziano możliwość korzystania z łóżek szpitalnych w wymienionych podmiotach w razie zaistniałej potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej i somatycznej dla podopiecznych Centrum.

W ramach współpracy z Miastem Lublin, będzie istniała możliwość wyodrębnienia mieszkań chronionych będących z zasobach Miasta, które będą przeznaczone w sposób szczególny do usamodzielniania i aktywizacji społecznej osób z podwójną diagnozą psychiatryczną.

Przewidujemy, że ze środków Ministerstwa Rozwoju część środków będzie można przeznaczyć na modernizację lokali pozyskanych od Miasta Lublin oraz ich wyposażenie.

Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczu (partner z województwa podlaskiego) posiada w swoich strukturach zlokalizowanych w Choroszczu i Białymstoku stacjonarne i ambulatoryjne placówki, które utworzą Specjalistyczne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą. W celu stworzenia pełnego systemu opieki nad osobami z podwójną diagnozą psychiatryczną powinien zostać utworzony Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki (OWiIKO) oraz nawiązana współpraca z jednostkami pomocy społecznej tworzących niemedyczny system rehabilitacji i oparcia społecznego dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną.

Kliniczny Szpital Wojewódzki w Rzeszowie (partner z województwa podkarpackiego) posiada w swoich strukturach stacjonarne i ambulatoryjne placówki (poza hostelem terapeutycznym), które utworzą Specjalistyczne Centrum Zdrowia Psychicznego dla Osób z Podwójną Diagnozą. W celu stworzenia pełnego systemu opieki nad osobami z podwójną diagnozą psychiatryczną powinien zostać utworzony: hostel terapeutyczny (HT), Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki (OWiIKO) oraz nawiązana współpraca z jednostkami pomocy społecznej tworzących niemedyczny system rehabilitacji i oparcia społecznego dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną.

W Ośrodku ESKULAP z Ostrowcu Świętokrzyskim (partner z województwa świętokrzyskiego) istnieje ambulatoryjne centrum zdrowia psychicznego. Aby powstał kompletny system leczenia powinien powstać hostel terapeutyczny i zostać podpisana umowa z placówką psychiatryczną leczenia całodobowego. Niezbędne będzie utworzenie Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki (OWliKO) oraz nawiązanie współpracy z jednostkami pomocy społecznej tworzącymi niemedyyczny system rehabilitacji i oparcia społecznego dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną.

Załącznik nr 8

INSTRUKCJA STOSOWANIA MODELU

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

Przyjrzyjmy się bliżej poszczególnym etapom modelu:

- I. Terapeuci środowiskowi zakwalifikowani do programu zabiegają o pozyskanie pacjentów do programu. Organizują spotkania z pedagogami szkolnymi, policjantami, lekarzami, pracownikami socjalnymi i terapeutami uzależnień. Zapraszają do udziału w programie, pomagają uzupełnić dokumenty rekrutacyjne. Przewidywana liczba pacjentów w modelu pilotażowym: 100 osób.
- II. Spotkania organizowane są o ile to konieczne w miejscu zamieszkania pacjentów, docelowo zaś w Ośrodku Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.
- III. Przejęcie opieki nad pacjentem przez Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki
Każdy z terapeutów środowiskowych – koordynator opieki będzie pracować z 10 podopiecznymi. Od tego momentu przez kolejne 9 miesięcy ma za zadanie spotkać się ze swoim podopiecznym co najmniej raz w tygodniu w celu ustalenia planów terapii, przeprowadzenia rozmowy wspierającej i motywującej.
- IV. Wczesna diagnoza (3 miesiące)
Terapeuta umawia podopiecznego na spotkania ze specjalistami, tj. lekarzem psychiatrą, specjalistą terapii uzależnień, psychologiem klinicznym, pracownikiem socjalnym. Jeżeli pacjent jest osobą niepełnoletnią, konieczna jest współpraca z rodziną. Niezależnie od aspektów prawnych, zaangażowanie bliskich pacjenta może przyczynić się do wzrostu skuteczności programu.

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

Spisuje z podopiecznym kontrakt, dotyczący zasad i przebieg spotkań.

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

V. Pacjent może trafić do programu:

- a. po hospitalizacji psychiatrycznej,
- b. po pobycie w oddziale toksykologicznym/detoksykacyjnym,
- c. z placówki, która zajmowała się dotychczas tylko leczeniem psychiatrycznym (oddział dzienny, zespół leczenia psychiatrycznego, poradni zdrowia psychicznego, hostel terapeutyczny, zakład opiekuńczo-leczniczy) lub tylko leczeniem odwykowym (oddział całodobowy, oddział dzienny, poradnia zdrowia psychicznego),
- d. ze skierowaniem od lekarza POZ,
- e. ze skierowaniem od pracownika socjalnego MOPR, MOPS, GOPS,
- f. z ośrodka wsparcia, specjalistycznych usług opiekuńczych, mieszkań chronionych, domu pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- g. z poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- h. z centrum interwencji kryzysowej działającego zwykle w ramach pomocy społecznej,
- i. z ośrodka informacji dla osób niepełnosprawnych działających w gminach, powiatach, na uczelniach,
- j. z Policji/Straży Miejskiej/Pogotowia Ratunkowego,
- k. od kuratora sądowego.

VI. Opracowanie indywidualnego programu zdrowienia

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

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

1. Pierwszą decyzją jaką musi podjąć zespół diagnozujących specjalistów z pacjentem i jego koordynatorem leczenia a jeśli to możliwe rodziną to czy pacjent musi być hospitalizowany psychiatrycznie/somatycznie, czy ma pozostać pod całodobową opieką w OWliKO, czy może trafić do leczenia ambulatoryjnego.
2. Równoległe z działaniami terapeutycznymi prowadzonymi w warunkach ambulatoryjnych określa się potrzeby pacjenta w zakresie rehabilitacji/aktywizacji społecznej ma trafić pacjent.
3. Trzecim elementem procesu diagnostycznego jest ocena potrzeb i możliwości pacjenta w zakresie nauki, pracy, zabezpieczenia socjalnego.
4. Ważnym elementem indywidualnego programu zdrowienia jest diagnoza sytuacji rodzinnej i plan pracy ze społecznym otoczeniem chorego.

- VII. Pierwsza faza realizacji indywidualnego programu zdrowienia (6 miesięcy)
Spotkania pacjenta z terapeutą, co najmniej raz w tygodniu przez 6 miesięcy.
- W tym czasie pacjent korzysta z zaleconych form terapii środowiskowej, usług zdrowotnych i społecznych, tj. pobyt w oddziale dziennym, środowiskowym domu samopomocy, wizyty specjalistów z ZLŚ, SUO, PZP, a tym samym korzysta z różnych form terapii i rehabilitacji, tj. psychoedukacja, terapia uzależnień, psychoterapia, różnorakie treningi - w tym budżetowy, trening umiejętności społecznych.
- VIII. Opracowanie przez zespół współpracujący z pacjentem indywidualnych raportów diagnostycznych obejmujących zmiany, postępy i ograniczenia diagnozowane po I etapie realizacji indywidualnego programu zdrowienia (3 miesiące)
Koordynator spotyka się ze specjalistami z zespołu interdyscyplinarnego, którzy mieli kontakt z pacjentem. Zbiera dokumentację dotyczącą terapii i rehabilitacji pacjenta, traktowany jak monitoring osiągnięć.
- Koordynator mobilizuje specjalistów do stworzenia dokumentacji i przekazania rekomendacji dotyczących dalszej pracy z osobą z podwójną diagnozą.
- IX. Podsumowanie przez terapeutę środowiskowego indywidualnych wyników pacjenta
Koordynator przekazuje pacjentowi rekomendacje dotyczące dalszej terapii.

Schemat organizacyjny „Wspólnie możemy więcej”



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

INSTRUKCJA STOSOWANIA MODELU dla użytkowników

I kwartał: Kierownik projektu nadzoruje prace w zakresie przysposobienia obiektu i dostosowania do użytkownika Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.

Kierownik ma za zadanie przygotowanie dokumentacji niezbędnej do realizowania kolejnych etapów projektu, zakup urządzeń i wyposażenia.

II kwartał - Rekrutacja terapeutów i pacjentów:

Osoba odpowiedzialna za rekrutację organizuje spotkania z pacjentami i terapeutami środowiskowymi.

Pacjenci są kierowani przez terapeutów z różnych placówek i ośrodków, z którymi współpracuje podmiot wdrażający model.

Osoba odpowiedzialna za rekrutację przekazuje do wypełnienia ankiety zgłoszeniowe:

- a) dla pacjenta (zał. 1- propozycja)
- b) dla terapeuty (zał. 2- propozycja)

Osoba odpowiedzialna za rekrutację jest zobowiązana do pozyskania 100 ankiet zgłoszeniowych pacjentów i 10 ankiet zgłoszeniowych terapeutów środowiskowych.

Każdy z pacjentów zostanie przydzielony do konkretnego terapeuty środowiskowego, z którym będzie współpracował przez kolejne 9 miesięcy; od tego momentu terapeuta staje się koordynatorem i dba o przebieg spotkań ze specjalistami, motywuje pacjenta do pozostania w projekcie.

Docelowe miejsce spotkań, a także punkt koordynacji stanowi Ośrodek Wczesnej Interwencji i Koordynacji Opieki.

III kwartał – Diagnoza

Terapeuta środowiskowy – koordynator co najmniej raz w tygodniu spotyka się z pacjentem.

Uzgadnia harmonogram spotkań ze specjalistami. Spotkania są niezbędne do ustalenia diagnozy i określenia, jakiego zakresu pomocy wymaga pacjent; istotne jest jednocześnie ukierunkowanie działań terapeutycznych na leczenie zaburzeń psychicznych i uzależnienia.

Efektom 3- miesięcznej pracy jest dokumentacja zawierająca istotne informacje diagnostyczne:

od lekarza psychiatry, specjalisty terapii uzależnień, psychologa klinicznego, pracownika socjalnego (zał.3-propozycja), jak również opracowanie indywidualnego planu leczenia i terapii.

Efektom szkoleń terapeutów jest podniesienie kwalifikacji w zakresie pracy indywidualnej z osobą z podwójną diagnozą, szczególnie w zakresie budowania i utrzymania relacji z podopiecznym, motywowania do leczenia i terapii, podstawowych technik z kręgu psychoterapii behawioralno-poznawczej. Terapeuta środowiskowy ma być też wyposażony w zasoby niezbędne do pracy z rodziną podopiecznego, pracy na tzw. oporze i w trudnych sytuacjach (np. z silnymi emocjami towarzyszącymi podopiecznym, ich bliskim).

Terapeuta zawiera z podopiecznym kontrakt na kolejne 6 miesięcy współpracy (zał.4-propozycja).

IV, V kwartał (6 miesięcy) - Realizacja planu leczenia i terapii

Pacjent uczęszcza na terapię na oddział dzienny rehabilitacyjny lub do środowiskowego domu samopomocy; stara się utrzymywać frekwencję i korzystać z oferowanych form terapii - tj. psychoterapia, różnorodne treningi (5-6 godzin w ciągu dnia, od poniedziałku do piątku).

Kolejno, co najmniej raz w tygodniu pacjent spotyka się ze swoim koordynatorem - terapeutą środowiskowym, który monitoruje przebieg terapii, pomaga umówić wizyty ze specjalistą terapii uzależnień, psychologiem, pracownikiem socjalnym i lekarzem psychiatrą w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego, Poradni Zdrowia Psychicznego i usług opiekuńczych..

W wyjątkowych okolicznościach, w razie pogorszenia samopoczucia lub zaostrzenia kryzysu- pacjent korzysta z całodobowej hospitalizacji.

Zadaniem koordynatora na tym etapie jest:

- a) motywowanie pacjenta do udziału w różnorodnych formach terapii, szczególnie psychoterapii,
- b) motywowanie do farmakoterapii, uczestniczenia w zajęciach z zakresu psychoedukacji,
- c) motywowanie do redukcji spożycia substancji psychoaktywnych, z tendencją do utrzymywania abstynencji,
- d) spotykanie się z bliskimi pacjenta,
- e) wskazywanie mocnych stron i zasobów pacjenta

VI kwartał – Opracowanie raportów i analiz

Specjaliści pracujący z pacjentem dostarczają wiarygodne i rzetelne raporty zawierające analizę postępów pacjenta, wskazania do dalszej terapii, opis zmian zachowań, przebieg leczenia i terapii, rokowania dotyczące zdrowienia, opis współpracy z rodziną (zał.5)

Na tej podstawie terapeuta środowiskowy dokonuje podsumowania osiągnięć pacjenta.

Wnioski przekazuje pacjentowi podczas indywidualnego spotkania.

zał. 1 Ankieta zgłoszeniowa dla pacjenta

„Wspólnie możemy więcej”

1. Nazwisko uczestnika
2. Imię
3. PESEL
4. Wykształcenie: a) podstawowe b)gimnazjalne c)ponadgimnazjalne d)maturalne e)wyższe
5. Jestem osobą niepełnosprawną: a)tak b)nie
6. Miejsce zamieszkania: Województwo.....
MiejscowośćKod pocztowy:..... ul.:
..... Nr domu :..... Nr Lokalu:..... Numer telefonu:
.....E-mail:

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz wypełniania zobowiązań wynikających z faktu przystąpienia do projektu.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do podsystemu monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883) Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....
Data, miejscowość

zał. 2 Ankieta zgłoszeniowa dla terapeuty

„Wspólnie możemy więcej”

1. Nazwisko uczestnika
2. Imię
3. PESEL
4. Wykształcenie: a)ponadgimnazjalne b)maturalne c)wyższe
5. Wykonywany zawód:
6. Wyrażam wolę konsekwentnej współpracy z pacjentem według modelu „Wspólnie możemy więcej”: a)tak b)nie
7. Miejsce zamieszkania: Województwo.....
MiejscowośćKod pocztowy:..... ul.:
..... Nr domu :..... Nr Lokalu:..... Numer telefonu:
.....E-mail:

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz wypełniania zobowiązań wynikających z faktu przystąpienia do projektu.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do podsystemu monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883) Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego

.....
Data, miejscowość

zał. 3 Dane diagnostyczne – opracowanie indywidualnego programu zdrowienia

„Wspólnie możemy więcej”

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

/wypełnia lekarz psychiatra/

Rozpoznanie:

Zalecona farmakoterapia:.....

Wnioski ze spotkań, spostrzeżenia:.....

Zalecenia:.....

Rodzaj leczenia: a)ambulatoryjne b)stacjonarne

/wypełnia psycholog wg standardów PTP/

Opis zastosowanej metodologii, badań i testów:.....

Omówienie wyników badań:.....

Wnioski ze spotkań:.....

Analiza kompetencji społecznych /zawodowych

Zalecenia:.....

/wypełnia specjalista terapii uzależnień/

Diagnoza nozologiczna uzależnienia:.....

Wnioski ze spotkań:.....

Zalecenia:.....

/wypełnia pracownik socjalny/

Diagnoza sytuacji materialnej i bytowej:.....

Analiza kompetencji życiowych, m.in. zasobów do samodzielnej egzystencji, zatrudniania:.....

Wnioski ze spotkań:.....

Zalecenia:.....

/wypełnia terapeuta środowiskowy/

Wnioski ze spotkań:.....

Zalecenia:.....

zał. 4 Wzór kontraktu terapeutycznego

„Wspólnie możemy więcej”

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Imię i nazwisko terapeuty:.....

Formy spotkań:.....

Częstotliwość spotkań:.....

Miejsce spotkań:.....

Cele spotkań:.....

Warunki odwoływania spotkań:.....

zał. 5 Raport i rekomendacje

„Wspólnie możemy więcej”

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Imię i nazwisko terapeuty:.....

Formy terapii:.....

Wnioski :.....

Współpraca z rodziną:.....

Stosowanie się do zaleceń lekarza:.....

Opis zmian:.....

Rekomendacje, wskazówki:.....

Załącznik nr 9

ANALIZA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH FUNKCJONUJĄCYCH NA DANYM OBSZARZE WSKAZUJĄCA NA DEFICYTY USŁUG DLA OSÓB Z PODWOJNĄ DIAGNOZĄ

Na terenie Lublina i całego województwa nie ma jakiegokolwiek placówki, która proponowałaby leczenie i rehabilitację osób z podwójną diagnozą psychiatryczną. Istnieje dość bogaty system oddziaływań zarówno dla osób chorujących psychicznie – stacjonarnych i ambulatoryjnych oraz szkodliwie używających substancji lub uzależnionych od tych substancji bądź z uzależnieniami behawioralnymi – stacjonarnych i ambulatoryjnych, mimo to jednak osoby z podwójną diagnozą psychiatryczną nie znajdują adekwatnej pomocy – oba systemy nie współdziałają ze sobą.

Jedynym miejscem pomocy doraźnej dla osób w poważnym kryzysie psychicznym związanym zarówno z chorobą jak i uzależnieniem jest izba przyjęć szpitala psychiatrycznego. Jeśli nawet pacjent jakimś sposobem trafi specjalisty w ambulatorium i tak jest kierowany do oddziału psychiatrycznego ponieważ nie ma wystarczająco intensywnej opieki środowiskowej/ambulatoryjnej aby zażegnać kryzys. Po pobycie w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym pacjent otrzymuje informację aby leczyć się dalej ambulatoryjnie, ale osoba chorująca psychicznie, szczególnie ta uzależniona, bardzo często nie ma gotowości do dalszego leczenia albo nie umie sobie poradzić z dotarciem do specjalisty. Osoba chorująca psychicznie, która jakimś sposobem zostanie skierowana do terapeuty uzależnień najczęściej bardzo szybko wypada z terapii, ponieważ nie radzi sobie w grupie terapeutycznej złożonej z osób uzależnionych bez choroby psychicznej. Chory psychicznie z towarzyszącym uzależnieniem, najczęściej nie znajduje także miejsca w placówkach psychiatrycznych z powodu niewystarczających kompetencji u personelu – braku w tym systemie leczenia terapeutów uzależnień oraz obaw, że osoba uzależniona będzie negatywnie oddziaływać na chore osoby bez uzależnienia.

Istnieje pilna potrzeba stworzenia systemu leczenia i rehabilitacji, gdzie w ramach tej samej placówki osoba będzie leczona zarówno z powodu choroby psychicznej jak i uzależnienia a proces ten będzie nadzorowany w odniesieniu do każdego pacjenta przez wyznaczonego terapeutę – koordynatora opieki (KO), ponieważ choroba psychiczna bardzo często wiedzie do uzależnienia a uzależnienie pogarsza współpracę w leczeniu choroby psychicznej i rokowanie – powoduje pogłębianie się psychicznych i społecznych dysfunkcji u pacjentów a to rodzi dodatkowe koszty finansowe oraz często nieodwracalne koszty osobiste i społeczne.

Sytuacja wygląda analogicznie u partnerów w projekcie. Ośrodek podlaski - Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy posiada w swojej strukturze jednostki leczenia psychiatrycznego i terapii uzależnień ale nawet w przypadku jednego podmiotu nie ma spójnego systemu leczenia osób z podwójną diagnozą psychiatryczną – pacjenci przebywają w jednym albo drugim podsystemie – nie ma uzgodnionego, skoordynowanego sposobu przepływu pacjentów między strukturami zajmującymi się leczeniem choroby psychicznej i terapią uzależnień, nie ma struktur terapeutycznych przeznaczonych w sposób szczególny dla osób chorych i jednocześnie uzależnionych, nie ma wreszcie łączności między systemem leczenia, pomocy społecznej i rehabilitacji.

Kliniczny Szpital Wojewódzki w Rzeszowie posiada zaplecze terapeutyczne w zakresie leczenia psychiatrycznego (oddział całodobowy, oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, poradnia zdrowia psychicznego) poza hostelem terapeutycznym, natomiast nie dysponuje w swojej strukturze pionem uzależnień. Istnieje więc potrzeba rozszerzenia działalności Szpitala o terapię uzależnień – włączenia tego typu specjalistów do struktur terapeutycznych tworzonych na potrzeby leczenia osób z podwójną diagnozą psychiatryczną. Szpital powinien także zawrzeć stosowne porozumienia o współpracy z partnerami społecznymi (pomoc społeczna, organizacje pozarządowe).

Ośrodek ESKULAP z Ostrowca Świętokrzyskiego posiada struktury i doświadczenie w zakresie ambulatoryjnego leczenia chorób psychicznych i uzależnień (oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, poradnia zdrowia psychicznego). W zakresie opieki psychiatrycznej potrzebuje więc hostelu terapeutycznego i dostępu do lecznictwa stacjonarnego. Jak w przypadku pozostałych partnerów powinny zostać zawarte umowy z partnerami społecznymi na potrzeby działań rehabilitacyjnych.

We wszystkich wymienionych lokalizacjach istnieje potrzeba uzupełnienia brakujących elementów systemu leczenia przeznaczonych specjalnie dla osób z podwójną diagnozą psychiatryczną (oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, poradnia zdrowia psychicznego, hostel terapeutyczny, zapewnienia dostępu do całodobowej opieki psychiatrycznej), zapewnienia możliwości korzystania z niemedycznego systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom samopomocy lub inny ośrodek wsparcia, specjalistyczne usługi opiekuńcze, mieszkania chronione), ale przede wszystkim utworzenia Ośrodka Wczesnej Interwencji i Koordynacji Leczenia, który będzie zapewniał zarówno wczesną interwencję (pomoc kryzysową) w tym specyficznym typie problemów zdrowotnych i społecznych – chronił w wielu przypadkach przed kosztowną finansowo i społecznie hospitalizacją psychiatryczną, a przede wszystkim czuwał aby osoba z podwójną diagnozą psychiatryczną, nie zagubiła się w systemie opieki a odnalazła najbardziej adekwatną pomoc, biorąc pod uwagę jej bieżące potrzeby i możliwości wynikające ze stanu psychicznego i etapu rehabilitacji, na którym się znajduje. To swoiste towarzyszenie pacjentowi w procesie leczenia i rehabilitacji będzie udziałem terapeutów środowiskowych – koordynatorów leczenia. Będą to osoby przygotowane do pracy w zakresie kompetencji psychiatrycznych, terapii uzależnień jak i funkcjonowania systemu leczenia i rehabilitacji społecznej i zawodowej. Koordynator leczenia będzie potrafił zdiagnozować zbliżający się nawrót choroby, pomóc w poradzeniu sobie z głodem używania substancji/nawyków behawioralnych ale jeśli trzeba także dotrzeć z pacjentem po specjalistyczną pomoc terapeutyczną albo znaleźć możliwość przezwyciężenia trudności wynikających z relacji rodzinnych czy złej sytuacji socjalnej. Istnieje więc zarówno potrzeba przygotowania terapeutów środowiskowych do pracy z osobami z podwójną diagnozą a jednocześnie prawnego uregulowania możliwości podejmowania zatrudnienia przez terapeutów uzależnień w strukturach opieki psychiatrycznej.

Załącznik nr 10

DZIAŁANIA Z ZAKRESU RÓWNOŚCI SZANS I DOSTĘPNOŚCI DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ Kobiet I MĘŻCZYŹN

W naszym projekcie nawiązujemy do koncepcji równości w zdrowiu, która zakłada że idealna sytuacja to taka, w której każdy człowiek może osiągnąć możliwie najlepszy stan zdrowia i ani jego pozycja społeczna ani inne społeczne uwarunkowania nie powinny mu w tym przeszkadzać. Tym samym nasza propozycja nawiązuje do tej koncepcji nie tylko główną ideą: *wspólnie możemy więcej*, ale także metodologią skierowaną do kobiet i mężczyzn, do osób z różnych grup społecznych oraz o wyjściowo różnym poziomie sprawności fizycznej i psychicznej.

Mottem przewodnim naszej koncepcji są słowa Margaret Whitehead i Görana Dahlgrena (2010, s.21), w myśl których *starania podejmowane w celu promowania równości w zdrowiu mają na celu stworzenie możliwości oraz usunięcie barier na drodze do osiągnięcia możliwie najlepszego stanu zdrowia przez wszystkich. Obejmują one sprawiedliwy podział zasobów przeznaczonych na opiekę zdrowotną, równy dostęp do możliwości, jakie oferuje istniejący system ochrony zdrowia oraz równe wspieranie chorych.*

Zgodnie z zaproponowaną metodologią, w myśl koncepcji równości w zdrowiu zakładamy, że efektem naszych działań będzie ni tylko zwrócenie uwagi na problemy osób z PD, w tym kobiet i mężczyzn, osób młodszych i starszych, sprawnych i niesprawnych fizycznie, ale przede wszystkim

stopniowe zmniejszanie trwałych różnic w stanie zdrowia, istniejących pomiędzy różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi.

W przypadku problemów osób z podwójną diagnozą istotne jest tzw. zjawisko gradientu społecznego, które wiąże się ze współistnieniem złej sytuacji społecznej i ekonomicznej ze skokowym lub liniowym procesem pogorszenia zdrowia.

Wpływ gradientu społecznego na zdrowie jest niekiedy określany jako *deficyt w zdrowiu* (ang. *shortfall in health*), który oznacza liczbę osób, których życie udało się uratować, gdyby stan zdrowia wszystkich grup w społeczeństwie był na tak samo wysokim poziomie, jak najbardziej uprzywilejowanych grup. Dlatego model leczenia środowiskowego osób z podwójną diagnozą nikogo nie wyklucza, wręcz przeciwnie kierowany jest do osób najbardziej zagrożonych wykluczeniem i marginalizacją społeczną.

Opracowując program *Wspólnie możemy więcej* pamiętaliśmy o tym, że jednym z podstawowych *praw człowieka* jest dostęp do skutecznej opieki zdrowotnej, która przynosi ulgę w cierpieniu a przede wszystkim chroni i zapobiega rozwojowi choroby, co pozwala zachować zdrowie. Pamiętamy bowiem, że *bez korzyści, wynikających z dostępu do świadczeń zdrowotnych, takich jak poprawa stanu zdrowia i uwolnienie od bólu i cierpienia, niemożliwa jest pełna realizacja innych form aktywności* (Whitehead, Dahlgren 2010, s.24).

Zjawisko nierównego dostępu do opieki zostało doskonale ujęte w prawie Odwrócone Prawo Ochrony Zdrowia (*Inverse Care Law*) (Hart, 1971), które brzmi: „dostępność do odpowiedniej opieki medycznej jest zazwyczaj odwrotnie proporcjonalna do zapotrzebowania na nią w danej społeczności”. (Whitehead, Dahlgren 2010, s.25). W myśl tego twierdzenia nasz projekt odnosi się do dostępu geograficznego, ekonomicznego i kulturowego. Tworząc ośrodki wsparcia i leczenia dla osób z podwójną diagnozą odwołujemy się do pojęcia różność w dostępie do opieki zdrowotnej. Bez względu na bariery ekonomiczne czy kulturowe nasz projekt zakłada pracę z osobami bezdomnymi, ubogimi, dyskryminowanymi społecznie.

Równość w opiece zdrowotnej rozumiemy jako działania wielopłaszczyznowe, uwzględniające sprawiedliwe rozwiązania zapewniające *równy pod względem geograficznym, ekonomicznym i kulturowym dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich o tych samych potrzebach zdrowotnych* (Whitehead, Dahlgren 2010, s.27). Tym samym nasz projekt umożliwia realizację jednego z zasadniczych priorytetów polityki równości zdrowia mianowicie zmniejszenie różnic występujących między najgorzej i najlepiej sytuowanymi członkami społeczeństwa – nierówności w stanie zdrowia skrajnych grup społecznych. Dzieje się tak dlatego, że w naszym programie może uczestniczyć syn bogatego biznesmena i bezdomny pochodzący z ubogiej rodziny alkoholowej.

Proponowany model leczenia środowiskowego jest także zgodny z drugą strategią wyrównywania nierówności w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej, polegającą na zmniejszeniu społecznych nierówności w całym społeczeństwie. To podejście uwzględnia fakt, że chorobowość i przedwczesna umieralność wykazują tendencje wzrostowe wraz z obniżaniem się statusu społeczno-ekonomicznego i nie są one jedynie problemem różnic w zdrowiu między grupami bogatych i biednych. Podejście to obejmuje całe społeczeństwo, łącznie z grupami o średnich dochodach, i stara się zmniejszyć różnice w stanie zdrowiu między grupami o wysokim, średnim i niskim dochodzie poprzez zrównanie szans na poprawę zdrowia w całym społeczeństwie. Szczególnie w przypadku osób z podwójną diagnozą opisane powyżej tendencje są widoczne i narastające.

Kolejną wartością naszego projektu, wynikającą z jego nowatorskiego charakteru jest możliwość analizowania różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami i monitorowania nie tylko genezy problemu, ale także specyfiki leczenia. Ten odrębny opis i analiza są niezbędne, ponieważ zarówno rozmiary jak i przyczyny zaobserwowanych nierówności społecznych w zdrowiu są niekiedy różne dla obu płci. Znajomość tych różnic oraz ich uwzględnienie ma zasadnicze znaczenie przy wypracowywaniu strategii przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu.

Ośrodki leczenia osób z podwójną diagnozą będziemy tworzyć na zasadach równości, zakładając że nie działamy dla zysku, a nasi pacjenci nigdy nie będą traktowani jako źródło zysku. W naszej ofercie podkreślamy, że oferowane świadczenia będą zgodne z potrzebami naszych klientów, a nie odpowiednie do ich możliwości finansowych. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że wymaga to takiego finansowania systemu opieki zdrowotnej, które uwzględnia ryzyka występujące w całym społeczeństwie. Koszty leczenia osób z wysokim ryzykiem powinny być ponoszone przez osoby z niskim ryzykiem.

W programie *Wspólnie możemy więcej* taki sam wysoki standard opieki zdrowotnej będzie oferowany każdemu, niezależnie od jego statusu społecznego, pochodzenia etnicznego, płci lub wieku.

Odnosząc powyższe rozważania do problemów epidemiologicznych warto przypomnieć, że podwójna diagnoza dotyczy 1/3 osób przechodzących zaburzenia psychiczne i około połowy cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne. Dane statystyczne pochodzą ze środowisk osób nadużywających substancji psychoaktywnych, spośród których 1/3 osób nadużywających alkoholu i połowa nadużywających narkotyki zgłasza również zaburzenia psychiczne. Z danych statystycznych wynika też, że płeć jest czynnikiem ryzyka podwójnej diagnozy. Mężczyźni są bardziej podatni od kobiet. Inny czynnik zwiększający ryzyko podwójnej diagnozy to niski status socjoekonomiczny.

Powodem, dla którego osoby z podwójną diagnozą skorzystają z oferty przedstawionej w modelu „Wspólnie możemy więcej”, są pozainstytucjonalne formy pomocy, tj. ośrodki dziennej opieki- pacjenci zgłaszają się dobrowolnie, bez użycia środków przymusu; terapia ma charakter otwarty i w pełni zależny od decyzji pacjenta. Jednocześnie osoba niepełnosprawna nie traci kontaktu ze środowiskiem, w którym funkcjonuje- rodziną, osobami bliskimi, placówkami edukacyjnymi. Dodatkowo osoba niepełnosprawna otrzyma szansę spędzania czasu z innymi uczestnikami ośrodka wsparcia, zapewniając sobie dostęp do miejsca, gdzie wszyscy pacjenci mają jasno określone prawa i obowiązki; zasady są klarowne, ich życie zyskuje strukturę, której często brakuje od dzieciństwa. Struktura oznacza bezpieczeństwo; z jednej strony jest to naturalne w ośrodku, który bazuje na regulaminie, z drugiej- pacjent w każdej chwili ma możliwość opuszczenia placówki, nie jest to oddział zamknięty.

Praca indywidualna z terapeutą środowiskowym jest dodatkowym atutem- pacjent otrzymuje uwagę i zdrową relację, kompensując tym samym deficyty towarzyszące jego funkcjonowaniu, takie jak osamotnienie, toksyczne związki, brak koncentracji na jego potrzebach. Analogicznie podczas pobytu w ośrodku dziennym- osoba niepełnosprawna zyskuje możliwość spędzania dużej ilości czasu z terapeutami i innymi pacjentami, a także uwagę i troskę specjalistów. W ośrodkach wsparcia obserwuje się, że już po kilku tygodniach pobytu pacjent zaczyna odnosić się do wybranych uczestników i terapeutów jak do członków rodziny, przywiązując się i zyskując szansę na stworzenie prawidłowych relacji, a także poczucie bezpieczeństwa, bez którego rozwój jest niemożliwy.

Podczas rozmowy rekrutacyjnej terapeuta sprawdza motywację wewnętrzną osoby niepełnosprawnej i jej gotowość do udziału w projekcie.

Analiza badania poziomu motywacji na podstawie kwestionariusza:

„Pamiętaj, że nie ma dobrych i złych odpowiedzi. Nie zastanawiaj się zbyt długo nad odpowiedzią. Odpowiadaj zgodnie z prawdą.

1. Rozważam różne pomysły związane z moim zdrowieniem:

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) nigdy

2. Chętnie poświęcam czas na osiągnięcie celów związanych ze zdrowieniem:

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) nigdy

3. Rozważam zaangażowanie się w dostępne projekty, które mogą pomóc w moim zdrowieniu:

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) nigdy

4. Dążę do pozyskania wielu kontaktów i informacji, przydatnych do poprawy mojego stanu zdrowia i zadbania o siebie:

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) nigdy

5. Uważam, że to, czy poprawię stan swojego zdrowia i samopoczucia, zależy od mojego zaangażowania:

- a) w bardzo dużym stopniu
- b) w dużym stopniu
- c) w niewielkim stopniu
- d) nie zależy

6. Podejmuję różne działania i kroki, aby wyzdrowieć:

- a) bardzo często
- b) często
- c) rzadko
- d) nigdy

*przy zaznaczeniu odpowiedzi a, b- jakie?.....

Ankieta wypełniana w obecności osoby rekrutującej.”

Proponowane formy wsparcia, wyszczególnione w modelu „Wspólnie możemy więcej”, mają na celu zaspokojenie potrzeb osób niepełnosprawnych, osób o szczególnej wrażliwości i z wielorakimi trudnościami w funkcjonowaniu. W trosce o dostępność różnych form terapii przewiduje się możliwość

dotarcia m.in. do osób niepełnosprawnych ruchowo za pośrednictwem terapeutów środowiskowych, mobilnych i realizujących usługi terapeutyczne np. w miejscu zamieszkania pacjenta. Aktualnie funkcjonujące ośrodki w ramach struktur LSOZP, tj. oddziały dzienne, są pozbawione barier architektonicznych i nie generują przeszkód w odniesieniu do osób z ograniczonymi możliwościami przemieszczania się. W przypadku pozyskania osób słabowidzących do programu przewiduje się wydruk materiałów przy zastosowaniu specjalnej czcionki i oznaczeń.

Zasada przestrzegania równości szans i niedyskryminacji, a także zasada równości szans kobiet i mężczyzn, a także zapewnienie odpowiedniej reprezentatywności kobiet w działaniach projektowych, jest realizacją obowiązku prawnego wynikającą z postanowień dokumentów Unii Europejskiej. Art. 10 *Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej* (TFUE) uwzględnia przesłanki dyskryminacyjne, do których należą:

- płeć,
- rasa lub pochodzenie etniczne,
- religia lub światopogląd,
- niepełnosprawność,
- wiek,
- orientacja seksualna.

W odniesieniu do modelu „Wspólnie możemy więcej” nadrzędnym jest niedyskryminowanie ze względu na płeć i niepełnosprawność. W związku z powyższym, z jednej strony wskazane jest przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wszystkie przesłanki wymienione w art. 10 TFUE, z drugiej zaś, uwzględniając zasadę koncentracji i potrzeby społeczne (a także doświadczenia) w tym zakresie, kładzie szczególny nacisk na wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami oraz wyrównywanie szans kobiet i mężczyzn – jako te działania, które są szczególnie istotne z punktu widzenia rozwoju społeczno-gospodarczego i posiadają znaczący efekt skali w wymiarze ogólnokrajowym.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 obliguje państwa członkowskie do zapewnienia równości szans kobiet i mężczyzn oraz do podjęcia działań zapobiegających wszelkim formom dyskryminacji ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę lub pochodzenie etniczne, wyznawaną religię lub światopogląd lub orientację seksualną, przy tworzeniu i wdrażaniu programów współfinansowanych z funduszy europejskich.