

Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów

Raport końcowy projektu POWR.04.01.00-00-D216/17
realizowanego w ramach Działania 4.1 Innowacje społeczne
w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej

Jacek Wciórka, Marta Jabłońska, Iwona Jeziorska,
Tomasz Kot, Joanna Krzyżanowska-Zbucka,
Radosław Nowacki, Karol Pawlak,
Marlena Sokół-Szawłowska, Jakub Tercz,
Adam Zabrzygraj, Bartłomiej Molenda



Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa 2025

Copyright © Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2025
Copyright © Authors, Warszawa 2025

Redakcja i korekta: Anna Witek

ISBN 978-83-61705-57-4

Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
wydawnictwo@ipin.edu.pl

Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów

Raport końcowy projektu POWR.04.01.00-00-D216/17
realizowanego w ramach Działania 4.1 Innowacje społeczne
w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej



INSTYTUT PSYCHIATRII i NEUROLOGII
I Klinika Psychiatryczna
Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego



INTEGRACJA Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół
Osób z Zaburzeniami Psychicznymi

Warszawa 2025



WYKONAWCY PROJEKTU

Lider:

- kierownik:
- przedstawiciel lidera:

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Bartłomiej Molenda
Jacek Wciórka

Partner:

INTEGRACJA Stowarzyszenie Rodzin
i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami
Psychicznymi

Podwykonawcy:

Fundacja eF-kropka
Fundacja Oceny Kapitału Ludzkiego
Edu&Science Karol Pawlak

Koordynatorzy:

- centrum koordynacji: Iwona Jeziorska
- mobilnego wsparcia społecznego: Adam Zabrzygraj, Anna Jabłońska
- wsparcia grupowego: Joanna Krzyżanowska-Zbucka
- wsparcia mieszkaniowego: Tomasz Kot, Iwona Jeziorska
- wsparcia zawodowego i socjalnego: Marta Jabłońska
- współpracy z partnerstwami lokalnymi: Jakub Tercz
- profilaktyki depresji i samobójstw: Marlena Sokół-Szawłowska
- samopomocy i destygmatyzacji: Joanna Krzyżanowska-Zbucka
- linii wsparcia psychologicznego: Iwona Jeziorska, Adam Zabrzygraj

Zespoły

- **Centrum Koordynacji:**
Aneta Bogusławska, Kamila Borkowska, Agnieszka Kakowska, Natalia Kanabus,
Magdalena Krakowska, Jakub Krawczyk, Maciej Letman, Marta Mastalerz, Radosław Nowacki,
Joanna Oprawa-Karwat, Aleksandra Przybora, Wanessa Wilbik, Sylwia Wierzbicka,
Natalia Wojtkowska, Natalia Zborowska
- **Mobilnego Wsparcia Kryzysowego:**
Michał Dąbrowski, Martyna Kłosowska, Magdalena Konopka, Wiktoria Kozłowska,
Zuzanna Najder, Marta Piotrowska, Barbara Piwek, Magdalena Serbin, Karolina Stępiuk,
Marta Ślaska, Paulina Szymańska, Natalia Wojtkowska, Ludwik Zagórski, Jan Zasztowt

- **Wsparcia grupowego:**

Julia Bartosik, Monika Bełdowska, Kamila Borkowska, Dorota Draczyńska, Katarzyna Fąk, Anna Kurinia, Jana Lisna-Nożykowska, Robert Michałkiewicz, Magdalena Mielczarek, Karolina Młynarczuk, Natalia Mróz, Katarzyna Parzuchowska, Zuzanna Patrzalek, Aleksandra Przybora, Ewa Tyralik-Kulpa, Angelika Sadkowska, Agnieszka Smolińska, Małgorzata Węglińska, Wanessa Wilbik, Natalia Zborowska

SPIS TREŚCI

Objaśnienia skrótów 8

ROZDZIAŁ 1. Wskaźniki realizacji projektu 9

1. Cel szczegółowy PO WER 9

2. Wskaźniki realizacji celu 12

3. Wskaźniki produktu 16

ROZDZIAŁ 2. Zadanie 1: Prowadzenie Centrum Koordynacji 21

4. Centrum Koordynacji 22

5. Mobilny Zespół Wsparcia Kryzysowego 28

ROZDZIAŁ 3. Zadanie 2: Prowadzenie wsparcia społeczno-zawodowego 29

6. Wsparcie grupowe 35

7. Wsparcie mieszkaniowe 46

8. Wsparcie zawodowe 54

9. Współpraca z ośrodkiem pomocy społecznej 60

ROZDZIAŁ 4. Zadanie 3: Prowadzenie wsparcia edukacyjno-profilaktycznego 64

10. Współpraca z Partnerstwami Lokalnymi dla Mokotowa 60

11. Profilaktyka depresji i zachowań samobójczych 68

12. Samopomoc i destygmatyzacja 73

ROZDZIAŁ 5. Linia Wsparcia Psychologicznego 77

ROZDZIAŁ 6. Rekomendacje 79

Wykaz aneksów 87

Objaśnienia skrótów

CK	Centrum Koordynacji
CZP	centrum/centra zdrowia psychicznego
DIMO	De Instytucjonalizacja na MO kotowie (akronim nazwy projektu)
EFS	Europejski Fundusz Socjalny
ICF	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (<i>International Classification of Functioning Disability and Health</i>)
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
MCZP	Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego
MINI-ICF-APP	Krótką Skala Ograniczeń Aktywności i Uczestnictwa według ICF (<i>Mini-ICF Beurteilungsskala für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei Psychisch Kranken</i>)
MZWS	Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PO WER	Programy Operacyjne Wiedza Edukacja Rozwój
SLDS	Skala Zadowolenia z Dziedzin Życia (<i>Satisfaction with Life Domains Scale</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organisation</i>)
ZIK	Zespół Interwencji Kryzysowej
ZLŚ	Zespół Leczenia Środowiskowego (Domowego)

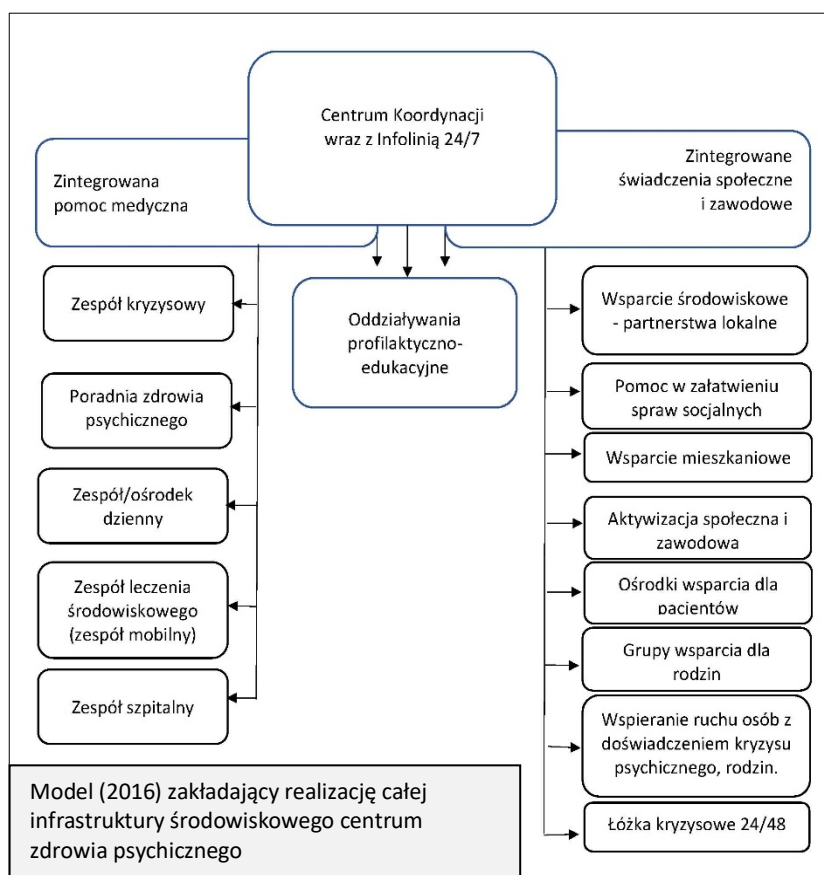
Rozdział I

Wskaźniki realizacji projektu

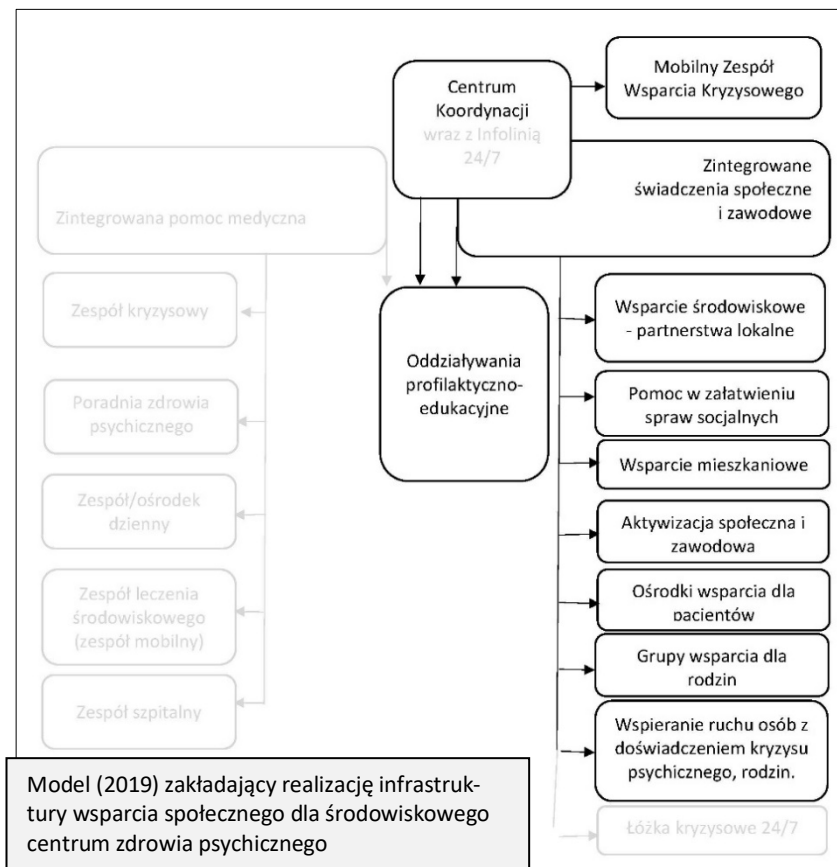
1. Cel szczegółowy PO WER

Wskaźnik realizacji celu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika		
		K	M	O	K	M	O
Cel szczegółowy PO WER: Zwiększenie wykorzystania innowacji społecznych na rzecz poprawy skuteczności wybranych aspektów polityk publicznych w obszarze oddziaływania EFS							

Projekt „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” realizowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w partnerstwie ze Stowarzyszeniem Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi INTEGRACJA był pierwotnie planowany jako próba



wdrożenia nowoczesnej, kompleksowej, odpowiedzialnej terytorialnie, środowiskowej opieki psychiatrycznej (czyli opieki nad zdrowiem psychicznym). Jego innowacyjność polegała na koordynacji zintegrowanych form pomocy medycznej i wsparcia społecznego oraz próbie równoważenia udziału w realizacji tej pomocy przez duże, tradycyjnie do tego wyznaczone, instytucje publiczne i mniejsze jednostki, będące interesariuszami lokalnej społeczności Mokotowa. Dalszym skutkiem miała być poprawa społecznego klimatu wokół spraw zdrowia psychicznego i osób dotkniętych jego kryzysami.



Projekt zakładał realizację na Mokotowie zawartego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego¹ postulatu *deinstytucjonalizacji ochrony zdrowia psychicznego* (akronim DIMO, **De**instytucjonalizacja na **MO**kotowie). Spełniał też jeden ze szczegółowych celów PO WER formułowany jako „zwiększenie wykorzystania innowacji społecznych na rzecz poprawy skuteczności wybranych aspektów polityk publicznych w obszarze oddziaływania EFS”. Do tych celów nawiązywał

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 458); Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

zaproponowany pierwotny, całościowy, zintegrowany model działania (2016), który jednak nie wszedł w fazę realizacji.

Ostatecznie początek realizacji ponowionego wniosku (listopad 2019) przypadł w okresie, gdy rozpoczęty już był w Polsce pilotażowy program centrów zdrowia psychicznego², a na Mokotowie działało już w ramach pilotażu Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego (MCZP) finansowane ze środków NFZ, co ograniczało zakres jego działania do zdefiniowanych świadczeń zdrowotnych. By uzupełnić tę jednostronność pomocy, nadać jej walor pomocy realnie środowiskowej, a zarazem uniknąć ryzyka podwójnego finansowania ze środków publicznych (NFZ i EFS), zaszła konieczność znacznej modyfikacji modelu, polegająca na ograniczeniu jego zadań do udzielania skoordynowanego wsparcia społeczno-zawodowego i edukacyjno-profilaktycznego.

Spowodowało to konieczność eliminacji z modelu zespołów zatrudniających pracowników medycznych lub takiego przekształcenia tych zespołów, by ich eliminowanie nie było konieczne, ale by zachować funkcjonalność pozwalającą na skuteczne udzielanie wsparcia społecznego.

Nowy model umożliwiał testowanie sprawności i wszechstronności skoordynowanego, różnorodnego wsparcia, a zarazem badanie, czy takie dopełnienie zadań części medycznej MCZP natrafi na jakieś bariery, a jeśli tak, to czy będzie możliwe ich pokonanie.

Realizację projektu DIMO planowano na okres trzech lat (1.10.2019–31.12.2022), była jednak dwukrotnie przedłużana (do 30.04.2023, a następnie do 30.11.2023), co wiązało się z opóźnieniami w znacznym stopniu spowodowanymi trudnym startem w latach 2020–2021, w okresie pandemii COVID-19, a związanymi z restrykcjami epidemiologicznymi ograniczającymi możliwość wspierania potrzebujących poprzez bezpośredni kontakt. Uruchamiany stopniowo kontakt zdalny realizowany za pomocą narzędzi teleinformatycznych nie równoważył w pełni i dostatecznie szybko skutków tych ograniczeń dla naboru zakładanej liczby uczestników.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852, z późn. zm.).

2. Wskaźniki realizacji celu

Wskaźnik realizacji celu		Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika		
			K	M	O	K	M	O
1	Zakładana liczba przetestowanych innowacji społecznych w skali makro	sztuki	0	0	0	0	0	1
	Zrealizowana liczba przetestowanych innowacji społecznych w skali makro		0	0	0	0	0	1

Ostatecznie w projekcie DIMO testowano jedną makroinnowację społeczną w postaci organizacji kompleksowego, różnorodnego wsparcia społeczno-zawodowego i edukacyjno-profilaktycznego dla mieszkańców Mokotowa doświadczających kryzysów psychicznych (problemów, zaburzeń, chorób³) i szukających pomocy.

Oczekiwanym efektem wsparcia miała być poprawa sumarycznej jakości życia uczestników projektu, rozumiana jako powiększenie odczuwanej satysfakcji i poprawa funkcjonowania w różnych dziedzinach życia. W konsekwencji oznaczałoby to większą kontrolę nad swoim życiem (samostereowność) oraz szerszą sieć odbudowywanych lub rozwijanych relacji interpersonalnych.

Widoczność i łatwa dostępność różnych form wsparcia mogłaby też w społeczności Mokotowa zwiększać stopniowo świadomość zagadnień zdrowia psychicznego i tworzyć klimat społeczny ułatwiający szukanie pomocy i znajdowanie jej, kiedy jest potrzebna. Trzeba podkreślić, że zamiarem wnioskodawców projektu było zaproponowanie społeczności lokalnej zintegrowanej i skoordynowanej pomocy środowiskowej – zarówno szerokiego wsparcia, jak i właściwego leczenia. Ich rozdzielenie, wymuszone regułami funkcjonowania instytucjonalnego w Polsce, niesie ryzyko opóźnienia i ograniczania efektów oczekiwanej synergii.

Wskaźnik realizacji celu		Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika			Wartość docelowa wskaźnika		
			K	M	O	K	M	O
2	Zakładana liczba osób pełnoletnich z terenu testowania, które odzyskały samostereowność lub	osoby	0	0	0	480	320	800

³ Warto podkreślić, że stopniowanie sugerowane w tym zestawieniu terminologicznym jest nieostre, a niekiedy złudne, jeśli za miarę ciężkości obrać na przykład skalę odczuwanego cierpienia czy realne życiowe następstwa kryzysu.

	odbudowały sieci relacji interpersonalnych.						
	Zrealizowana liczba osób pełnoletnich z terenu testowania, które odzyskały samosteroowność lub odbudowały sieci relacji interpersonalnych.	0	0	0	wg SLDS 624	wg SLDS 245	wg SLDS 870
		0	0	0	Mini-ICF 588	Mini-ICF 231	Mini-ICF 822

Jako narzędzia oceny efektu wsparcia wybrano walidowane polskie wersje językowe „Skali zadowolenia z dziedzin życia” (*Satisfaction with Life Domains Scale, SLDS*, zob. ANEKS 1) oraz skali oceny ograniczeń aktywności i uczestnictwa według ICF⁴ (Mini-ICF-APP, zob. ANEKS 2).

SLDS poddaje ocenie zadowolenie pacjenta z 20 dziedzin życia ocenianych na skali od 1 (minimalne) do 7 (najwyższe) za pomocą charakterystycznych ikon. Badanie walidacyjne wersji polskiej⁵ wskazało na wartość oceny sumarycznej, która zawiera w sobie ocenę trzech względnie niezależnych wymiarów: warunków życia, warunków bytu, więzi interpersonalnych.

Wartości normalizowane (Z), stenowe i odpowiadające im wartości surowe obu skal			
Wartości (Z) normalizowane	Wartości stenowe	Skala SLDS	Skala Mini-ICF
		wartości surowe	wartości surowe
(2; +∞]	1	20–43	–
(1,5; 2)	2	44–53	–
(1; 1,5)	3	54–64	0–4
(0,5; 1)	4	65–74	5–9
(0; 0,5)	5	75–84	10–14
(–0,5; 0)	6	85–94	15–19
(–1; –0,5)	7	95–104	20–24
(–1,5; –1)	8	105–114	25–29
(–2; –1,5)	9	115–124	30–35
(–∞; –2)	10	125–140	35–52

⁴ Światowa Organizacja Zdrowia. ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. CSI Ochrony Zdrowia. Warszawa 2009.

⁵ Wciórka J, Jabłońska M. The Satisfaction with Life Domains Scale as an instrument for assessing quality – a psychometric evaluation. *Adv Psychiatry Neurol* 2023; 32 (3): 115–127; DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.132505>.

Mini-ICF-APP polega na ocenie przez przygotowanego klinicystę ograniczeń w zakresie 13 umiejętności/zdolności życiowych. Skala rozciąga się od 0 (ograniczenia najmniejsze) do 4 (największe). Badanie walidacyjne wersji polskiej⁶ wykazało wartość wyniku sumarycznego, obejmującego dwa względnie niezależne wymiary funkcjonowania: ograniczenia interpersonalne (więzi) i indywidualne (biegłości).

Ponieważ nie ma norm populacyjnych, wykorzystano wyliczenia norm oparte na wynikach uzyskanych w projekcie DIMO.

W całej populacji badanych korzystających ze wsparcia w projekcie DIMO:

- Skala SLDS (poprawa = zwiększenie satysfakcji z dziedzin życia): wyniki na poziomie ≥ 5 stenów uzyskało na początku wsparcia 67,4%, a na końcu **85,3%** badanych.
- Skala Mini-ICF (poprawa – zmniejszenie ograniczeń funkcjonowania): wyniki na poziomie ≤ 5 stenów uzyskało na początku wsparcia 56,3%, a na końcu **80,6%** badanych.
- W subpopulacji osób korzystających wyłącznie ze stacjonarnego wsparcia Centrum Koordynacji CK:
 - Skala SLDS (poprawa – zwiększenie satysfakcji z dziedzin życia): wyniki na poziomie ≥ 5 stenów uzyskało na początku wsparcia 69,9%, a na końcu **87,4%** badanych.
 - Skala Mini-ICF (poprawa – zmniejszenie ograniczeń funkcjonowania): wyniki na poziomie ≤ 5 stenów uzyskało na początku wsparcia 67,3%, a na końcu **89,3%** badanych.
- W subpopulacji osób uzyskujących wyłącznie wsparcie Mobilnego Zespołu Wsparcia Społecznego (MZWS):
 - Skala SLDS (poprawa – zwiększenie satysfakcji z dziedzin życia): wyniki na poziomie ≥ 5 stenów uzyskało na początku wsparcia 60,8%, a na końcu **82,3%** badanych.
 - Skala Mini-ICF (poprawa – zmniejszenie ograniczeń funkcjonowania): wyniki na poziomie ≤ 5 stenów uzyskało na początku wsparcia 29,6%, a na końcu **63,7%** badanych.

Zastanawiająco niższy odsetek uczestników wsparcia MZWS uzyskujących oczekiwaną poprawę w końcowej ocenie funkcjonowania (wg MINI-ICF) może wynikać ze szczególnie dużych ograniczeń funkcjonowania osób trafiających pod opiekę MZWS, trudnych do odzyskania w trakcie względnie krótkiego okresu pozostawania pod wpływem wsparcia mobilnego. Jednak samo przesunięcie wyniku (podwojenie odsetka) w oczekiwanym kierunku dotyczyło znacznej części osób.

Podobną interpretację wyniku sugerują również porównania sumarycznych średnich wartości wyników obu skal. Po zakończeniu cyklu wsparcia w projekcie zarówno zadowolenie z życia, jak i poziom ograniczeń aktywności i uczestnictwa uległy statystycznie istotnej poprawie o umiarkowanej (zadowolenie z życia) lub dużej (aktywność i uczestnictwo) sile tego efektu.

⁶ Wciórka J, Anczewska A, Jahótkowski P, Świtaj P. Ocena psychometryczna polskiej wersji MINI-ICF-APP – związanej miary ograniczeń aktywności i uczestnictwa według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) – u osób z zaburzeniami psychicznymi. *Adv Psychiatriy Neural* 2018; 27 (3): 218-231; DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78715>.

Różnice między sumarycznymi końcowymi a początkowymi wynikami zadowolenia z życia (SLDS) oraz w poziomie ograniczeń aktywności i uczestnictwa (Mini-ICF) wśród wszystkich uczestników i korzystających tylko z CK lub MZWS

Grupa	Skala	Zakończe- nie wsparcia	Początek wsparcia	df	95% przedział ufności		t	p	Siła efektu D _{Cohen}
		średnia ± SD	średnia ± SD		dolna granica	górną granica			
Wszy- scy	SLDS	95,43±19,4 2	85,86±19,88	9,58	8,14	11,01	13,09	0,000	0,49
	MINI-ICF	6,94±9,20	13,94±10,02	-7,00	-7,55	-6,45	-24,91	0,000	0,72
CK	SLDS	97,70±19,4 5	87,66±20,29	10,04	8,00	12,08	9,68	0,000	0,51
	MINI-ICF	4,84±8,14	11,69±8,81	-6,75	-7,40	-6,10	-20,35	0,000	0,81
MZWS	SLDS	91,63±18,6 1	81,75±19,50	9,88	8,46	11,30	13,71	0,000	0,52
	MINI_ICF	12,76±9,60	19,86±9,73	-7,10	-7,99	-6,20	-15,61	0,000	0,73

SD – odchylenie standardowe; df – różnica; t – wartość statystyki t; p – poziom istotności; D_{Cohen} – współczynnik siły efektu wg Cohena;

CK – centrum koordynacji; MZWS – Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego; SLDS – skala zadowolenia z dziedzin życia; Mini-ICF – skala ograniczeń aktywności i uczestnictwa wg ICF.

3. Wskaźniki produktu

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
1	Zakładana liczba innowacji przyjętych do dofinansowania w skali makro	sztuki		0	0	1
	Zrealizowana liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (szt.)			0	0	1

Istotę innowacji przyjętej do realizacji przedstawiono, omawiając cel szczegółowy i wskaźnik realizacji celu 1 (powyżej).

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
2	Zakładana liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (szt.)	sztuki		0	0	1
	Zrealizowana liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (szt.)			0	0	1

Realizacja prac w budynku przy ul. Grottgera 25a, w ramach Umowy nr DZP/223/2020, polegała na:

1. dostosowaniu budynku do aktualnych przepisów przeciwpożarowych,
2. umożliwieniu dostępu dla osób niepełnosprawnych – parter,
3. zmianie aranżacji ścian działowych, remoncie posadzek i sufitów – parter i częściowo piwnica,
4. wymianie okien i drzwi zewnętrznych – parter,
5. remoncie dwóch klatek schodowych – piwnica, parter i piętro,
6. wymianie instalacji wewnętrznych wody i kanalizacji, wentylacji, instalacji elektrycznej – parter.

Pomieszczenia te były niezbędne dla funkcjonowania MCZP, w tym kluczowego dla realizacji zadań Centrum Koordynacji. Odnowione pomieszczenia spełniają warunki dostępności dla osób niepełnosprawnych. Po remoncie diametralnie poprawił się też komfort pracy i realizowanych usług zdrowotnych (zob. ANEKS 3). Pełna dokumentacja wykonanych prac przechowywana jest w Dziale Inwestycji IPiN.

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
3	Zakładana liczba warsztatów profilaktycznych przeprowadzonych w podmiotach i placówkach na terenie testowania	sztuki		0	0	30
	Zrealizowana liczba warsztatów profilaktycznych przeprowadzonych w podmiotach i placówkach na terenie testowania			0	0	33

W podmiotach i placówkach na Mokotowie przeprowadzono łącznie 33 warsztaty edukacyjno-profilaktyczne z zakresu zapobiegania depresji i zachowaniom samobójczym dla przedstawicieli różnych grup zawodowych. Szczegóły przedstawiono w Rozdziale IV. 11: *Profilaktyka depresji i zachowań samobójczych* (s. 66).

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
4	Zakładana liczba raportów z przeprowadzonego testowania modelu	sztuki		0	0	1
	Zrealizowana liczba raportów z przeprowadzonego testowania modelu			0	0	1

Ten raport jest jedynym raportem z przeprowadzonego testowania modelu kompleksowego wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów.

Oddzielnie, w dwóch publikacjach, opisano funkcjonowanie Psychologicznej Linii Wsparcia uruchomionej za zgodą Instytucji Zarządzającej w ramach projektu w okresie pierwszej fali epidemii COVID-19. Szczegóły przedstawiono w rozdziale IV.: *Linia Wsparcia Psychologicznego* (s. 76).

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
5	Zakładana liczba zespołów mobilnych powołanych na terenie testowania	sztuki		0	0	2
	Zrealizowana liczba zespołów mobilnych powołanych na terenie testowania			0	0	1

W projekcie uruchomiono jeden zespół realizujący wsparcie mobilne. Przekształcenie planowanych, mobilnych Zespołów Interwencji Kryzysowej (ZIK) w Mobilny Zespół Wsparcia Kryzysowego (MZWS) zmieniło jego rolę w projekcie i charakter oferowanego wsparcia, ale pozwoliło też oferować je wielu osobom, których kryzysowe problemy psychiczne często pozostają niezauważone, ignorowane lub są przesuwane na drugi plan. Powołanie dalszych zespołów okazało się niecelowe po rezygnacji z tych elementów modelu, które wymagałyby zatrudnienia pracowników medycznych i świadczenia usług finansowanych przez NFZ. MZWS zatrudnił 6 osób, działał więc w sile dwóch ZIK, w których planowano zatrudnienie co najmniej 3 osób.

Ponadto w MCZP cały czas funkcjonował doświadczony Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLŚ), pracujący w znacznej części w trybie mobilnym, zajmujący się pacjentami z ciężkimi lub nawracającymi zaburzeniami psychicznymi, który przez wiele lat działalności skupiał pod swoją opieką wielu takich pacjentów.

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
6	Zakładana liczba warsztatów usprawniających kompetencje zawodowe dla specjalistów, przeprowadzonych w podmiotach i placówkach na terenie testowania	sztuki		0	0	30
	Zrealizowana liczba warsztatów usprawniających kompetencje zawodowe dla specjalistów, przeprowadzonych w podmiotach i placówkach na terenie testowania			0	0	149

W ramach budzenia świadomości wokół zagadnień zdrowia psychicznego oraz negatywnych konsekwencji postaw stygmatyzujących i tendencji autostygmatyzujących u osób w kryzysach zdrowia psychicznego przeprowadzono w różnych środowiskach zawodowych 149 warsztatów destygmatyzujących dla 1482 osób. Warsztaty te przygotowali i współprowadzili specjaliści oraz przedstawiciele ruchu samopomocowego (edukatorzy). Poza rolę edukacyjno-profilaktyczną pełniły one też rolę wspierającą ruch samopomocowy. Szczegóły przedstawiono w Rozdziale IV. 12: *Samopomoc i destygmatyzacja* (s. 71).

Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
7	Zakładana liczba osób pełnoletnich z terenu testowania, które skorzystały z usług społecznych w ramach modelu	osoby		600	400	1000
	Zrealizowana liczba osób pełnoletnich z terenu testowania, które skorzystały z usług społecznych w ramach modelu			732	288	1020

Uczestnikiem projektu stawała się osoba, która wypełniła i podpisała niezbędne oświadczenia i zgody oraz uzyskała potwierdzenie spełnienia warunków przyjęcia przez delegowanych do tego pracowników (regulamin i formularze naboru, zob. ANEKS 4).

Z usług społecznych realizowanych w projekcie na terenie Mokotowa skorzystało łącznie 1020 osób, w tym 732 (71,8%) kobiety i 288 (28,2%) mężczyzn. Liczba 1020 uczestników projektu DIMO stanowi 10,15% spośród 10 040 mieszkańców Mokotowa korzystających w tym okresie ze świadczeń Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (identyfikowanych za pomocą numeru PESEL).

- Ze stacjonarnego wsparcia CK skorzystały 684 osoby (67% ogółu), w tym 492 (71,9%) kobiety i 192 (28,1%) mężczyzn.
- Ze wsparcia mobilnego w MZWS skorzystało 296 osób (29% ogółu), w tym 207 (69,9 %) kobiet i 89 (30,1 %) mężczyzn.
- Z obu typów wsparcia w różnej kolejności skorzystało 40 osób (3,9% ogółu), w tym 33 (82,5%) kobiety i 7 (17,5%) mężczyzn.

Odnotowano większą niż przewidywana liczbę kobiet niż mężczyzn. Nie wynikała ona z tendencji naboru (przyjmowani byli wszyscy kolejno zgłaszający się), lecz najwyraźniej odzwierciedlała naturalną skłonność populacji mieszkańców Mokotowa do skorzystania z proponowanej w projekcie DIMO oferty pomocowej.

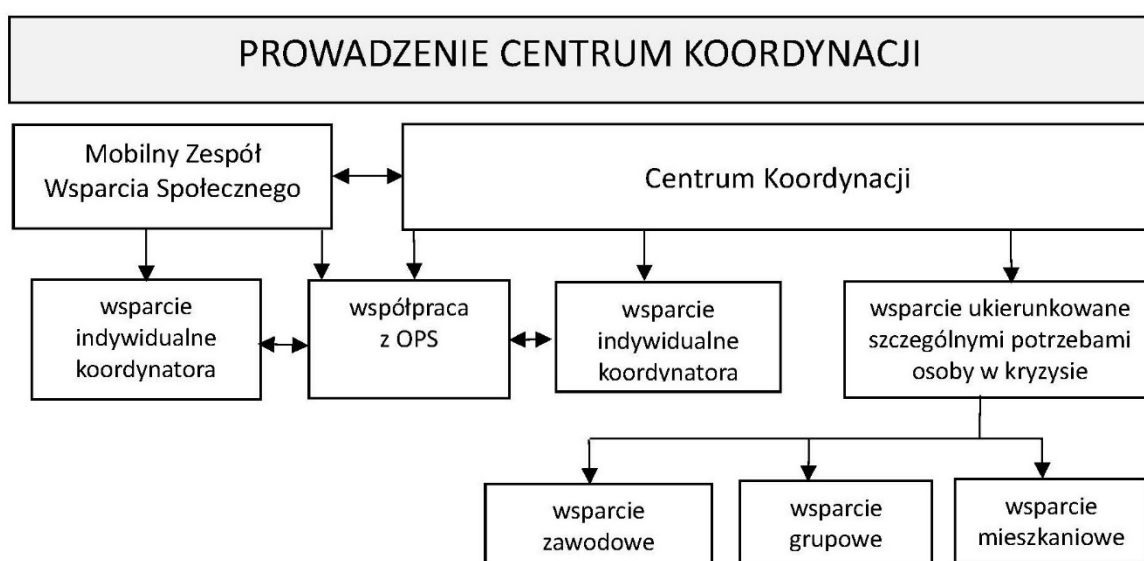
Nr	Wskaźnik produktu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika		
				K	M	O
8	Zakładana liczba osób, które skorzystały z mieszkań chronionych/treningowych i przejściowych	osoby		0	0	8
	Zrealizowana liczba osób, które skorzystały z mieszkań chronionych/treningowych i przejściowych			0	0	30

Z mieszkań chronionych łącznie skorzystało 30 osób, 18 spośród nich zamieszkiwało wyłącznie w mieszkaniu chronionym treningowym, a 10 – wyłącznie w mieszkaniach przejściowych. Dwie kobiety mieszkały najpierw w mieszkaniu treningowym, a potem przeniósł się do mieszkania przejściowego. Szczegóły przedstawiono w Rozdziale III. 7: *Wsparcie mieszkaniowe* (s. 42).

Rozdział II

Zadanie 1. Prowadzenie centrum koordynacji

Koordinację realizowano w dwóch formach: stacjonarnej – w Centrum Koordynacji (CK) – oraz mobilnej, kryzysowej – w Mobilnym Zespole Wsparcia Społecznego (MZWS).



Oba rodzaje koordynowanego wsparcia społecznego – stacjonarne i mobilne – współdziałały ze sobą. Wsparcie mobilne proponowano osobom z głębszym kryzysem, który z różnych powodów wymagał lub mógł wymagać wizyt zespołu w ich środowisku domowym i wiązało się to głównie, choć niewyłącznie, ze wsparciem indywidualnym. Często po opanowaniu aktywnej fazy kryzysu przez zespół mobilny kontynuowano wsparcie w centrum koordynacji. Koordynatorzy centrum koordynacji mogli korzystać z bardziej ukierunkowanych form wsparcia – grupowego, zawodowego lub mieszkaniowego. W obu rodzajach wsparcia często pomocna lub konieczna okazywała się współpraca z ośrodkami pomocy społecznej.

4. CENTRUM KOORDYNACJI (CK)

I. OKREŚLENIE według MODELU

Część zintegrowanych świadczeń medycznych obejmująca udzielanie niezbędnego wsparcia psychospołecznego oraz koordynację pomocy dostępnej w ramach zespołów MCZP (produkt nr 8).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. CK będzie stanowić jedno z *wejść* do Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (MCZP). Będzie aktywne w przypadku rozpoznania kryzysu zdrowia psychicznego w efekcie zgłoszenia lub zgłoszenia się do CK albo do innego zespołu MCZP, który podjął interwencję (zawiadamiając CK) lub skierował do CK w celu ukierunkowania interwencji. W przypadku nierozpoznania kryzysu udzielana będzie odpowiednia informacja.
2. Osoba w kryzysie zdrowia psychicznego będzie *rejestrowana* w Centrum Koordynacji, a kolejne działania wspierające i terapeutyczne będą tu *dokumentowane*. Interwencję w CK poprowadzi koordynator opieki.
3. *Interwencja* nastąpi bez zwłoki, nawet już w trakcie rozmowy na infolinii. W każdym innym przypadku, po zgłoszeniu, koordynator oceni, czy kryzys wymaga interwencji medycznej, czy również lub tylko jakiejś interwencji społecznej.
4. *Koordynator*:
 - W przypadku poważnego kryzysu wymagającego natychmiastowego przeciwdziałania koordynator, w zależności od ciężkości kryzysu i oceny ryzyka, uruchamia działania MZWS lub zawiadamia pogotowie ratunkowe.
 - W innej sytuacji koordynator wybierze kierunek interwencji, uzgodni terminy i będzie obserwował przebieg interwencji. Rozpoczynający koordynację pozostanie indywidualnym koordynatorem, w miarę możliwości, przez cały okres udzielania pomocy w MCZP.
 - Koordynator będzie zawsze powiadamiany przez inne placówki centrum o zakończeniu ich udziału w przebiegu interwencji/leczenia/wspierania, zachowując głos doradczy w sprawach dotyczących dalszego działania.
 - Koordynator będzie pierwszym rzecznikiem pacjenta w każdym przypadku jego sporu/ nieporozumienia z placówką MCZP.
5. *Interwencja medyczna* oznacza wybór sposobu leczenia psychiatrycznego, uzgodnienie czasu i miejsca jego podjęcia oraz wdrożenie. W zależności od wstępnej oceny interwencja może być podejmowana przez właściwe zespoły MCZP.

6. *Interwencja społeczna* oznacza włączenie potrzebującej osoby w działania, które mogą poprawić jej funkcjonowanie życiowe, zwiększyć aktywność i uczestnictwo oraz ograniczyć niepełnosprawność.
7. W celu zapewnienia ciągłej, dostosowanej i efektywnej koordynacji z udziałem przedstawicieli CK prowadzone będą *codzienne i okresowe odprawy koordynacyjne*.
8. Zakończenie koordynacji i wyjście z CK i MCZP nastąpi: (a) po zakończeniu interwencji ocenionej jako co najmniej dostateczna, (b) na życzenie pacjenta, jeśli pomoc MCZP nie jest konieczna, (c) na życzenie pacjenta wraz z deklaracją, gdzie będzie kontynuował terapię, jeśli dalsza pomoc oceniana będzie jako konieczna, (d) po zaniechaniu lub porzuceniu przez pacjenta oferowanej pomocy, jeśli poziom ryzyka nie zmusi do wdrażania postępowania bez jego zgody.

III. REALIZACJA

1. Centrum Koordynacji zapewniało możliwość kontaktu telefonicznego/zdalnego i bezpośredniego od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00–18.00.
2. Próg włączenia do projektu stanowiło stwierdzenie u zgłaszających się lub kierowanych osób kryzysu zdrowia psychicznego o nasileniu wymagającym interwencji (zob. ANEKS 5A). Osobom niewłączonym udzielano informacji o innych dostępnych formach rozwiązania trudności.
3. Uczestnik miał przypisanego koordynatora wsparcia przez cały okres udziału w projekcie. Koordynator rozpoczynał stosowne działania niezwłocznie po zgłoszeniu, a nawet już w trakcie zgłoszenia.
4. Rolę koordynatorów pełniło 6 osób z wykształceniem psychologicznym, pedagogicznym lub w zakresie pracy socjalnej oraz zdrowia publicznego, najczęściej z rozpoczętym szkoleniem w zakresie pomocy psychologicznej (p. ANEKS 5B). Liderem zespołu była osoba z kwalifikacjami pedagoga terapeuty, gruntownym przygotowaniem psychoterapeutycznym i wieloletnim doświadczeniem klinicznym.
5. Zadania i działania i koordynatora wsparcia społecznego:
 - informowanie o możliwościach wsparcia w ramach projektu;
 - rekrutacja uczestników ze sprawdzeniem, czy spełniają kryteria formalne, przedstawienie oferty wsparcia;
 - kwalifikacja do projektu obejmująca zebranie wywiadu zdrowotnego i społecznego;
 - elastyczna ocena potrzeb uczestników uwzględniająca wywiady i informacje uzyskane w trakcie wspierania;
 - wsparcie psychoedukacyjne, w tym promocja zachowań prozdrowotnych;
 - wsparcie indywidualne – krótkoterminowe, długoterminowe, doraźne, kryzysowo-interwencyjne, w kryzysie samobójczym;

- wsparcie i pomoc do momentu podjęcia specjalistycznego leczenia/psychoterapii, jeśli było konieczne;
 - przekierowanie uczestników do innych form wsparcia dostępnych w projekcie (diagnoza funkcjonalna, doradztwo zawodowe, grupy wsparcia, mieszkanie chronione treningowe, mieszkania przejściowe) lub dostępnych poza nim;
 - pomoc w kontakcie i przygotowaniu dokumentów udostępniających inne formy pomocy (np. świadczenia OPS);
 - kierowanie uczestników do innych form wsparcia dostępnych na Mokotowie i poza nim (np. warsztaty umiejętności, porady prawne).
6. Koordynatorzy uczestniczyli w cotygodniowych spotkaniach zespołu mających na celu omówienie bieżących spraw, w comiesięcznych spotkaniach z koordynatorem i prowadzącymi wsparcie grupowe oraz w doraźnych spotkaniach w sytuacjach nieoczekiwanych i niezwykłych.
7. Pracownicy CK:
- dążyli do ciągłej aktualizacji oferty pomocy dostępnej na Mokotowie i poza Mokotowem, aktualizacji możliwości wypracowanych w ramach inicjatyw partnerskich;
 - zabiegali o stałą, efektywną współpracę z innymi osobami i ośrodkami zaangażowanymi w leczenie i wsparcie uczestników, zwłaszcza w ramach projektu, w placówkach medycznych MCZP, partnerstwach lokalnych, a także w Ośrodkach Pomocy Społecznej;
 - współpracowali z lokalnymi instytucjami partnerskimi, organizowali kontakty i współpracę uczestników z różnymi organizacjami, brali udział w kampaniach społecznych i medialnych na terenie Mokotowa;
 - odpowiadali za uzyskanie niezbędnych dokumentów pozwalających na korzystanie z oferty projektu, a także gromadzili, przetwarzali i przechowywali informacje o uczestnikach projektu (z wyłączeniem dokumentacji medycznej). Każdy z partnerów projektu miał dostęp do podstawowych danych osobowych uczestnika.

Ogółem ze wsparcia koordynatorów CK skorzystały 684 osoby, w tym **492 kobiety** (72%) i **192 mężczyzn** (28%).

Spśród nich 40 osób (prawie 6%) korzystało również (wcześniej, później lub w trakcie) ze wsparcia mobilnego w MZWS.

W czasie trwania programu cykl wsparcia w CK zakończyło 428 (65,5%) osób.

Znaczna część (226 osób, 34,4%) kontynuowała wsparcie do końca programu.

Przeciętny czas korzystania ze wsparcia CK przez tych, którzy je ostatecznie zakończyli, wynosił **448 dni**. Przeciętny czas korzystania ze wsparcia CK przez tych, którzy korzystali z niego do końca programu, wynosił **1236 dni**.

8. Mieszkańców dzielnicy, personel medyczny MCZP, inne instytucje pomocowe (lekarze POZ, OPS, organizacje obywatelskie) regularnie informowano o zakresie działań w projekcie podczas spotkań klinicznych i kampanii informacyjnych, w których wykorzystywano materiały drukowane (ulotki, informatory, plakaty) i aktywność mediów społecznościowych.
9. Zakończenie udziału w projekcie następowało po zakończeniu wsparcia, ocenie jego efektywności oraz na życzenie uczestnika projektu. Nie było konieczności inicjowania pomocy w trybie postępowania bez zgody.

IV. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ

1. *Dostępność.* CK, podobnie jak Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny MCZP, funkcjonowało w godzinach 8.00–18.00 (z wyłączeniem dni wolnych od pracy). W czasie niedostępności kontaktu z CK funkcjonowała pomoc doraźna MCZP, pełniona przez lekarza dyżurnego umiejscowionego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Ten rodzaj dostępności ukształtował się w początkowym okresie funkcjonowania programu w konfrontacji z niedostateczną jeszcze kadrą i infrastrukturą CK, a przede wszystkim w związku z radykalnymi zmianami zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19. Okazał się on wystarczający i w zasadzie funkcjonalny. W CK nie prowadzono też planowanej wcześniej całodobowej infolinii będącej telefonem interwencyjnym. Natomiast w związku z pandemią w ramach programu otwarto i prowadzono telefoniczną Linie Wsparcia dla osób z problemami psychicznymi, dostępną dla wszystkich, bez względu na miejsce zamieszkania (przestawioną w raporcie odrębnie).
2. *CK jako część MCZP.* CK zabiegało o bliską współpracę z zespołami medycznymi MCZP, ale z wielu powodów skupienie uwagi na wspólnych wyzwaniach dotyczących indywidualnego wsparcia społecznego i zdrowotnego powiodło się w ograniczonym i raczej niedostatecznym stopniu. Wsparcie społeczne oferowane przez CK ostatecznie nie stało się integralną częścią pomocy oferowanej w MCZP, lecz jedynie jej dobrze, ale dość odrębnie funkcjonującym dopełnieniem. Dla bardziej zaawansowanej integracji nie udało się stworzyć koniecznej synergii instytucjonalnej.
 - CK zajmowało się tylko przyjmowaniem zgłoszeń do programu wsparcia społecznego. Takie zadania jak udział w organizacji pomocy w ciągu 24 godzin pierwszego kontaktu oraz w procesie leczenia aż do jego zakończenia należały do kompetencji pracowników medycznych, zatrudnionych w Punktach Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych. Z powodu odrębnych przepisów prawa do dokumentacji CK nie była włączana dokumentacja medyczna (z pobytu w oddziałach całodobowych, dziennym) – w wielu sytuacjach uczestnicy programu jedynie okazywali dokumentację medyczną pracownikom CK.
 - Placówki opieki zdrowotnej MCZP nie zawsze powiadamiały koordynatorów centrum o zakończeniu i przebiegu interwencji/leczenia. W wielu sytuacjach koordynatorzy nie byli zapraszani jako głos doradczy, nie pełnili też roli rzecznika interesów pacjenta. Inicjowanie przez pracowników zespołów medycznej części MCZP kontaktu z koordynatorami CK w sprawach pacjenta nie stanowiło praktyki ani regularnej, ani powszechnej. Praktykę dążenia do nawiązania i utrzymania współpracy z koordynatorami wsparcia społecznego

częściej podejmowano w jednostkach zlokalizowanych w tym samym budynku co CK niż w jednostkach oddalonych (przestrzennie i mentalnie).

- Koordynatorzy CK nie brali udziału w codziennych wewnętrznych odprawach koordynacyjnych w poszczególnych zespołach centrum z powodu ograniczeń lokalowych – nie było możliwości zapewnienia bezpiecznego kontaktu (sytuacja epidemiologiczna, rygorystyczne wytyczne i zalecenia epidemiologiczne w placówkach medycznych). Z powodu pandemii, a także utrwalonych szablonów instytucjonalnych, realizacja wspólnych okresowych spotkań zespołów medycznych z koordynatorami wsparcia społecznego była również bardzo ograniczona.
3. *CK w społeczności lokalnej.* CK nie stało się miejscem/forum organizowania współpracy zdrowiejących pacjentów z różnymi organizacjami. Koordynatorzy zgromadzili jednak znaczną wiedzę na temat organizacji działających na rzecz zdrowia psychicznego na Mokotowie i wykorzystywali ją.

V. REKOMENDACJE

1. Doświadczenia CK w Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego wskazują, że pomyślne i skuteczne funkcjonowanie stacjonarnego koordynowanego wsparcia społecznego w obszarze funkcjonowania centrum zdrowia psychicznego wymaga:
- właściwego usytuowania wsparcia społecznego w całości opieki świadczonej przez CZP tak, by mogło ono przełamywać istniejące ograniczenia mentalne, instytucjonalne i profesjonalne. Kluczowa wydaje się tu rola i pozycja instytucjonalna koordynatorów, którzy z koordynatorów delegowanych do wsparcia społecznego stawaliby się docenianymi koordynatorami całości opieki świadczonej w CZP, wyposażonymi w odpowiednie uprawnienia i narzędzia działania;
 - przygotowywania koordynatorów na kursach i szkoleniach do pomocy psychologicznej/interwencji kryzysowej; koordynatorzy powinni mieć wykształcenie kierunkowe, wiedzę i umiejętności potrzebne do nawiązania i utrzymania kontaktu z osobami z problemami i zaburzeniami psychicznymi, a także doświadczenie kliniczne niezbędne do trafnej, wstępnej oceny stanu zdrowia psychicznego;
 - objęcia koordynacji pomocy regularną superwizją, odpowiadającą na trudne wyzwania dotyczące współpracy zespołowej i indywidualnej relacji z pacjentem jako podmiotem udzielanej pomocy;
 - eliminacji sztucznych barier komunikacyjnych wnoszonych przez regulacje prawne (tajemnica zawodowa, RODO), systemy informatyczne oraz anachroniczną rutynę profesjonalną i instytucjonalną.
2. Poszerzenie oferty koordynacji o podstawową psychologiczną pomoc indywidualną i grupową stanowiłoby szansę szybszej odpowiedzi na potrzeby znacznej części populacji, które są słabo zaspokajane przez publiczne zasoby psychoterapii, ponieważ obecnie do psychoterapeutów

(których w ofercie publicznej jest mało) kieruje się tylko osoby wymagające psychoterapii specjalistycznej.

3. W populacji objętej odpowiedzialnością terytorialną CZP konieczne jest stałe upowszechnianie i aktualizowanie wiedzy na temat centrum za pośrednictwem kampanii informacyjnych oraz promocyjnych z wykorzystaniem wszelkich kanałów komunikacji (druki, media, strony internetowe, media społecznościowe, wydarzenia lokalne, współpraca z organizacjami obywatelskimi).

5. MOBILNY ZESPÓŁ WSPARCIA SPOŁECZNEGO

I. OKREŚLENIE według MODELU

Zintegrowane świadczenia medyczne. Schemat organizacyjny interwencji kryzysowej i jego merytoryczne założenia (produkt nr 10).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

Psychiatryczny *Zespół Interwencji Kryzysowej* (ZIK), opisany szczegółowo w pierwotnym modelu, planowany był jako wielodyscyplinarny zespół interweniujący w przypadkach cięższych kryzysów psychicznych, w których pacjenci są zwykle kierowani do szpitalnej opieki całodobowej, a które dzięki doraźnym, krótkoterminowym, intensywnym działaniom terapeutycznym i socjalnym w środowisku będzie można rozwiązywać w domu, nie narażając pacjenta i otoczenia na negatywne skutki niekonicznej hospitalizacji. W sytuacji poważnego kryzysu brak ZIK na Mokotowie wydłużał oczekiwanie na pomoc ambulatoryjną, przyczyniając się do niekontrolowanego narastania zaburzeń i zwiększając zapotrzebowanie na hospitalizację. ZIK miał przyspieszyć pomoc i stanowić alternatywę dla kosztownej i obciążającej hospitalizacji całodobowej.

1. Założenia:

- zespół wielodyscyplinarny o odpowiednich kwalifikacjach w zakresie opieki psychiatrycznej oraz wsparcia psychospołecznego (m.in. lekarze, pielęgniarki, terapeuci środowiskowi, psycholodzy, pracownicy socjalni, wolontariusze, sanitariusze, ratownicy medyczni);
- minimum 3 osoby w zespole interwencyjnym;
- uruchomienie 2 zespołów, a więcej w razie wzrostu zapotrzebowania;
- szybkie, intensywne, ale krótkoterminowe wsparcie we wczesnej fazie cięższego kryzysu psychicznego zapowiadającego konieczność hospitalizacji;
- łatwa dostępność i bliska współpraca z innymi jednostkami MCZP;
- praca w środowisku (w domu lub blisko domu pacjenta);
- zachowanie kontaktu z „naturalną” siecią wsparcia społecznego (rodzina, opiekunowie).

2. Spodziewane korzyści: szybkość interwencji, wsparcie opiekunów, zachowanie podmiotowości i szacunku przez pacjenta, ograniczenie stygmatyzacji, przerwanie cyklu błędnego koła hospitalizacji, efektywność ekonomiczna.

3. Ze względu na konieczność modyfikacji założeń projektu w związku z rozpoczęciem w Polsce programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego i uruchomieniem Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego wykluczono z projektu realizację zadań mających charakter medyczny. Wiązało się to z rezygnacją z zatrudnienia personelu o kompetencjach medycznych

(lekarze, pielęgniarki, sanitariusze etc.) i ograniczeniem projektowanych zadań do zapewnienia wsparcia społecznego.

4. Dlatego zaszła konieczność zmiany nazwy i zadań zespołu z *Zespołu Interwencji Kryzysowej (ZIK)* na *Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego (MZWS)*, co oddaje w większym stopniu charakter ostatecznie planowanej i realizowanej działalności. Planowany ZIK i zrealizowany MZWS stanowiły odpowiedź na potrzebę stworzenia narzędzia pomocy osobom doświadczającym kryzysu psychicznego, które oferuje krótkoterminowe wsparcie obejmujące interwencje psychologiczne i socjalne, możliwe do realizacji w warunkach domowych.

III. REALIZACJA

1. *Kryzys psychiczny* rozumiany był w MZWS jako wyraźne pogorszenie funkcjonowania w sferze osobistej, interpersonalnej, zawodowej, powiązane z cierpieniem psychicznym lub wystąpieniem objawów zaburzeń psychicznych. Poza aktualnymi klasyfikacjami nozograficznymi kryzysy psychiczne można opisywać, biorąc pod uwagę ich czas trwania (krótkotrwałe, przewlekające się, przewlekłe), skłonność do nawrotu (epizodyczne, nawracające) lub obecność domniemanego czynnika wywołującego (idiopatyczne, reaktywne, pourazowe, somatogenne, toksykogenne). Większość kryzysów psychicznych rozwiązuje się samoistnie za sprawą dostępnych naturalnych zasobów ochronnych. Niedostatek lub wyczerpanie tych zasobów wymagają zewnętrznego wsparcia. Zwykle krótkoterminowe formy wsparcia w większym stopniu wykażą skuteczność wobec kryzysów krótkotrwałych, epizodycznych i reaktywnych (reakcji na stres psychiczny) niż wobec kryzysów przewlekłych lub o niejasnych przyczynach, które wymagają podejścia długoterminowego i specjalistycznego.
2. Wsparcie psychospołeczne jest kluczowym elementem interwencji w kryzysie.
 - Polega na umacnianiu adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem lub na wykorzystaniu i budowaniu zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. Ze względu na związane z bieżącym kryzysem chwilowe ograniczenie możliwości radzenia sobie szczególną rolę odgrywają działania proste, łatwe do zastosowania i względnie uniwersalne. Możliwość samodzielnego podejmowania niektórych działań przez pacjenta sprzyja odzyskiwaniu poczucia samosteroowności, umacnia motywację do wprowadzania zmian oraz budzi nadzieję na przezwycięzenie kryzysu.
 - Ponadto możliwe jest budowanie zasobów zewnętrznych poprzez oferowanie innych form wsparcia psychospołecznego w społeczności lokalnej, takich jak między innymi: grupy samopomocowe, wydarzenia kulturalne, zajęcia kreatywne, koła tematyczne. W niektórych sytuacjach wskazane jest wielokierunkowe działanie wiążące się z przekierowaniem do innych instytucji: budowanie oparcia społecznego i zapewnienie minimum socjalnego (ośrodki pomocy społecznej), aktywizacja zawodowa (urząd pracy, agencje pośrednictwa pracy, doradztwo zawodowe) lub nieodpłatna pomoc prawna.

- Wdrożenie interwencyjnego wsparcia na odpowiednio wczesnym etapie rozwoju kryzysu może przyczynić się do ograniczenia jego negatywnych konsekwencji (np. wypadnięcia z ról społecznych i zawodowych, rozbicia więzi społecznych i in.), które podtrzymują lub nasilają kryzys. Krótkoterminowa interwencja może ujawniać potrzebę kontynuacji wsparcia w formie oddziaływań wyspecjalizowanych i długoterminowych.
3. Warunki zaofiarowania i podjęcia wsparcia wynikały z przesłanek prawnych i oceny bezpieczeństwa interwencji. Zakładano dobrowolność udziału w interwencji (wyrażenie zgody) i ujawnienie wstępnej motywacji do przyjęcia pomocy.
 4. Kwalifikowano dorosłych mieszkańców Mokotowa (doświadczających aktualnego kryzysu psychicznego, zdolnych do wyrażenia zgody na udział w projekcie, akceptujących oferowane wsparcie i funkcjonujących poznawczo w stopniu umożliwiającym korzystanie z niego oraz zobowiązujących się do pełnej abstynencji od substancji psychoaktywnych i alkoholu co najmniej na czas interwencji. Nie kwalifikowano osób z objawami poważnych lub przewlekłych chorób somatycznych, których objawy przypominające zaburzenia psychiczne mogłyby odraczać niezbędne postępowanie. Starannie oceniano bezpieczeństwo osób uzyskujących wsparcie, szczególnie pod kątem ryzyka podjęcia próby samobójczej, ale także bezpieczeństwo osób udzielających wsparcia w warunkach domowych (zob. ANEKS 6).
 5. Pracownicy – zespół 4–6 psychologów z doświadczeniem i najczęściej podjętym szkoleniem w różnych typach psychoterapii oraz pracownik socjalny (przez większość czasu trwania projektu) zatrudnieni na pełny etat. Nadzór specjalisty psychiatry – regularne konsultacje (dwie w tygodniu) i doraźne w razie potrzeby. Korzystano z superwizji psychoterapeuty dwukrotnie w miesiącu.
 6. Przyjęcie – zgłoszenie mogło zostać przekazane osobiście lub telefonicznie przez osobę w kryzysie, członka rodziny, profesjonalistę udzielającego wsparcia w ramach innej jednostki projektu lub MCZP.
 - Zespół MZWS funkcjonował w godzinach od 8.00 do 16.00, od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w pomieszczeniach MCZP.
 - Zgłoszenie przyjmował pracownik MZWS – praca była organizowana tak, aby zawsze była dostępna osoba, która może zgłoszenie przyjąć. W trakcie pierwszej rozmowy pracownik MZWS weryfikował kryteria objęcia opieką ze zgłaszającym oraz potencjalnym uczestnikiem oraz informował o rodzaju oferowanego wsparcia i jego ograniczeniach, a w razie potrzeby kierował do miejsca mogącego udzielić bardziej adekwatnej formy wsparcia.
 - Decyzję o objęciu wsparciem podejmowano nie później niż w ciągu 48 godzin. Osoba w kryzysie stawała się uczestnikiem projektu w momencie podpisania zgody na udział; w uzasadnionych przypadkach zgoda mogła zostać podpisana nie od razu, ale nie później niż na drugim spotkaniu.

7. Interwencja – wsparcia udzielały dwie osoby z zespołu, ich dobór był dokonywany z uwzględnieniem preferencji uczestnika oraz doświadczenia zawodowego pracowników. Częstość spotkań była ustalana z uczestnikiem (od 1 do 5 w tygodniu).

- Ogółem ze wsparcia koordynatorów MZWS skorzystało 296 osób, w tym 207 kobiet (70%) i 89 mężczyzn (30%).
- Skorzystały one z w tym czasie z **1748 wizyt** zespołu (przeciętnie blisko 6 wizyt na osobę).
- Przeciętny czas korzystania ze wsparcia MZWS wynosił **42,4 dnia**.
- Spośród uczestników 40 osób (13,5%) korzystało również (wcześniej lub później) ze wsparcia w CK.

8. Pierwsza wizyta obejmowała:

- poszerzenie wstępnej diagnozy kryzysu, w tym ocenę: trudności/problemów zgłaszanych przez uczestnika lub osoby zgłaszające, nasilenia objawów psychopatologicznych, funkcjonowania poznawczego, społecznego i zawodowego, potrzeb socjalnych, dotychczas uzyskiwanego wsparcia zdrowotnego i społecznego, zasobów pacjenta i jego sieci wsparcia społecznego, ryzyka samobójstwa lub zachowań zagrażających;
- podjęcie właściwej interwencji w postaci: wysłuchania, umożliwienia odreagowania emocji (dla każdej ze stron zaangażowanych w kryzys), udzielenia niezbędnych informacji w sprawach zdrowia, psychoprofilaktyki, psychofarmakologii, sposobów radzenia sobie z trudnościami, tworzenia planu terapeutycznego (uwzględniającego częstość wizyt, oddziaływania psychoterapeutyczne, mobilizację zasobów pacjenta); w przypadku potrzeby leczenia psychiatrycznego motywowanie do jego podjęcia, skierowanie do właściwej placówki, powiadomienie ośrodka, jeśli zachodzi taka potrzeba, wyjaśnienie proponowanego postępowania, przedstawienie możliwości terapeutycznych, możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia (pomoc społeczna, instytucje pozarządowe);
- pozostawienie pisemnej informacji dotyczącej w szczególności: terminów kolejnych wizyt, postępowania w sytuacjach narastania kryzysu (np. zastosowanie technik redukcji napięcia, kontakt telefoniczny z MZWS, wezwanie zespołu ratownictwa medycznego).

9. Kolejne wizyty przebiegały według analogicznego schematu, modyfikowanego i aktualizowanego stosownie do nowych okoliczności i potrzeb.

10. Zakończenie wsparcia następowało z chwilą rozwiązania kryzysu, co wiązało się z ustaleniem wskazań i skierowaniem do odpowiedniej placówki (poradnia zdrowia psychicznego, poradnia uzależnień, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny psychiatryczny) oraz uzgodnieniem indywidualnego planu zapobiegania sytuacjom kryzysowym lub planu rozwiązywania kryzysu na wypadek jego nawrotu (o ile jest to zależne od uczestnika projektu).

V. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ MODELU

1. Model zakładał w mobilnym ZIK wielospecjalistyczną strukturę zatrudnienia obejmującą: lekarzy, psychologów, pielęgniarki, terapeutów, pracowników socjalnych i asystentów zdrowia. Konieczność modyfikacji założeń projektu ze względu na rozpoczęcie programu pilotażowego w Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego wykluczyła zatrudnianie w projekcie pracowników medycznych. Faza zatrudniania pracowników projektu zweryfikowała realne możliwości pozyskania personelu o kwalifikacjach pielęgniarzkich i asystentów zdrowia (brak zgłoszeń). Miało to związek z małą dostępnością personelu o wskazanych kwalifikacjach.
2. Planowanie stworzenia wielodyscyplinarnego zespołu mobilnego wynikało z założenia, że uczestnicy projektu będą w większości osobami z nawracającymi i przewlekłymi zaburzeniami psychotycznymi, wymagającymi wielostronnej pomocy, medycznej i psychospołecznej. Konieczność przeniesienia zadań zespołu mobilnego z medycznej interwencji kryzysowej (ZIK) na wsparcie psychospołeczne (MZWS) skutkowało tym, że osoby z kryzysami psychotycznymi stanowiły wśród uczestników korzystających ze wsparcia MZWS mniejszość. Większość takich osób korzystała z funkcjonującego od lat na terenie Mokotowa ZLŚ, który dawał możliwość objęcia długoterminowym wsparciem pacjentów z tej grupy, także w trybie mobilnym.
3. W praktyce osoby zgłaszające się do MZWS wymagały głównie wsparcia psychologicznego, zdecydowanie rzadziej porady pracownika socjalnego. Wydaje się, że MZWS sensownie wypełnił lukę w dostępności pomocy dla osób z tak zwanymi pospolitymi zaburzeniami psychicznymi (CMI, *Common Mental Disorders*), których problemy są przez system ochrony zdrowia psychicznego często ignorowane lub przesuwane na drugi plan jako mniej istotne. Jednak nierozwiązanie ich w porę może powodować następstwa niosące poważne ryzyko zdrowotne.
4. Przekształcenie planowanego ZIK w realizowany MZWS spowodowało zmianę zapotrzebowania na realizowane zadania. W tej sytuacji organizowanie drugiego i kolejnych zespołów mobilnych było niecelowe. Jeden MZWS, zatrudniając co najmniej 6 osób, działał w istocie jak dwa mobilne ZIK, dla których planowano zatrudnienie po co najmniej trzech pracowników.
5. Aby zachować możliwie kompleksowy charakter wsparcia i zapewnić ciągłość opieki, wypracowano ścieżki współpracy z jednostkami medycznymi Mokotowskiego CZP i jednostkami medycznymi działającymi na terenie Warszawy, co miało rozszerzyć zakres wsparcia podczas lub po zakończeniu interwencji. Współpraca z MCZP polegała w szczególności na regularnym uczestnictwie w zebraniach klinicznych oddziałów psychiatrycznych Centrum, kontaktowaniu się z innymi jednostkami MCZP i przedstawianiu oferty tych jednostek. Jednocześnie przekazywano informacje odnośnie do oferowanego w projekcie wsparcia. Poza tym w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia uczestnika współpraca polegała na kontakcie osobistym lub telefonicznym z pracownikami izby przyjęć oraz towarzyszeniu pacjentowi w drodze do izby przyjęć.

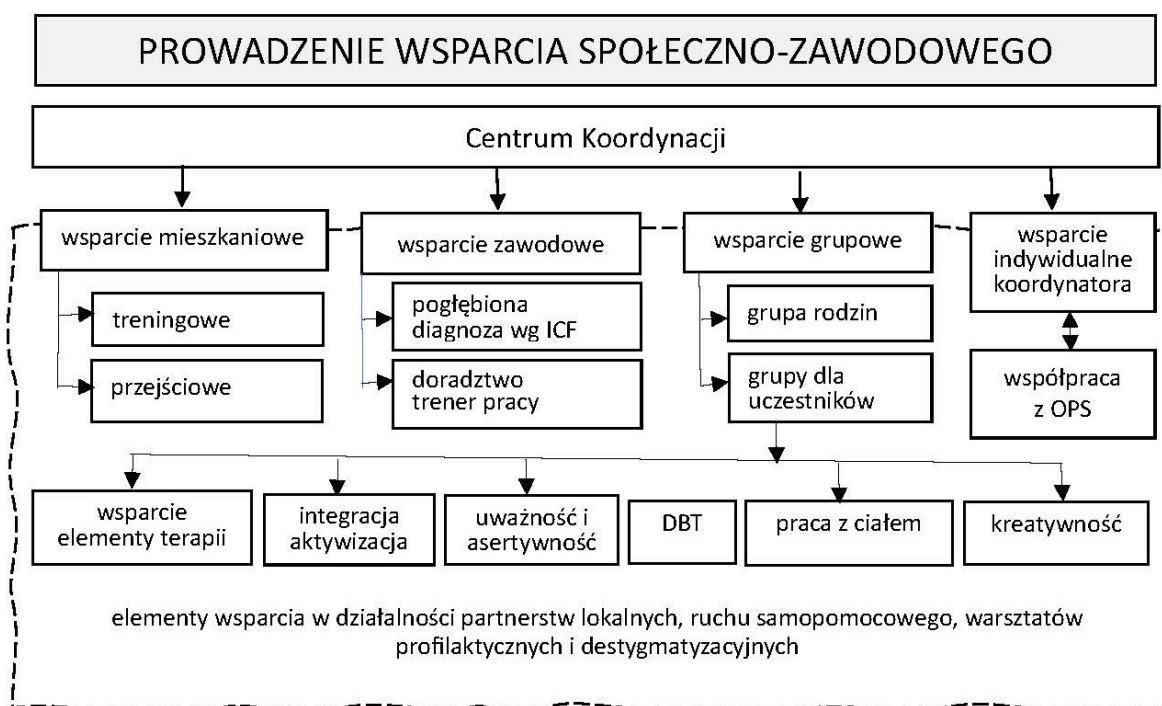
VI. REKOMENDACJE

1. MZWS stanowi potrzebne i oczekiwane przez osoby wymagające pomocy uzupełnienie oferty ambulatoryjnego wsparcia psychospołecznego, które może być realizowane zarówno w ramach jednostki medycznej, jak i jednostki pomocy społecznej.
 - Kluczowymi cechami zespołu są: mobilność, utrzymywanie gotowości do podjęcia pilnej interwencji nie później niż kolejnego dnia roboczego, regularne spotkania z jednostkami medycznymi i jednostkami pomocy społecznej w rejonie operacyjnym, ciągłe doskonalenie się poprzez superwizję terapeutyczną i możliwość konsultacji z pracownikiem medycznym (psychiatrą/pielęgniarką psychiatryczną);
 - Na równi z interwencją w kryzysie poprzedzającym hospitalizację ważną okazała się możliwość zapewnienia wsparcia osobom po hospitalizacji psychiatrycznej;
 - Interwencje w siedzibie zespołu przeważały ze względu na preferencje osób wymagających wsparcia, ale możliwość wsparcia w domu powinna być zapewniona;
 - Lokalizacja siedziby w budynkach lub w pobliżu placówki medycznej skutkuje lepszą współpracą z daną placówką.
2. Aktualne programy szkoleń psychoterapeutycznych i wiedza akademicka nie przygotowują do interwencyjnej pracy w warunkach domowych/środowiskowych i wymagają uzupełnień w tym zakresie.
3. Z powodu zaobserwowanej rotacji kadr jasne zasady kwalifikacji, interwencji i współpracy międzyinstytucjonalnej mogą ułatwić zapewnienie wsparcia na dobrym poziomie.
4. Proces wprowadzania zmian w systemie opieki w kryzysie psychicznym (takich jak np. powołanie MZWS) wymaga szeregu ponawianych działań informacyjnych oraz edukacyjnych w środowiskach profesjonalnie zajmujących się wsparciem osób w kryzysie psychicznym – jednorazowe działania są nieskuteczne, a czasem przeciwnie skuteczne.
5. Ze względu na zmianę charakterystyki problemów osób zgłaszających się po pomoc rośnie znaczenie krótkoterminowych metod wsparcia w kryzysach związanych z zaburzeniami osobowości lub kryzysach związanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.

Rozdział III

Zadanie 2. Prowadzenie wsparcia społeczno-zawodowego

Stosownie do potrzeb i okoliczności koordynatorzy CK mogli zaproponować uczestnikom trzy formy wsparcia o charakterze społecznym (wsparcie grupowe, wsparcie mieszkaniowe, kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej) i wsparcie zawodowe (aktywizacja zawodowa). We wszystkich tych formach działania pewną rolę odgrywało również rozproszone wsparcie wspólnotowe, samopomocowe, edukacyjne i profilaktyczne, mobilizowane dzięki współpracy z partnerstwami lokalnymi oraz działaniom warsztatowym, które zostały opisane w następnym rozdziale.



6. WSPARCIE GRUPOWE

I. OKREŚLENIE według MODELU

Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Programy budowania grup/ośrodków wsparcia dla pacjentów i ich rodzin (produkt nr 15).

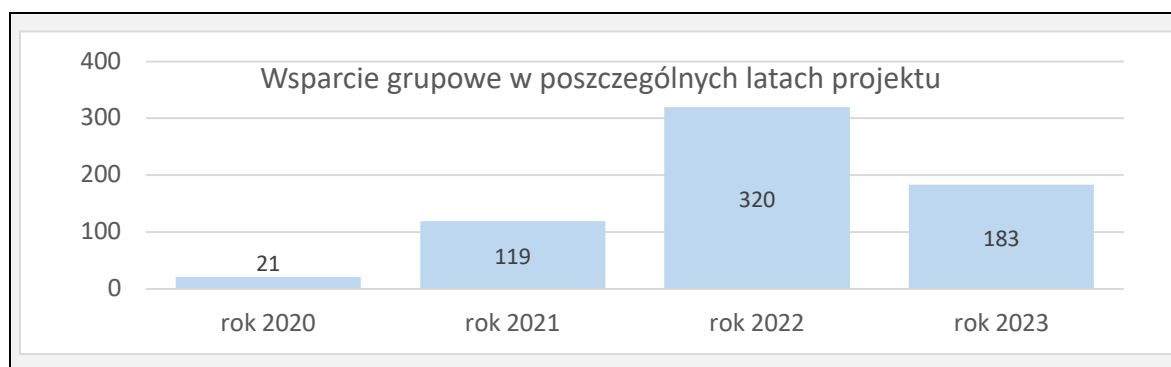
II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. W ramach kompleksowej opieki psychiatrycznej w proponowanym modelu planowano tworzenie różnych cotygodniowych grup wsparcia (10–12 osób) dla dorosłych osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz członków ich rodzin (bliskiej sieci społecznej). Rozważano plany organizacji:
 - grup wsparcia terapeutycznego z udziałem moderatorów,
 - grup wsparcia dla rodzin,
 - warsztatów zdrowienia, motywacji i zmian,
 - zajęć treningowych: trening relaksacyjny, umiejętności społecznych, poznawczych, meta-poznawczych,
 - zajęć zorganizowanych: kółko plastyczne,
 - zajęć sportowych,
 - zajęć okolicznościowych: wyjścia do muzeum, kina, teatru, koło filmowe, wycieczki, obchody uroczystości.
2. Oczekiwano, że aktywności grupowe pomogą rozwiązywać szereg problemów sprzyjających procesowi zdrowienia poprzez:
 - motywowanie do zachowania ciągłości wsparcia/terapii, do zmiany defensywnego trybu życia, do celowej i konstruktywnej aktywności, planowania czasu wolnego;
 - przeciwdziałanie izolacji, wycofaniu, osamotnieniu, utrwalaniu „ roli chorego”, deprymującym objawom;
 - rozwój umiejętności funkcjonowania w grupie, współdziałania, podejmowania odpowiedzialności, rozwiązywania sytuacji trudnych, radzenia sobie z objawami choroby;
 - włączenie rodziny/sieci społecznej w proces zdrowienia.
3. Planowano tworzenie warunków do formowania się na terenie ośrodka lub poza nim grup bez udziału moderatorów (samopomocowych) – promujących samodzielność, rozwój umiejętności społecznych, odpowiedzialność za planowanie życia, grupową solidarność i współdziałanie uczestników, reprezentowanie swoich praw i oczekiwań.

4. Zasady kwalifikacji uzależniano od formy wsparcia grupowego. Do grup o charakterze otwartym nie przewidywano uzyskiwania skierowania od lekarza psychiatry. Natomiast w przypadku grup psychoterapeutycznych i warsztatowych takie skierowanie przez osobę moderującą miało być wymagane.
5. Przewidywano zatrudnienie terapeutów zajęciowych, arteterapeutów, psychologów i psychoterapeutów. Podkreślano konieczność zapewnienia dwóch osób prowadzących grupy oraz okresowego nadzorowania/konsultacji (superwizji) procesów wsparcia grupowego.
6. Ponieważ wcześniej na obszarze Mokotowa nie funkcjonowała szersza i łatwo dostępna pomoc tego rodzaju, przewidywano stopniowe jej uruchamianie w miarę upowszechnienia się informacji o dostępności takich form wsparcia (kampania informacyjna), a także pozyskiwania infrastruktury oraz profesjonalnej kadry o odpowiednich kompetencjach, zmotywowanej do działania w nietypowych warunkach opieki środowiskowej.

III. REALIZACJA

Ze wsparcia grupowego skorzystało łącznie 643 uczestników projektu. Początkowy okres wprowadzania (2020) wsparcia grupowego był bardzo trudny ze względu na restrykcje z powodu pandemii i brak doświadczeń oraz warunków technicznych do zajęć grupowych w trybie online.



Ostatecznie wprowadzono 7 form zajęć grupowych – 3 w formie permanentnej (ciągłej) i 4 w cyklach 3–6 miesięcznych. Terapeuci korzystali z 361 godzin superwizji – w kolejnych latach projektu: 14, 125, 128, 94 h).

GRUPA WSPARCIA (wsparcie z elementami terapii)

1. Grupa permanentna, półotwarta, prowadzona przez dwie osoby (psychoterapeuta i/lub psycholog), spotkania 2-godzinne, 1 x w tygodniu; przez cały okres trwania projektu z przerwą 3-miesięczną przewinęło się 9 prowadzących.
2. Uczestniczyły w grupie osoby z problemami zdrowia psychicznego o zróżnicowanym charakterze i różnym nasileniu. Zakładana liczebność wynosiła około 15 osób, a proces włączania do grupy był wspierany przez koordynatorów CK pozostających w stałym kontakcie z uczestnikami.

3. Najczęściej powtarzającą się motywacją do uczestnictwa było poczucie osamotnienia i potrzeba kontaktów z innymi osobami. Zróżnicowanie wieku (od 22 do 71 lat), a tym samym doświadczenia życiowego i zawodowego, pozwalało na omówienie trudności z różnych perspektyw. Uczestnicy chętnie dzielili się doświadczeniami i udzielali sobie nawzajem wsparcia.
4. Ważnymi zasobami uczestników były zdobyte wykształcenie (średnie, wyższe) oraz aktywność w poszukiwaniu wsparcia, o czym świadczy uczestnictwo w grupie, szczególnie w przypadku osób, które systematycznie i konsekwentnie uczęszczają na spotkania.
5. Widoczne były korzyści z uczestnictwa niektórych osób w innych formach wsparcia w ramach projektu (praca z ciałem, asertywność, integracja – aktywizacja), które w połączeniu z zajęciami grupy wsparcia sprzyjało nabywaniu nowych umiejętności radzenia sobie w życiu codziennym i w relacjach z innymi. Ważna była wymiana informacji dotyczących indywidualnych trudności interpersonalnych uczestników, co było omawiane z koordynatorami udzielającymi indywidualnego wsparcia psychologicznego.

GRUPA INTEGRACJI (integracyjno-aktywizująca)

1. Grupa permanentna, półotwarta, prowadzona przez dwie osoby (psychoterapeuta i asystent zdrowienia), spotkania 2-godzinne, co 2 tygodnie; przez cały okres trwania projektu z przerwą dwumiesięczną, przez ostatnie pół roku na prośbę uczestników – spotkania co tydzień, przewinęło się 4 prowadzących. Spotkania realizowane były także w plenerze, co podczas pandemii przyspieszyło wyjście z formuły zdalnych spotkań.
2. W każdym z przeprowadzonych spotkań zajęcia skupiały się na obu aspektach: integracyjnym i aktywizującym.
 - Integracji służyły między innymi: (a) rozmowy i aktywności w parach, małych podgrupach i całej grupie, (b) tematy pozwalające na poznawanie się i wymianę doświadczeń, (c) „prace domowe” zalecane do wykonania w parach lub podgrupach, (d) motywowanie do samodzielnego spotykania się pomiędzy zajęciami.
 - Aktywizacji służyły między innymi: (a) mobilizowanie uczestników do wychodzenia z domu, planowania swoich aktywności, (b) udział w programowaniu spotkań, (c) powierzenie uczestnikom współodpowiedzialności za przebieg spotkań, (d) „prace domowe” zalecane do wykonania między spotkaniami, wymagające wychodzenia z domu, mobilizacji i aktywności, (e) wspieranie uczestników w aktywności wyrażającej ich zasoby: pasje, zdolności, zainteresowania.
3. Ważna była możliwość spotkania osób przeżywających podobne problemy, dzielenia się odczuciami i przemyśleniami, wymiany doświadczeń, co ograniczało poczucie osamotnienia w doświadczaniu kryzysu, a kontakt z osobami zdrowiejącymi i powracającymi do aktywności dodawał motywacji do podobnych starań. Spotkania pozwalały na nawiązanie bliższych kontaktów, wspieranie się podczas zajęć, ale i poza nimi. Sprzyjało to odbudowywaniu sieci wsparcia, często utraconej w wyniku kryzysu.

4. Dla wielu osób, które zamknęły się w domach, spotkania były bodźcem do wychodzenia, mobilizowały do aktywności. Zaproszenie do współtworzenia spotkań przywracało poczucie podmiotowości i sprawczości. Wykonując różne zadania, uczestnicy odkrywali w sobie zasoby i zdolności do współdziałania. Wracali do swoich pasji i zainteresowań, podejmowali aktywności, które przerwali wskutek kryzysu.
5. Spotkania w ramach grupy integracyjno-aktywizującej stanowiły dla wielu jej uczestników stały element zdrowienia i miejsce, do którego mogli wracać nawet po krótkiej nieobecności. Grupa jako otoczenie osób przyjaźnie do siebie nastawionych, wzajemnie się wspierających, dodawała uczestnikom motywacji do podejmowania samodzielności, poszukiwania pracy i radzenia sobie z trudnościami. Uczestnicy zgłaszali chęć częstszego spotykania się, chcieli widywać się co tydzień.

GRUPA ASERTYWNOŚCI (uważna komunikacja z elementami treningu asertywności)

1. Grupa tematyczna w cyklach trzymiesięcznych, prowadzona przez dwie osoby (psychoterapeuta i/lub psycholog), spotkania 2-godzinne, 1 x w tygodniu, dodana do projektu w 2021 roku po ustaniu pandemii, z przerwą 2-miesięczną; przewinęło się 6 prowadzących. W związku z dużym zainteresowaniem uczestników początkowo 2 cykle po dwie grupy jednocześnie.
2. Zajęcia *Uważna komunikacja z elementami treningu asertywności* stanowiły wprowadzenie w tematykę asertywności i praw osobistych. Obejmowały:
 - asertywne odmawianie i prośenie,
 - obronę swoich praw w sytuacjach społecznych,
 - asertywne reakcje na krytykę,
 - wyrażanie opinii i przekonań,
 - wyrażanie uczuć pozytywnych i negatywnych (w szczególności złości),
 - budowanie asertywności wobec samego siebie.
3. Forma warsztatu zakładała krótkie wprowadzenia teoretyczne do omawianych zagadnień, dyskusje oraz liczne ćwiczenia praktyczne w formie scenek odgrywanych przez uczestników na forum grupy. Istotnym elementem zajęć było kształtowanie umiejętności udzielania informacji zwrotnych.
4. Celem zajęć było praktyczne ćwiczenie zachowań asertywnych, dzięki którym uczestnicy poprawiali umiejętność efektywnej komunikacji i budowania satysfakcjonujących relacji oraz wzmacniali swoją pewność siebie. Kształtowanie postaw asertywnych służy zapobieganiu kryzysom zdrowia psychicznego i ich nawrotom, a także wspiera skuteczne podejmowanie ról w życiu osobistym i społecznym.

GRUPA DBT (dialektyczno-behawioralna)

1. Grupa tematyczna w cyklach trzymiesięcznych, prowadzona przez dwie osoby (psychoterapeuta i/lub psycholog), spotkania 2-godzinne, 1 x w tygodniu, dodana pod koniec projektu – ostatnie pół roku; dwie prowadzące.
2. Wprowadzona do projektu względnie późno (czerwiec 2023), w odpowiedzi na coraz wyraźniej widoczną potrzebę tego typu wsparcia w obsługiwanej populacji.
3. *Trening umiejętności DBT (DBT, dialectical behavior therapy)* jest formą pomocy, która koncentruje się na rozwijaniu umiejętności uważności, regulacji emocji i radzenia sobie w kryzysowych sytuacjach emocjonalnych, w których pojawiać się mogą impulsy autodestrukcyjne. Kładzie również nacisk na efektywne funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych.
4. Trening DBT jest uważany za szczególnie skuteczny w zaburzeniach osobowości, zwłaszcza w przypadku osobowości chwiejnej emocjonalnie (typ *borderline*). Pomaga rozwijać umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami w bieżących sytuacjach, co jest kluczowe w przypadkach dysregulacji emocji. Koncentruje się również na uważności i akceptacji, uczy efektywnej komunikacji interpersonalnej i budowania zdrowych relacji. Z czasem rośnie zrozumienie, jak zachowania uczestników wpływają na nich samych i innych ludzi, jakie są bezpośrednie i odległe konsekwencje ich zachowań. Uczą się, które strategie mogą być pomocne w danej trudnej sytuacji.
5. Dzięki DBT pacjenci zyskują narzędzia służące lepszej kontroli nad swoim życiem, poprawiają swoje relacje z innymi, osiągają większą równowagę emocjonalną i ograniczają zachowania zagrażające ich życiu lub zdrowiu. Przyczynia się to do ogólnej poprawy jakości ich życia.
6. Dodatkową zaletą treningu umiejętności jest jego grupowa forma, która zachęca do dzielenia się z innymi doświadczeniami związanymi z wdrażaniem umiejętności w życie. Uczestnicy dzielą się tym, co w ich przypadku działa. Zaczynają dostrzegać, że zmiana zachowania ma sens, a ich motywacja jest stale podtrzymywana.

GRUPA PRACY Z CIAŁEM

1. Grupa tematyczna prowadzona w cyklach trzymiesięcznych, spotkania 2-godzinne, 1 x w tygodniu, przez cały okres trwania projektu z przerwą dwumiesięczną; realizowana początkowo przez jedną arteterapeutkę, ostatnie pół roku dwie prowadzące. Były okresy/cykle, w których prowadzono 2 grupy w tygodniu ze względu na duże zainteresowanie uczestników.
2. Grupa stanowiła miejsce uczenia się nowych metod redukcji stresu, wykorzystujących praktyki relaksacyjne oraz elementy terapii tańcem i ruchem. Narzędzia te uwrażliwiają pacjentów na poczucie dobrostanu i spokoju, ich potrzeby fizyczne i psychiczne, a także podpowiadają konkretne propozycje radzenia sobie.
3. Dzięki ćwiczeniom koncentracji uczestnicy uczą się obserwować własne myśli i odczucia w sposób akceptujący oraz pozbawiony oceny i krytyki, co zwiększa ich szacunek oraz zaufanie do

siebie, a także kształtuje akceptację dla doświadczanych emocji oraz trudności. Praca ta pozwala więc na przełamywanie mechanizmu zaprzeczenia oraz docelowo pozwala na silniejsze ugruntowanie pacjentów w poczuciu radzenia sobie w życiu. Ułatwia rozpoznawanie własnych uczuć i potrzeb, a także definiowanie własnych granic. Większa świadomość ciała przekłada się na proces wewnętrznej integracji w obszarze myśli, emocji i doznań cielesnych, co wzmacnia poczucie sprawczości oraz wpływu.

4. Osoby w kryzysach psychicznych często czują się osamotnione w swoim środowisku życiowym, nie ujawniają uczuć i potrzeb. Zazwyczaj jest to związane z obawą przed niezrozumieniem i oceną ze strony otoczenia. Grupa pracy z ciałem stwarza możliwość poczucia wspólnoty i wsparcia, a jednocześnie pozwala nabyć konkretne umiejętności bycia z innymi, które procentują w życiu.
5. Narzędzia pracy z ciałem umożliwiają wspieranie długoterminowego efektu zdrowienia. Kluczowymi czynnikami są zwłaszcza: możliwość ekspresji stanów emocjonalnych, poszerzenia świadomości oraz wzmacniania akceptacji siebie, a także aktywizacja i witalizacja oraz wzmacnianie kompetencji społecznych.

WARSZTAT KREATYWNOŚCI

1. Grupa tematyczna w cyklach sześciomiesięcznych, prowadzona przez dwie osoby (arteterapeutki), spotkania 4-godzinne, 1 x w tygodniu, przez cały okres trwania projektu z przerwą 3-miesięczną. Po każdym cyklu zajęć wystawa prac uczestników. Te same dwie prowadzące przez cały projekt. W okresie pandemii wystawy w mediach społecznościowych, następnie w Domu Kultury Kadr.
2. Warsztat kreatywności inspirowała arteterapia – metoda terapii i rozwoju dostępna właściwie dla każdego. Zajęcia trwały około 4 godzin. Podczas zajęć korzystano z szerokiego zakresu narzędzi arteterapeutycznych, między innymi: rysunku, malarstwa, kolażu, choreoterapii, filmoterapii, biblioterapii, bajkoterapii. Różnorodność technik i element zaskoczenia stanowiły dla uczestników niezwykłą wartość – każdy mógł znaleźć coś dla siebie, spróbować nieznanego, zmierzyć się z wyzwaniem bez obawy wyśmiania czy oceny.
3. Warsztat składał się zasadniczo z dwóch części – czasu na aktywność twórczą oraz czasu na dyskusję, refleksję nad powstałymi wytworami. Oba etapy były nieodłącznym elementem sesji. Dwuetapowość pozwala na pogłębienie samopoznania, poznawanie emocji i potrzeb, dokonywanie pracy własnej, ale także na poznanie perspektywy innych osób, co otwiera na nowe możliwości i inne podejście do życia. W procesie arteterapeutycznym każdy uczestnik zachowuje własne tempo, co jest wspierane przez przyjęte zasady – niewymuszania aktywności wbrew woli, zachęcania do prób odpowiednio do swoich możliwości i zaangażowania. Uzdolnienia artystyczne nie są wymagane, choć podejście to ewidentnie prowadzi do widocznego przyrostu w obszarze twórczości.
4. Warsztat pozwalał przyjrzeć się swoim problemom i trudnościom z innej perspektywy – za pośrednictwem aktywności twórczej. Pomagał wyrazić w twórczy sposób to, czego nie umiało

się bądź nie można było wyrazić w sposób tradycyjny, w formie mówionej. Uczestnicy bardzo często mówili, że zajęcia stwarzały im szansę na to, aby inni ich wysłuchali. Czuli się ważni, bezpieczni, docenieni. Proponowane ćwiczenia pozwalały na wprowadzenie własnej narracji, zintegrowanie przeżyć, zaopiekowanie się deficytowymi obszarami.

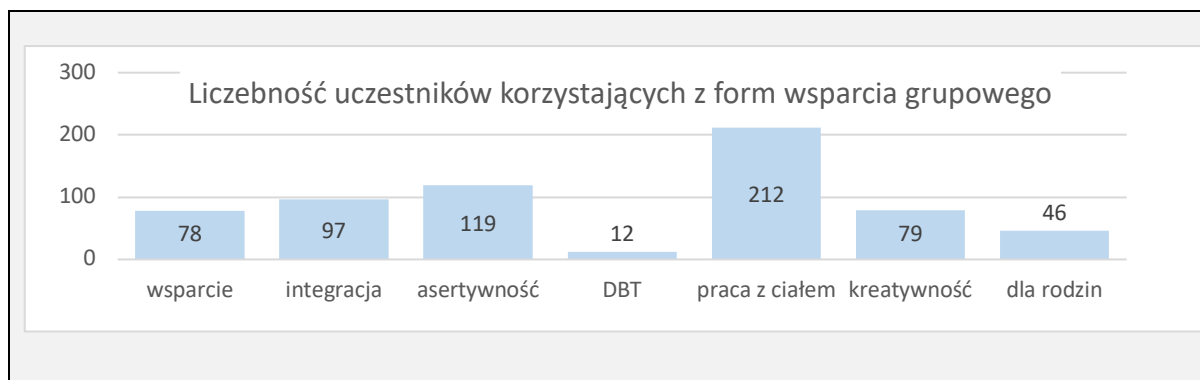
5. Doświadczenie bycia w grupie i wspólnego podejmowania nowych zadań dodawało siły, umacniało, przynosiło przyjemność i ukojenie. Napięcie emocjonalne odczuwane na początku spotkania w toku podejmowanej aktywności twórczej często ustępowało, pozwalając zakończyć 4-godzinną sesję zajęciową z uczuciem relaksu i satysfakcji.
6. Ostatecznie, bez względu na punkt startowy, u wszystkich uczestników regularnie biorących udział w zajęciach widoczna była twórcza transformacja. Spotkania zainspirowały do większej aktywności i odważnych poczynań także poza salą warsztatową, np. do odwiedzenia wystaw artystycznych, wybrania się na wymarzone wycieczki, podjęcia nowych studiów (między innymi: „asystent zdrowienia” czy „arteterapia”). Udało się wyzwolić nową energię do życia.

GRUPA WSPARCIA DLA RODZIN

1. Grupa permanentna, otwarta, prowadzona przez dwie osoby (psychoterapeuta lub/i psycholog), dwugodzinna, co 2 tygodnie, ostatnie pół roku równoległe dwie grupy – jedna zdalna, druga stacjonarna; przewinęło się 5 prowadzących.
2. *Grupa wsparcia dla rodzin* osób po kryzysie psychicznym to spotkanie w gronie ludzi o podobnych problemach. Dzięki pracy grupowej można łatwiej przezwyciężyć stres i napięcia lub inne obciążenia spowodowane chorobą osoby bliskiej. Członkowie grup wsparcia pracowali nad poprawą swojej sytuacji osobistej i wzmacniali swoje zdolności socjalne. W grupach wsparcia nawiązywano kontakty z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji, wymieniano doświadczenia i informacje oraz wspólnie szukano rozwiązań.
3. Członkowie grup mogli:
 - wspomagać się wzajemnie w przezwyciężaniu trudności / wzmacniać swoje zasoby, aby skuteczniej funkcjonować;
 - uzyskać nowe informacje o osobistych sytuacjach problemowych / uczyć się i rozwijać wiedzę;
 - znajdować inne formy radzenia sobie z problemami;
 - przezwyciężać izolację społeczną i obawy;
 - rozwijać wspólne aktywności;
 - nauczyć się asertywnych relacji z profesjonalistami (np. z lekarzami);
 - stworzyć nowe cele i perspektywy życiowe;
 - wzajemnie wspierać się w dochodzeniu swoich praw.

Za stałym prowadzeniem grup wsparcia dla rodzin osób po kryzysie psychicznym lub chorujących psychicznie przemawia duży niedostatek takiej formy w przestrzeni społecznej oraz aspekt ekonomiczny. Lepsze radzenie sobie członka rodziny to lepsza opieka nad chorym!

Poniżej zestawiono liczebność uczestników korzystających z poszczególnych form wsparcia grupowego. W grupach działających permanentnie liczebność była mniejsza, ale budowane w nich więzi były zapewne trwalsze, a zanim się takie stały, były trudniejsze do zawiązania. Grupy działające cyklicznie gromadziły więcej uczestników i przypuszczalnie zmiany w ich rozwoju cechowała większa dynamika.



III. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY MODELEM A REALIZACJĄ

1. *Przerwa* w sumie około trzymiesięczna (pierwsza po zakończeniu współpracy z jednym z podwykonawców i druga przerwa przed ostatnim przedłużaniem projektu w 2023).
2. *Tempo naboru*. Początek naboru wiązał się z początkiem pandemii, co zdecydowanie ograniczyło i spowolniło możliwość udostępniania wsparcia grupowego ze względu na restrykcje epidemiologiczne oraz lęki związane z kontaktowaniem się. Próby kompensacji za pomocą komunikacji zdalnej były utrudnione z powodu nieprzygotowania sprzętowego i braku wcześniejszych doświadczeń terapeutów w prowadzeniu zajęć w trybie zdalnym. Wychodzenie z pandemii (2021) umożliwiło intensyfikację wsparcia. Rokiem względnie spokojnej realizacji programu był rok 2022 – można sądzić, że liczba 320 uczestników objętych wtedy wsparciem wskazuje na minimalny poziom zaspokojenia potrzeb populacji, które są prawdopodobnie większe (wydłużał się okres oczekiwania na wejście do grupy). Niestety, rok 2023, kiedy warunki rozwoju tej formy pomocy wydawały się spełnione, był już rokiem kończenia programu.
3. *Dostępność kompetencji profesjonalnych*. Realizacja wsparcia grupowego w warunkach środowiskowych, finansowanego ze środków publicznych, odbiegała od typowych oczekiwań i przygotowania terapeutów/psychoterapeutów oczekujących pracy w bardziej dogodnym i przewidywalnym standardzie profesjonalnym. Znalezienie odpowiednich specjalistów nie było łatwe. Nieoczekiwaną trudność stanowił wymóg wyłaniania pracowników w trybie konkursu –

spełnienie warunków naboru nie oznaczało zyskania w pełni kompetentnego i odpowiedzialnego terapeuty. Przerwanie współpracy z powodu niedostatecznego wypełniania warunków umowy oznaczało kilkutygodniową przerwę w naborze uczestników.

4. *Ograniczenie form udostępnionego wsparcia* dotyczyło głównie form związanych z promowaniem aktywności sportowej i okolicznościowej oraz wsparcia organizowanego w grupach samopomocowych. Część tego rodzaju aktywności znalazła się w zrealizowanych formach wsparcia lub w warsztatach destygmatyzacyjnych prowadzonych głównie przez asystentów zdrowia. Na szersze ich udostępnienie zabrakło czasu i przestrzeni z powodu rygorów pandemii oraz konieczności mierzenia się z niedoborami kadrowymi i lokalowymi.
5. *Przerwy organizacyjne*. Odnotowano dwie przerwy, trwające w sumie trzy miesiące, w realizacji wsparcia grupowego. Pierwsza była związana z koniecznością rozwiązania umowy z jednym z ośrodków wyłonionych w drodze konkursu, a druga – z przedłużaniem projektu w roku 2023.

IV. REKOMENDACJE

1. *Celowość*. Doświadczenia z realizacji projektu ujawniły duże zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną, które niezwykle trudno zaspokoić jedynie za pomocą wsparcia indywidualnego. Wskazane i konieczne jest wzbogacenie indywidualnej oferty wspierania w kryzysie przez propozycje wsparcia grupowego. Grupa stanowi okazję do spotkania osób z podobnymi trudnościami, zmniejszenia poczucia samotności, poznania innych sposobów radzenia sobie, wzajemnego udzielania sobie wsparcia. Cennym źródłem wsparcia mogą być także osoby, które są w tej samej sytuacji, i dotyczy to zarówno osób w kryzysach, jak i ich bliskich.
2. *Grupa otwarcia*. Doświadczenia z realizacji projektu, jak i dane epidemiologiczne⁷ wskazują na znaczne, niezaspokojone zapotrzebowanie na choćby elementarną pomoc/interwencję psychologiczną. Łatwiej odpowiedzieć na nie za pomocą narzędzi grupowych. Dlatego, poza indywidualnymi rozmowami, od początku udzielania wsparcia w CZP należałoby oferować co najmniej dwutygodniowy program diagnostycznej „grupy otwarcia” dla wszystkich chętnych, w trakcie którego zarówno prowadzący, jak i sami uczestnicy mogliby się zorientować, w jakim kierunku dalej pracować i jakie zajęcia są im najbardziej potrzebne.
3. *Elastyczność*. Część uczestników preferowała korzystanie z jednej lub kilku form wsparcia, inni szukali sprofilowanego dla siebie modelu, krążąc po grupach zajęciowych bez satysfakcji. Aby zapobiegać rezygnacji i wycofaniu się uczestników ze wsparcia grupowego i sprzyjać indywidualizacji wyboru, potrzebny jest sprawny system kwalifikacji do grup. Pomocą mogłaby być wspomniana w p. (2) „grupa otwarcia”. Różne formy wsparcia grupowego w różnych okresach są bardziej lub mniej popularne i celowe, dlatego wskazana jest elastyczność wyboru proponowanych zajęć, przy czym udostępnione w projekcie formy pozostają listą otwartą. W miarę

⁷ Moskaiewicz J, Wciórka J (red). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. IPIŃ, Warszawa 2021.

zbierania się osób chętnych CZP mogą ją uzupełniać lub ograniczać odpowiednio do potrzeb obsługiwanej populacji, dostępności kadr i innych lokalnych warunków. Do rozważenia są:

- **Forma.** Można wspierać za pomocą różnych narzędzi pomocy i w różnych warunkach, jak: wspólne spędzanie czasu, zbiorowe działania i realizacja zadań i celów wybranych przez grupę, rozmowa i dyskusja, wymiana doświadczeń, edukacja, zajęcia ruchowe, zajęcia artystyczne i inne. Spotkania powinny służyć nie tylko przekazywaniu profesjonalnego lub wzajemnego wsparcia, ale także stwarzać okazję do relaksacji, samopomocy, bezpiecznej integracji społecznej, rozwoju. Zalecamy więc ustrukturyzowane zajęcia z szeroką ofertą, ale także prowadzenie formy klubowej z programem bardziej elastycznym i nastawionym na inicjatywę uczestników.
- **Dostępność.** Najlepiej zaproponować różne godziny i dni spotkań (na przykład w weekendy, co jest dogodnie dla osób pracujących zawodowo) oraz dać możliwość wyboru pomiędzy grupami stacjonarnymi oraz online. Preferowane są spotkania stacjonarne, ale w czasie pandemii wiele osób przekonało się, że jest możliwe wsparcie online. Część chętnych wybiera taką formę dla bezpieczeństwa lub wygody (mniejsza czasochłonność, większe odległości), a w przypadku wyjazdów czy infekcji nie muszą przerywać cyklu spotkań.
- **Lokalizacja.** Wskazane jest, aby spotkania grup stacjonarnych odbywały się poza miejscami związanymi z leczeniem psychiatrycznym – w ośrodkach kultury, aktywności lokalnej, w przestrzeni publicznej. Ma to znaczenie dla przeciwdziałania stygmatyzacji oraz uznawania pomocy za coś naturalnego, „normalnego” (unikanie „psychiatryzowania”), a także ułatwia i poszerza dostępność infrastruktury wsparcia dla potrzebujących.
- **Czas trwania** (od grup ograniczonych w czasie do bezterminowych). Zamknięty w czasie cykl wsparcia pozwala pomóc większej liczbie osób, wyposaża je w konkretne umiejętności, wskazuje dalszą drogę rozwoju czy pracy nad sobą. Grupa bezterminowa potrzebna jest osobom wymagającym dłuższego wsparcia, może być okazją do uruchamiania potencjału samopomocowego wśród uczestników, którzy poza zajęciami zbudują wzajemną sieć wsparcia już bez udziału prowadzących, może rozbudzić aktywność i kreatywność wśród uczestników, sprzyjać ich usamodzielnianiu się i zapobiegać wycofaniu społecznemu. W warunkach odpowiedzialności terytorialnej CZP dostępność grupy/grup bezterminowych powinna być stała i mieć formę półotwartych grup, do których nowi uczestnicy dołączają możliwie szybko po tym, jak odchodzą z nich ci, którzy już pomocy nie potrzebują.
- **Osoby prowadzące.** Jeśli forma grupy i profile uczestników tak sugerują, celowe jest, by wśród prowadzących byli zarówno kompetentni profesjonalści, jak i kompetentni asystenci zdrowienia (eksperti przez doświadczenie)⁸. Zwłaszcza w formie klubowej, gdzie można wykorzystać ich kompetencje pierwotne (asystentami zdrowienia zostają osoby z różnym doświadczeniem zawodowym), niezwiązane bezpośrednio z terapią, przykła-

⁸ Osoby, które po przebyciu ciężkim kryzysie psychicznym przemyślały jego znaczenie, przeszły wymagane szkolenie i są gotowe wspierać proces zdrowienia innych osób swoim doświadczeniem.

dowo: muzyk po kryzysie prowadzący zajęcia ze śpiewu, ogrodnik po kryzysie uczący zajmowania się roślinami.

4. *Odpowiedzialność.* W naszej ocenie grupy wsparcia z elementami terapii w obszarze odpowiedzialności CZP powinny być przy zapewnionej superwizji prowadzone w trybie stałym, bezterminowo. Część osób wymaga stałego uczestnictwa w grupach prowadzonych pod okiem profesjonalistów i odciążenia z okresowych napięć wynikających z dysfunkcyjnych schematów poznawczych i behawioralnych, niesprawnego regulowania emocji oraz nieradzenia sobie w stresogennych sytuacjach. Innych taka grupa mogłaby z czasem motywować do rozpoczęcia indywidualnej pracy psychoterapeutycznej w CZP lub uzyskania skierowania do wyspecjalizowanych lub wysokospecjalistycznych ośrodków psychoterapii.
5. *Grupa asertywności.* Trudności w zakresie prezentowania postawy asertywnej, zarówno w postaci przejawiania nadmiernej uległości, jak i zachowań agresywnych, były zgłaszane przez uczestników Projektu POWER niezwykle często. Nauczanie w formie warsztatów komunikacji asertywnej wartościowo dopełnia tradycyjne formy wsparcia stosowane w zaburzeniach psychicznych. Aby zapewnić wysoką jakość prowadzonych zajęć, niezbędne są: (a) dwie osoby prowadzące ze względu na konieczność modelowania dialogów, (b) ograniczona liczba osób w grupie (do 14) z uwagi na liczne ćwiczenia praktyczne, (c) cykliczna forma zajęć w zamkniętej grupie, która umożliwia stopniowy wzrost złożoności omawianych zagadnień (rekomendowane 11 spotkań 3-godzinnych), (d) współpraca prowadzących grupę z koordynatorami w celu kwalifikowania tych uczestników, których obecny stan zdrowia psychicznego umożliwia efektywny udział w złożonym poznawczo i emocjonalnie procesie.

7. WSPARCIE MIESZKANIOWE

I. OKREŚLENIE według MODELU

Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Wytyczne dotyczące funkcjonowania mieszkań chronionych i wspomaganych oraz system wsparcia w zakresie rozwiązywania problemów mieszkaniowych (produkt nr 13).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. Organizacja trzech innowacyjnych typów wsparcia mieszkaniowego dla osób w kryzysach psychicznych:
 - *mieszkania treningowego i mieszkań przejściowych* (na czas określony) – dla osób z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych, afektywnych (F20–F39) i adaptacyjnych (F43), kwalifikowanych według zasad ustalonych przez Zespół Mieszkaniowy (ZM) powołany w MCZP; planowano dobrowolność pobytu, współudział w opłaceniu czynszu, a finansowanie pozostałych kosztów obsługi mieszkań, w tym wyżywienia, ze środków projektu;
 - *pensjonatu kryzysowego/łóżek kryzysowych* – ze zdefiniowanymi wymogami lokalowymi i usytuowaniem w pobliżu głównej siedziby MCZP – dla innej grupy docelowej, kwalifikowanej przez Zespół Interwencji Kryzysowej (ZIK), z pobytem w całości finansowanym ze środków projektu.
2. Cele działania:
 - *mieszkanie treningowe*: poprawa codziennego funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie prawidłowej struktury dnia, samoobsługi, przygotowywania posiłków, zarządzania budżetem, załatwiania spraw administracyjnych; powrót do przerwanej edukacji czy odnalezienie się na rynku pracy, umacnianie w zdrowieniu, nauka rozpoznawania objawów zwiazstunowych (minimalizowanie ryzyka nawrotów), nabywanie kompetencji we współpracy z psychiatrą, podejmowanie współodpowiedzialności za leczenie farmakologiczne, budowanie załączka sieci wsparcia społecznego (znajomości z innymi mieszkańcami, lepsze radzenie sobie z konfliktami wewnątrz małej społeczności, kształtowanie umiejętności wzajemnego wsparcia, współpracy i współdziałania, adekwatnego zachowania się w różnych sytuacjach społecznych);
 - *mieszkanie przejściowe*: przygotowanie do prowadzenia samodzielnego mieszkania (również w oczekiwaniu na mieszkanie socjalne lub komunalne), a także nauka efektywnego korzystania z sieci wsparcia społecznego, w tym pomocy oferowanej przez MCZP; określone zostają dwa rodzaje celów: (a) „usamodzielnienie” – stopniowa poprawa funkcjonowania aż do uzyskania pełnej samodzielności oraz (b) „podtrzymanie/przywrócenie

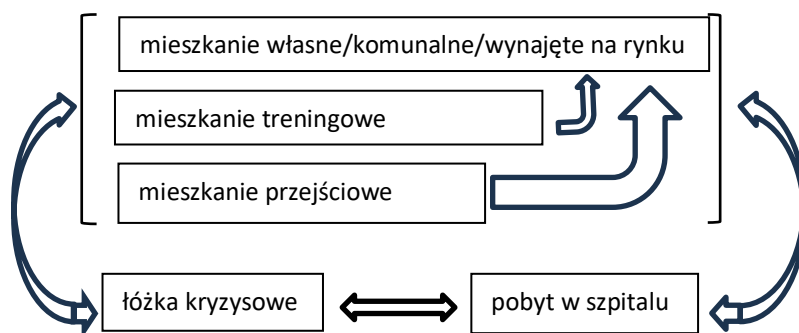
umiejętności” – zakładające dalsze korzystanie z ograniczonego zakresu wsparcia; testowane jako potencjalna alternatywa dla pobytu w DPS;

- *łóżka kryzysowe*: stworzenie bezpiecznego schronienia dla osób w cięższym kryzysie psychicznym w celu zmiany diagnozy, wdrożenia lub zmiany farmakoterapii, psychoterapii, nawiązania relacji terapeutycznej, współpracy z rodziną, wsparcia bliskich osoby w kryzysie psychicznym; testowane jako potencjalna alternatywa hospitalizacji całodobowej.

3. Personel, rodzaj oddziaływań terapeutycznych, czas pobytu:

- *mieszkania treningowe*: czas pobytu – 6–9 miesięcy dla 2–8 osób; pracownik socjalny w funkcji koordynatora spraw mieszkaniowych; 6 terapeutów środowiskowych, 1 osoba zajmująca się aktywizacją zawodową. Zajęcia w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych, każdy z mieszkańców ma wyznaczonego terapeutę środowiskowego i gwarantowane 2 godziny rozmowy z nim w ciągu tygodnia. Oddziaływania rehabilitacyjno-terapeutyczne obejmują: zebrania społeczności, grupy wsparcia, treningi (kulinarne, zdrowotno-lekowo-higieniczne, porządkowo-budżetowy, aktywnego poszukiwania pracy), spotkania indywidualne z opiekunem mieszkania, poradnictwo psychologiczne i indywidualną psychoterapię;
- *mieszkanie przejściowe*: określony z góry czas pobytu – 1–24 miesiące dla 2–6 osób; 2–6 terapeutów środowiskowych, pracownik socjalny w funkcji koordynatora spraw mieszkaniowych, 1 osoba zajmująca się aktywizacją zawodową. Oddziaływania rehabilitacyjno-terapeutyczne zgodnie z ustalonym indywidualnym planem terapii (IPT);
- *pensjonat kryzysowy*: czas pobytu – 2–14 dni dla 8–10 osób; personel medyczny: 2 pielęgniarki, 1 lekarz psychiatra, 4 psychoterapeutów, 4–5 terapeutów środowiskowych, ew. wolontariusz. Oddziaływania rehabilitacyjno-terapeutyczne obejmują: możliwość codziennej rozmowy z lekarzem, pielęgniarką, terapeutą środowiskowym, psychoterapię grupową, indywidualną, trening lekowy, arteterapię, relaks, zajęcia ruchowe, grupę wsparcia dla bliskich osób przebywających w pensjonacie oraz bliskich innych osób w kryzysie psychicznym. Model zakładał włączenie do pracy na rzecz mieszkańców pensjonatu osób po kryzysach psychicznych (odpłatnie).

4. Podobne formy wsparcia mieszkaniowego wcześniej na Mokotowie nie istniały. Pionierski charakter podjętego wyzwania miał pomóc wypracować zasady motywowania i kwalifikacji: ustalenie motywów i wskazań do pobytu, zadań i udziału zespołu terapeutycznego, zadań i udziału ośrodka pomocy społecznej, określenie czasu pobytu, wypracowanie oferty zajęć treningowych służących rozwojowi/zdobyciu różnych umiejętności koniecznych do samodzielnego funkcjonowania. Wstępnie zakładano następujący schemat systemu wsparcia mieszkaniowego:



III. REALIZACJA

1. W projekcie zrealizowano 2 typy wsparcia mieszkaniowego: mieszkanie treningowe i mieszkanie przejściowe (na czas określony). Z zasobów dzielnicy Mokotów pozyskano 3 lokale – jeden przeznaczono na organizację mieszkania treningowego, a dwa na organizację mieszkań przejściowych. W związku z wyłączeniem z projektu usług medycznych trzeci punkt wsparcia w części zakładającej zorganizowanie pensjonatu – łóżek kryzysowych nie został zrealizowany.
2. Grupę docelową stanowiły osoby o profilu szerszym niż zakładano, co wynikało przede wszystkim z potwierdzonych przez koordynatorów wsparcia społecznego CK potrzeb osób wymagających wsparcia mieszkaniowego.
3. Zasady kwalifikacji opracowane wspólnie przez zespół mieszkaniowy (specjalista ds. mieszkaniowych oraz członkowie zespołu terapeutycznego) obejmowały:
 - spotkania wstępne z uczestnikiem projektu lub potencjalnym uczestnikiem projektu w celu: wstępnej oceny sytuacji uczestnika, jego stanu zdrowia, wskazań i przeciwwskazań do pobytu, motywacji uczestnika i jego potrzeb, wstępnego ustalenia celów pobytu, przedstawienia możliwości wsparcia w mieszkaniach, analizy potencjalnych trudności,
 - kwalifikację wstępną (najczęściej 2 osoby), zgodnie z Kartą Kwalifikacji Wstępnej (p. ANEKS 7A),
 - spotkania z uczestnikiem w celu przygotowania i omówienia dokumentów dla Ośrodka Pomocy Społecznej (w tym regulaminu organizacyjnego, uzgodnień) oraz grafiku zajęć w mieszkaniu,
 - w okresie od pierwszego spotkania do momentu wprowadzenia się uczestnik zakwalifikowany do pobytu w danym mieszkaniu miał możliwość wizytacji mieszkania, rozmowy z innymi osobami mieszkającymi, oceny warunków mieszkania i wyposażenia.
4. Zasady pobytu określał regulamin organizacyjny, istotne były także uzgodnienia z uczestnikiem. Dla wszystkich mieszkańców pobyt w mieszkaniu był bezpłatny, mieszkańcy nie ponosili kosztów związanych z utrzymaniem mieszkania. Trening kulinarny nie stanowił podstawy żywienia, a z otrzymanych środków finansowych na zakup produktów i artykułów spożywczych

mieszkańcy rozliczali się w systemie miesięcznym. Również zakup środków potrzebnych do realizacji treningu umiejętności życiowo praktycznych pokrywany był z funduszy projektu. Mieszkańcy ponosili koszty związane z własnym wyżywieniem i koszty zakupu środków higieny osobistej.

5. Indywidualne cele pobytu w mieszkaniu treningowym i mieszkaniach przejściowych określone były w trakcie procesu kwalifikacji do wsparcia mieszkaniowego, opracowywania przez mieszkańca Indywidualnego Planu Pobytu (IPP, p. ANEKS 7A) na początku wsparcia w mieszkaniu, a także w etapowej ocenie pobytu z wykorzystaniem ankiety ewaluacyjnej (zob. ANEKS 7B). Cele określone w IPP podlegały regularnej weryfikacji, omawiane były również w trakcie zebrań członków zespołu terapeutycznego. Po zakończeniu pobytu w mieszkaniu w okresie ok. trzech miesięcy od opuszczenia mieszkania odbywały się spotkania podsumowujące pobyt. W trakcie takich spotkań uczestnicy wypełniali ankietę ewaluacyjną.
6. Mieszkania treningowe:
 - Z pobytu i wsparcia w mieszkaniu treningowym w okresie trwania projektu skorzystało łącznie 20 osób (6 kobiet i 14 mężczyzn).
 - W skład zespołu terapeutycznego mieszkania treningowego wchodził: lekarz specjalista psychiatra, psycholog/psychoterapeuta (opiekun mieszkania), asystent zdrowia, terapeuta środowiskowy, terapeuta dialogu motywującego, pielęgniarka, socjolog, instruktor rekreacji ruchowej.
 - Realizowane zajęcia obejmowały: trening zdrowia, trening kulinarny, trening profilaktyki prozdrowotnej, trening aktywizacji ruchowej, trening umiejętności życiowo praktycznych, trening umiejętności społecznych, zebrania społeczności. Zajęcia prowadzone w mieszkaniu chronionym treningowym raportowane były zgodnie z formularzem raportu z zajęć w mieszkaniu chronionym treningowym (p. ANEKS 7A).
 - Czas pobytu wynosił około 9 miesięcy. W przypadku niektórych mieszkańców pobyt był przedłużany z powodu zmian celów pobytu i wyraźnej motywacji uczestnika do dalszego usamodzielniania się. Dla jednej z osób na etapie kwalifikacji z powodu specyfiki problemów ustalono pobyt na okres 3 miesięcy z możliwością kontynuacji.

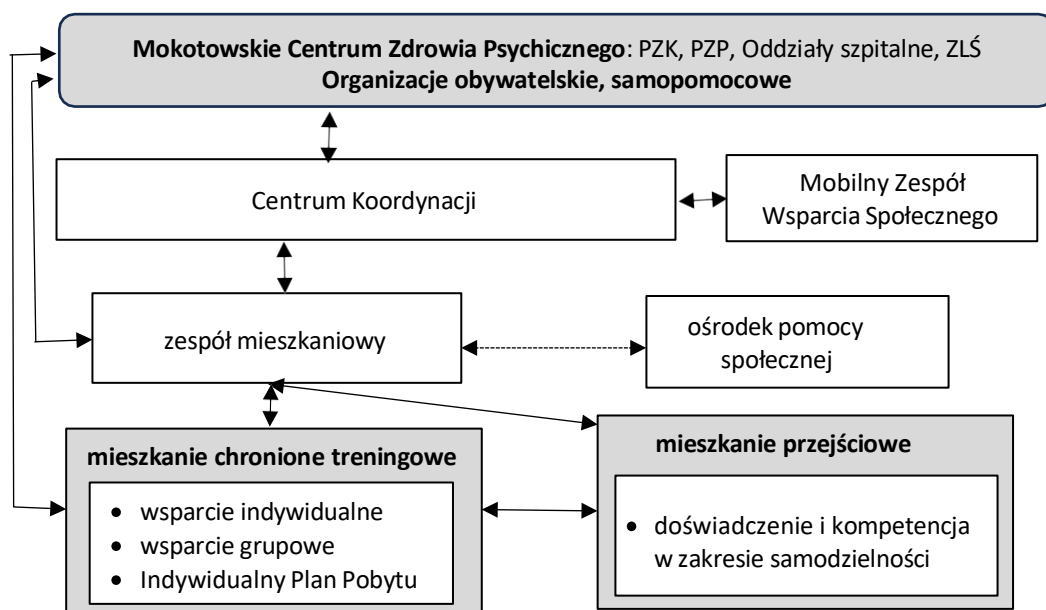
- Ze wsparcia mieszkaniowego skorzystało łącznie 30 osób, 18 osób tylko w mieszkaniu treningowym, 10 osób tylko w mieszkaniach przejściowych, a dwie osoby kolejno w obu – treningowym i następnie przejściowym.
- Przeciętny czas zamieszkiwania wynosił 238 dni (od 3 do 486, mediana – 268, modalna – 373 dni).

7. Mieszkania przejściowe:

- Ze wsparcia w mieszkaniach przejściowych (dla kobiet i dla mężczyzn) skorzystało łącznie 12 osób – 7 mężczyzn i 5 kobiet.
- Zespół terapeutyczny realizujący zajęcia w mieszkaniach przejściowych stanowili: psycholog (opiekun mieszkania), terapeuta środowiskowy, terapeuta dialogu motywującego, pielęgniarka, socjolog, instruktor rekreacji ruchowej.
- Zajęcia obejmowały: trening aktywizacji ruchowej, trening umiejętności życiowo praktycznych, zebrania społeczności. Zajęcia prowadzone w mieszkaniach przejściowych były raportowane zgodnie z załącznikiem nr 7A – Raport z zajęć w mieszkaniu przejściowym.
- Okres pobytu w mieszkaniach przejściowych wynosił powyżej 12 miesięcy. W przypadku niektórych osób okres pobytu był wydłużany. Czas trwania projektu umożliwił dwóm osobom kontynuację pobytu w mieszkaniu przejściowym po zakończeniu pobytu w mieszkaniu treningowym. Część osób w trakcie trwania pobytu lub po jego zakończeniu złożyła stosowne dokumenty w sprawie przyznania mieszkania socjalnego. Część osób, których podstawowe źródło utrzymania stanowiła renta, nie była w stanie podjąć samodzielnego wynajmu mieszkania czy pokoju na wolnym rynku i tym samym musiała powrócić do domu rodzinnego.

8. Członkowie zespołu terapeutycznego regularnie spotykali się na comiesięcznych zebraniach. Spotkania były raportowane zgodnie z Raportem z zebrania zespołu (zob. ANEKS 7A). Miały na celu omówienie sytuacji trudnych zaistniałych w mieszkaniach, dotyczących funkcjonowania mieszkańców w różnych obszarach życia, oraz bieżących kwestii organizacyjnych. Omawiano trudności w kontaktach z mieszkańcami ujawnione w trakcie zajęć czy w czasie spotkań indywidualnych. Z powodu braku superwizji zebrania te pełniły rolę superwizji koleżeńskiej. Asystent zdrowienia jako członek zespołu terapeutycznego realizującego zajęcia w mieszkaniach pełnił równorzędną rolę wobec ról innych członków zespołu.

9. Schemat systemu wsparcia mieszkaniowego: w trakcie trwania projektu wypracowano następujący schemat wsparcia uczestników projektu oraz zakres współpracy pomiędzy różnymi jednostkami realizującymi zadania na rzecz mieszkańców Mokotowa:



10. W okresie około trzech miesięcy od opuszczenia mieszkania odbywały się spotkania podsumowujące pobyt. W trakcie tych spotkań uczestnicy wypełniali ankietę ewaluacyjną (p. ANEKS 7B) złożoną z 20 pytań skalowanych od 1 (najgorzej) do 10 (najlepiej). Wyniki były przychylne dla wyników programu wsparcia. Bezpośrednio po zakończeniu pobytu przeciętny, sumaryczny wynik oceny wynosił 9,2 pkt (mediana 9,5, modalna 10, rozpiętość ocen od 7 do 10) i utrzymywał się wysoko po trzech miesiącach od zakończenia pobytu: średnia 8,9 pkt, mediana 8,9, modalna 10, rozpiętość ocen od 7 do 10). Oceny były podobne w odniesieniu do obu typów wsparcia mieszkaniowego.

IV. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ

1. *Pensjonat/tóżka kryzysowe*: z powodu wyłączenia usług medycznych z realizowanego projektu realizacja tego typu wsparcia nie mogła być podjęta.
2. *Grupa docelowa*: zaplanowana grupa docelowa uwzględniająca osoby z rozpoznaniem F20–F39 i F43 okazała się zbyt wąska. Uczestnikami projektu były osoby z szeroko rozumianymi trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego. Uczestnicy projektu wykazujący potrzebę wsparcia mieszkaniowego oraz mający wyraźne wskazania do pobytu stanowili grupę wykraczającą poza planowany zakres diagnostyczny. Uczestnicy projektu objęci wsparciem prezentowali również trudności wynikające z zaburzeń w postaci różnych zaburzeń lękowych, lękowo-depresyjnych, obsesyjno-kompulsyjnych oraz osobowościowych.
3. *Zasada współpłacenia* czynszu przez uczestników okazała się niemożliwa do realizacji z powodu sprzeczności z zasadą bezpłatnego dostępu do zadań realizowanych w ramach projektu. Ostatecznie, poza kosztami wyżywienia, uczestnicy projektu nie ponosili kosztów związanych z pobytem w mieszkaniach (czynsz, energia, dostęp do telewizji, internetu, wynagrodzenia dla

ZM). W mieszkaniu chronionym treningowym mieszkańcy otrzymywali środki finansowe na zakup artykułów niezbędnych do realizacji treningów (w tym kulinarnego).

4. Sprawy organizacyjne:

- Członkowie Zespołu Mieszkaniowego (specjalista ds. mieszkaniowych, członkowie zespołu terapeutycznego) wyłonieni zostali w trybie zapytań ofertowych. Z osób zatrudnionych do realizacji zadań 3 były terapeutami środowiskowymi. Z powodu braku szkoleń liczba osób z poświadczonymi kwalifikacjami terapeuty środowiskowego była w całym MCZP relatywnie niewielka (ok. 10 osób). Nie było zatem możliwości zatrudnienia 6 terapeutów środowiskowych do wsparcia mieszkaniowego. Nie zatrudniono doradcy zawodowego, ponieważ aktywizacja zawodowa stanowiła w projekcie odrębne zadanie, z którego mieszkańcy korzystali równolegle, a rola członków zespołu terapeutycznego polegała na motywowaniu do korzystania z tej formy wsparcia i wzmocnianiu uczestników w decyzjach dotyczących rozwoju zawodowego.
- Zajęcia w mieszkaniu treningowym i mieszkaniach przejściowych odbywały się głównie w godzinach popołudniowych (z wyjątkiem zajęć organizowanych w dni wolne od pracy), by umożliwić uczestnikom udział w innych formach wsparcia i leczenia (wizyty lekarskie, psychoterapia, leczenie w Oddziale Dziennym), aby mieli oni czas na załatwienie własnych spraw administracyjnych, kontynuację pracy (w przypadku aktywnych zawodowo).
- Oferta oddziaływań rehabilitacyjno-terapeutycznych nie objęła prowadzenia psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Te działania realizowane były w części medycznej MCZP, dzięki czemu członkowie zespołu mieli możliwość zachowania jednej roli w mieszkaniu i nie byli postawieni w sytuacji konfliktu ról. Z tego samego powodu kontakt z terapeutą środowiskowym w wymiarze 2 godzin tygodniowo w większości sytuacji wpływałby na relację psychoterapeutów, co naruszałoby standard ich pracy. W trakcie zajęć wykorzystywane były różne formy poradnictwa psychologicznego (przede wszystkim terapia poznawczo-behawioralna, terapia schematów, dialogu motywującego) i lekarskiego (refleksje – zob. ANEKS 7D).
- Czas pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym ustalony został wstępnie na okres 9 miesięcy, dla mieszkań przejściowych – na 12 miesięcy. Wcześniejsze doświadczenie zespołu, a także regularna weryfikacja celów pobytu określonych w IPP skłaniały czasem do podjęcia decyzji o przedłużeniu pobytu. Zasadność przedłużenia omawiano każdorazowo na zebraniach zespołu pod kątem oceny motywacji, dalszych celów pobytu oraz ogólnej sytuacji uczestnika (refleksje uczestników – zob. ANEKS 7C).
- Na potrzeby projektu używano nazwy *Indywidualny Plan Pobytu* zamiast indywidualny plan terapii (IPT), by uniknąć kolizji terminologicznej z planem realizowanym w części medycznej modelu.

5. *Schemat systemu wsparcia mieszkaniowego*: planowany w założeniach modelu schemat w praktyce okazał się trudny do realizacji. Model zrealizowany pokazał natomiast jednoznacz-

nie, że samodzielność uczestników projektu w zakresie mieszkaniowym jest procesem wymagającym ścisłej, wytrwałej współpracy różnych jednostek organizacyjnych.

6. Mieszkania przejściowe nie stały się w projekcie alternatywą pobytu w domu pomocy społecznej. Zgodnie z założeniami i schematem wsparcia do pobytu w mieszkaniu przejściowym kwalifikowane były osoby po pobytach w mieszkaniach treningowych lub wykazujące się umiejętnościami i poziomem funkcjonowania umożliwiającym samodzielne życie.

V. REKOMENDACJE

1. Mieszkania chronione treningowe i przejściowe stanowią dla niektórych osób ważny element procesu wychodzenia z kryzysu, zdrowienia, odzyskiwania/budowania samodzielności. Funkcjonowanie wsparcia mieszkaniowego dla osób w kryzysach zdrowia psychicznego wymaga w ramach CZP:
 - pełnego włączenia w struktury centrum zdrowia psychicznego i pokonania wielu barier organizacyjnych, funkcjonalnych oraz instytucjonalnych;
 - wypracowania schematów postępowania w sytuacjach trudnych (np. trudność z opuszczeniem mieszkania w ustalonym terminie) oraz stworzenia szablonów dokumentów (np. upoważniających do nawiązania kontaktu w sytuacji kryzysu wraz z określeniem zakresu przekazywanych informacji, zgodzie z regulacjami prawnymi i przepisami RODO);
 - dbałości o współpracę oraz budowania kultury współpracy z różnymi jednostkami organizacyjnymi (medycznymi, społecznymi, pozarządowymi, w lokalnej społeczności i na poziomie władz dzielnicy);
 - elastycznego podejścia do oferty wsparcia w ramach poszczególnych typów mieszkań;
 - elastycznego podejścia do procesu kwalifikacji (np. możliwość włączenia rodziny, sieci społecznej);
 - inwestycji w zespół terapeutyczny: specjalistyczne szkolenia, superwizja grupowa oraz indywidualna;
 - organizacji form wsparcia (np. grupa wsparcia) po zakończeniu pobytu w celu zwiększenia/utrzymania efektów terapeutycznych osiągniętych w trakcie pobytu w mieszkaniu;
 - stałego monitorowania efektywności wsparcia z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi.

8. WSPARCIE ZAWODOWE

I. TYTUŁ według MODELU

Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. System przygotowania do szkolenia, zatrudnienia, monitorowania w oparciu o zatrudnienie wspomagane (produkt nr 14).

II. ZAŁOŻENIA MODELU

1. W modelu założono wsparcie zawodowe w postaci doradztwa i zatrudnienia wspomaganego poprzedzonego diagnozą funkcjonalną wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).
2. *Diagnoza funkcjonalna.* W założeniach program aktywizacji zawodowej powinien opierać się na szerokiej i wnikliwej diagnozie, w skład której powinny wchodzić następujące elementy:
 - wywiad i analiza dostępnej dokumentacji medycznej,
 - informacje uzyskane od otoczenia osoby niepełnosprawnej,
 - obserwacje specjalistów dokonujących oceny (zespół interdyscyplinarny),
 - wystandaryzowane testy.

Na podstawie tych informacji konstruowany jest indywidualny profil kategorialny. Znajdują się w nim kategorie ICF, które określają rodzaj i nasilenie dysfunkcji powodującej niepełnosprawność w wymiarze fizycznym i psychospołecznym, to znaczy upośledzenia w zakresie funkcji i struktur ciała oraz w zakresie aktywności i uczestnictwa.

3. *Aktywizacja zawodowa.* Po dokonaniu kompleksowej diagnozy z uwzględnieniem wszystkich aspektów funkcjonowania jednostki przygotowywana jest karta interwencji obejmująca spis planowanych działań, których efektem ma być osiągnięcie głównego celu wsparcia, jakim jest wejście/powrót na rynek pracy.
 - Wsparcie w przygotowaniu do wejścia na rynek pracy będzie obejmowało, w zależności od potrzeb, między innymi: przekwalifikowanie zawodowe, organizację pośrednictwa pracy, wsparcie psychologiczne, doradcze, organizację staży zawodowych, jak również wsparcie najbliższego otoczenia osoby niepełnosprawnej.
 - Wsparcie w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia będzie obejmowało, w zależności od potrzeb, między innymi: organizację pośrednictwa pracy, wprowadzenie na rynek pracy przy wsparciu trenera pracy (*job coach*), wsparcie w zatrudnieniu oraz monitoring zatrudnienia.
4. *Doradztwo zawodowe.* Pomoc w doborze konkretnego miejsca zatrudnienia zgodnie z kwalifikacjami, umiejętnościami i doświadczeniem zawodowym oraz po spełnieniu wymagań spraw-

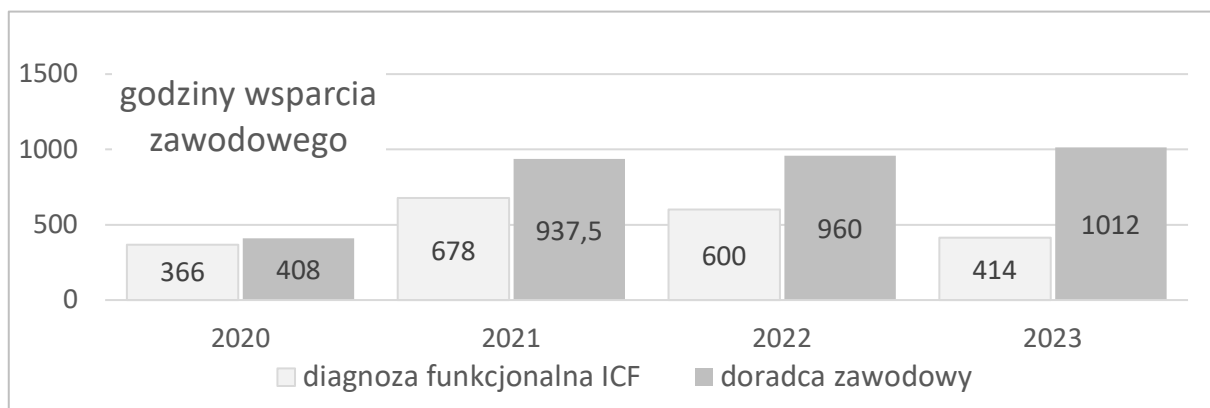
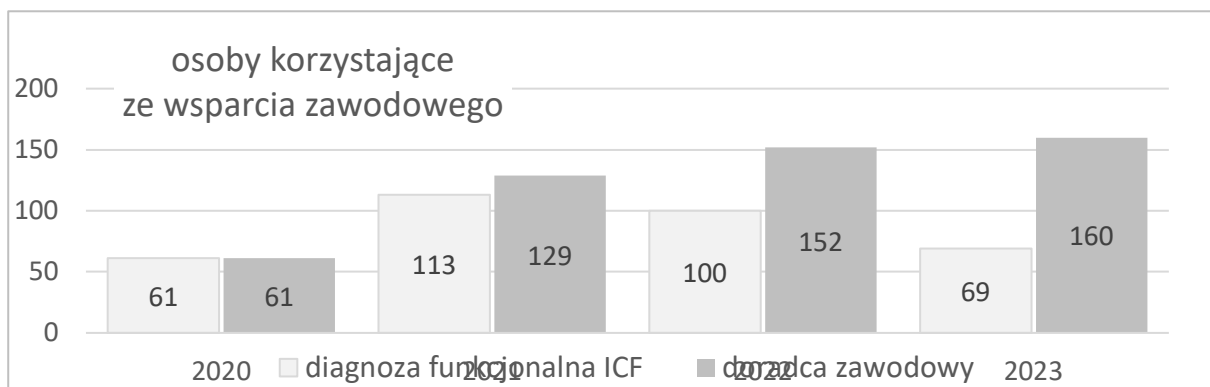
dzanego pracodawcy. Wspieranie w trudnych sytuacjach zawodowych, w tym mediacje i współpraca z pracodawcami, pomoc w zakresie regulacji prawnych, w przygotowaniu aplikacji.

5. *Trener pracy* bezpośrednio kontaktuje się z osobą niepełnosprawną i wspiera ją w procesie poszukiwania, jak również utrzymania pracy. Jego pomoc stopniowo ulega ograniczeniu aż do osiągnięciu samodzielności przez osobę wspieraną. Do jego zadań będą należeć:

- przygotowanie wraz z osobą zainteresowaną dokumentów aplikacyjnych,
- utrzymywanie i nawiązywanie nowych kontaktów z zakładami pracy zatrudniającymi pracowników z problemami zdrowia psychicznego,
- pozyskiwanie informacji o wolnych miejscach pracy,
- udzielanie informacji o wolnych miejscach pracy i możliwościach jej podjęcia lub poszukiwania,
- negocjowanie z podmiotami zatrudniającymi warunków pracy dla przyszłych pracowników.
- *Plan postępowania* z uczestnikiem wymagającym aktywizacji:
- skierowanie na diagnozę według ICF przez koordynatora CK;
- konsultacja wyników, kontakt z doradcą zawodowym, zespołowe opracowanie indywidualnego Programu Aktywizacji Społeczno-Zawodowej (PAS-Z);
- przygotowanie, wdrażanie i monitorowanie programu aktywizacji przez doradcę zawodowego.

III. REALIZACJA

łącznie z diagnozy funkcjonalnej według ICF skorzystało **343** uczestników, a wsparcie doradcy zawodowego uzyskało **502** uczestników projektu.



DIAGNOZA ICF

1. Realizator diagnozy (FOKL, Fundacja Oceny Kapitału Ludzkiego) otrzymywał od koordynatorów CK skierowanie wraz z podstawowymi informacjami o uczestniku, w tym o jego doświadczeniu zawodowym (np. CV).
2. Diagnozę realizowano w miejscu dostępnym dla osób z niepełnosprawnościami, dostosowanym do potrzeb osób poruszających się na wózku, wyposażonym odpowiednio do rozmowy i pracy indywidualnej. Diagnoza trwała łącznie 6 godzin i przeprowadzano ją jednego dnia. W trakcie proponowano przerwy (3–5 min) pomiędzy etapami diagnozy i jedną dłuższą (preferowano 30 min). Liczba uczestników to optymalnie cztery osoby dziennie, minimalnie dwie.
3. Wynik diagnozy stanowił indywidualny profil kategoryjny ICF. Na podstawie tego profilu opracowywano kartę interwencji (zob. ANEKS 8A). W diagnozie uczestniczyli diagności (psycholodzy, pracownik socjalny, fizjoterapeuta) i asesorzy, którzy obserwowali sposób wykonania przez uczestników zadań diagnostycznych.

4. Elementy składowe diagnozy funkcjonalnej osób z kryzysami zdrowia psychicznego:

Czas trwania	Zakres
1h	Pogłębiony wywiad psychologiczny: informacje niezbędne do indywidualizacji wsparcia, określenia potrzeb i możliwości. Ocena motywacji, funkcji poznawczych, umiejętności interpersonalnych. Określenie wypełniania ról społecznych i wsparcia ze strony najbliższego otoczenia.
2h	Testy psychologiczne: cechy osobowości i temperamentu, radzenie sobie ze stresem, kompetencje społeczne – testy NEO-FFI, PTS, TUS 6/9, CISS, KKS. W przypadku potrzeby przekwalifikowania zawodowego: kwestionariusz preferencji (test WKP).
1h	Wywiad: informacje o funkcjonowaniu osoby badanej w środowisku (w tym o jej życiu zawodowym) – codzienne prace domowe, zakup dóbr i usług, przygotowywanie posiłków, kontakty towarzyskie, więzi rodzinne i przyjacielskie, udział w społeczności lokalnej, organizacja czasu wolnego, zdobywanie, utrzymywanie i rezygnacje z pracy.
0,5h	Badanie sprawności fizycznej – stany ograniczające wybór pracy: wywiad i testy na ruchomość stawów, siłę mięśni, koordynację, wydolność oddechową.
1,5h	Zadanie grupowe oraz indywidualne koszyki zadań – próba podjęcia roli pracownika wykonującego konkretne polecenie. Ocena umiejętności: organizacji i planowania, działania pod presją czasu, zarządzania czasem i nadawania priorytetów, rozwiązywania problemów, skupiania uwagi, wykonywania wielu zadań w określonym czasie, współpracy, komunikacji, zachowania się w sytuacji konfliktowej oraz zdolności perswazyjnych, decyzyjnych, sumiennosci.

5. Osoby zdiagnozowane i skierowane do doradcy zawodowego otrzymywały wyniki diagnozy podczas pierwszego spotkania z trenerem pracy. Pozostałe osoby, na życzenie, omawiały wyniki z koordynatorem wsparcia społecznego w CK, który kierował je na diagnozę.

AKTYWIZACJA ZAWODOWA

1. Diagnoza ICF wskazująca na konieczność interwencji doradcy zawodowego (trenera pracy) rozpoczęła właściwe wsparcie zawodowe, aktywizację zawodową.
2. Organizacja procesu:

Czas trwania	Zakres
1,5h	Spotkanie indywidualne wstępne: wywiad zawodowy pogłębiony, analiza raportu powstałego po funkcjonalnej diagnozie kompetencji opartej na ICF.
1,5h	Spotkanie indywidualne – ścieżka rozwoju zawodowego: opracowanie z beneficjentem indywidualnej ścieżki postępowania, prowadzącej do zatrudnienia na otwartym bądź chronionym rynku pracy. Plan zawierał kolejne kroki/działania niezbędne do

	zrealizowania przy uwzględnieniu wskazań karty interwencji przygotowanej po diagnozie funkcjonalnej.
4h	Warsztaty zawodowe: warsztaty aktywnego poszukiwania pracy – beneficjenci nabywają wiedzę z zakresu skutecznego poruszania się po rynku pracy. W jej zakres wchodziły: analiza sytuacji na lokalnym rynku pracy, metody poszukiwania pracy, nauka tworzenia dokumentów aplikacyjnych (CV i LM), przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej.
2h	Spotkanie indywidualne – poszukiwanie pracy: wspólne przygotowanie indywidualnego CV, analiza aktualnych ofert pracy, tworzenie listów motywacyjnych pod wybrane oferty, aplikowanie na odpowiednie ogłoszenia. Zaplanowanie dalszego, samodzielnego poszukiwania pracy.
1h	Spotkanie indywidualne – poszukiwanie pracy, kontynuacja: omówienie efektów (sukcesów i porażek) dotychczasowych poszukiwań pracy, aplikowanie na kolejne oferty (po wspólnym ich przeanalizowaniu), ewentualne towarzyszenie na rozmowach kwalifikacyjnych.
1h	Kontakt z pracodawcami: podjęcie kontaktu z pracodawcami, między innymi pomoc w zakresie regulacji prawnych. Zbieranie informacji o potencjalnych ofertach pracy dla beneficjentów projektu. Stały kontakt z pracodawcami zatrudniającymi beneficjentów, bieżąca ocena pracy danego pracownika. Podejmowanie działań stymulujących sumienność, zaangażowanie, współpracę w grupie. Podejmowanie mediacji w sytuacjach trudnych w miejscu pracy.

3. Przykłady wsparcia zawodowego przedstawiono w ANEKSIE 8B.

IV. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ MODELU

1. W planach nietrafnie zakładano, że wsparcie zawodowe (w tym diagnoza ICF) będzie skierowane do osób niepełnosprawnych. Jednak nie wszystkie osoby uzyskujące w projekcie DIMO wsparcie społeczno-zawodowe są osobami niepełnosprawnymi (z orzeczeniem niepełnosprawności), choć doświadczały lub doświadczały kryzysów, a nawet zaburzeń psychicznych, i potrzebują wsparcia w zakresie podjęcia pracy lub powrotu do pracy. Skala tej rozbieżności wzrosła po ostatecznym ograniczeniu projektu wyłącznie do ofert wsparcia społecznego. Stąd istnieje potrzeba bardziej elastycznego analizowania wyników diagnozy ICF i wykorzystania profilu funkcjonalnego ICF przez koordynatorów, nie zawsze przy pomocy doradcy zawodowego. Natomiast każda z osób, która została skierowana na diagnozę i aktywizację zawodową, otrzymała wsparcie w tej sprawie. Koordynatorzy dysponowali też uproszczonym, przesiewowym narzędziem oceny aktywności i uczestnictwa, wykorzystującym logikę ICF w postaci Skali Mini-ICF-APP, co pozwalało w sposób mniej rygorystyczny korzystać z ram tej klasyfikacji.

2. Z tego też powodu – ponieważ było Mini-ICF – planowane wdrażanie Programu Aktywizacji Społeczno-Zawodowej (PAS-Z) w jego pierwotnym kształcie wobec każdej osoby biorącej udział w projekcie okazało się niecelowe i nie zostało podjęte.

V. REKOMENDACJE

1. Ze wsparcia zawodowego skorzystała niemal połowa uczestników projektu, co podkreśla jego znaczenie i potrzebę udostępniania w funkcjonowaniu centrów zdrowia psychicznego. Podjęcie zatrudnienia lub powrót do zatrudnienia dla wielu osób jest probierzem odzyskiwania zdrowia, jak również samosteroowności, poprawy jakości życia i zyskania poczucia sensu.
2. Projekt wykazał, że formułowanie profilu kategorialnego zgodnie z ICF wraz z innymi elementami diagnozy funkcjonalnej jest u osób z problemami zdrowia psychicznego możliwe do uzyskania i przydatne doradcy zawodowemu.
3. Diagnoza funkcjonalna ICF może być też narzędziem przydatnym nie tylko w ustaleniu celów i ścieżek aktywizacji zawodowej wspomaganego, ale także orientującym całość wsparcia społecznego dla osób doświadczających kryzysów psychicznych.

9. Współpraca z ośrodkiem pomocy społecznej

I. OKREŚLENIE według MODELU

Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Wytyczne dotyczące poradnictwa i pomocy w zakresie spraw socjalnych (produkt nr 12).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. W modelu projektu przewidziano, że do efektywnej współpracy między resortami (służba zdrowia, policja, pomoc społeczna) zalecane są: wskazanie osoby/osób do kontaktu w danych jednostkach i realizacja wspólnych projektów uzupełniających model.
2. W ramach konsultacji założeń modelu z władzami dzielnicy Mokotów sformułowano następujące oczekiwania:
 - współpraca z dzielnicowym zespołem przeciwdziałania przemocy poprzez kontakt i wymianę informacji oraz współpraca w sytuacjach kryzysowych;
 - stały, dwustronny kontakt z OPS i Zespołem Lecznictwa Środowiskowego.
3. W modelu przedstawiono formy pieniężne i niepieniężne wsparcia instytucjonalnego oraz procedury przyznania pomocy organizowane przez ośrodki pomocy społecznej i inne podmioty działające na rzecz grupy docelowej.
4. Sformułowano wytyczne dotyczące poradnictwa oraz organizacji wsparcia w zakresie spraw socjalnych:
 - Powstanie mapa punktów udzielających wsparcia wraz ze spisem danych kontaktowych – mapa dostępna zarówno w Centrum przy każdej wizycie, jak i na stronie internetowej do pobrania według potrzeb.
 - Pracownicy Centrum Koordynacji po przeprowadzeniu wywiadu z osobą korzystającą ze wsparcia, po konsultacjach z członkami zespołów merytorycznych, określą wspólnie z osobą zainteresowaną lub jej rodziną indywidualizowane oczekiwania/potrzeby w zakresie wsparcia socjalnego. Oceniają możliwości uzyskania wsparcia zgodnie z obowiązującym prawem, pomogą w przygotowaniu dokumentacji i jej złożeniu we właściwej instytucji.
 - Wsparcie w uzyskaniu pomocy socjalnej prowadzone będzie zarówno dla osób posiadających kompetencje i możliwości do samodzielnego uzyskania wsparcia, jak i dla osób nie-samodzielnych w tym zakresie.

III. REALIZACJA

1. *Poradnictwo* – w projekcie powstał „Informator dla mieszkańców Mokotowa (+18) i ich rodzin”, w którym można znaleźć szczegółowe informacje nt. działalności Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, a także liczne punkty wsparcia oferowanego na terenie dzielnicy Mokotów. Informator zawiera dane teleadresowe i informacje o zakresie oferowanego wsparcia w każdym z prezentowanych miejsc. Informator był zawsze dostępny dla uczestników projektu i ich rodzin.

- Pracownicy Centrum Koordynacji i Mobilnego Zespołu Wsparcia Społecznego wspólnie z osobą chcącą skorzystać ze wsparcia lub jej rodziną/otoczeniem określali oczekiwania i potrzeby w zakresie wsparcia socjalnego, oceniali możliwości uzyskania wsparcia zgodnie z przepisami prawa, pomagali w przygotowaniu niezbędnych dokumentów i ich złożeniu.

2. *Współpraca z ośrodkiem pomocy społecznej*. OPS jest instytucją uprawnioną do realizacji wsparcia socjalnego dla osób i rodzin na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 z późn. zmianami).

Mokotowski Ośrodek Pomocy Społecznej podpisał z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie list intencyjny o współpracy przy realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” (30.05.2018 r.) – por. ANEKS 9A. Podjęto szereg wysiłków, by tę instytucjonalną współpracę międzyresortową rozwinąć:

- W siedzibie IPiN zorganizowano spotkanie informacyjne, podczas którego przedstawiono kierownictwu i pracownikom OPS Mokotów wszystkie cele i zadania projektu. Omówiono szczegółowo możliwości współpracy z OPS i możliwe ścieżki realizacji zadań. Kierownicy oddziałów OPS wyrazili wolę i otwartość wobec współpracy. Wytypowali osoby do kontaktu w celu realizacji wspólnych zadań.
- Mimo życzliwych deklaracji ustalenie trwalszych i regularnych kanałów wymiany informacji i narzędzi współdziałania napotykało trudności powodowane innymi obowiązkami pracowników socjalnych, a także przekonaniem, że współpraca z MCZP to dodatkowa praca i obciążenie. Istotną barierą w okresie 2020–2021 była również ówczesna sytuacją epidemiologiczną utrudniająca bezpośrednie kontakty.
- Mimo trudności wielu pracowników socjalnych OPS pozostawało w częstym kontakcie telefonicznym i osobistym z pracownikami CK i MZWS (zwłaszcza w sprawach wsparcia mieszkaniowego), co skutecznie wspomagało zaspokojenie potrzeb i oczekiwań uczestników projektu, często jednocześnie będących beneficjentami usług OPS. Obie strony mogły monitorować przebieg udzielanego wsparcia. Takie współdziałanie przynosiło odbiorcom usług najwięcej korzyści i budowało dobry klimat do dalszej współpracy (p. ANEKS 9B).
- Mimo niewykształcenia regularnych, instytucjonalnych form wymiany i współdziałania współpraca między MCZP a OPS Mokotów przyczyniła się do zwiększenia wsparcia na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, a także do zwiększenia kompetencji i umiejętności pracowników obu jednostek w zakresie pomocy osobom w kryzysach zdrowia psychicznego.

IV. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ MODELU

1. Nie udało się zrealizować zakładanych w modelu planów regularnych, stałych, dwustronnych kontaktów z OPS. Częstotliwość spotkań z przedstawicielami MCZP była dość ograniczona, natomiast odbyło się kilka spotkań w placówkach OPS i MCZP, a także wiele roboczych rozmów telefonicznych. Wydaje się, że zaczął powstawać sprzyjający instytucjonalny i interpersonalny klimat do rozwijania współpracy.
2. Poradnictwo i wsparcie socjalne było świadczone przez oba zespoły koordynujące wsparcie społeczne (CK i MZWS), a nie, jak zakładano w modelu, tylko przez zespół Centrum Koordynacji. W skład zespołu MZWS wchodził pracownik socjalny, który wspierał beneficjentów projektu w zakresie potrzeb socjalnych.

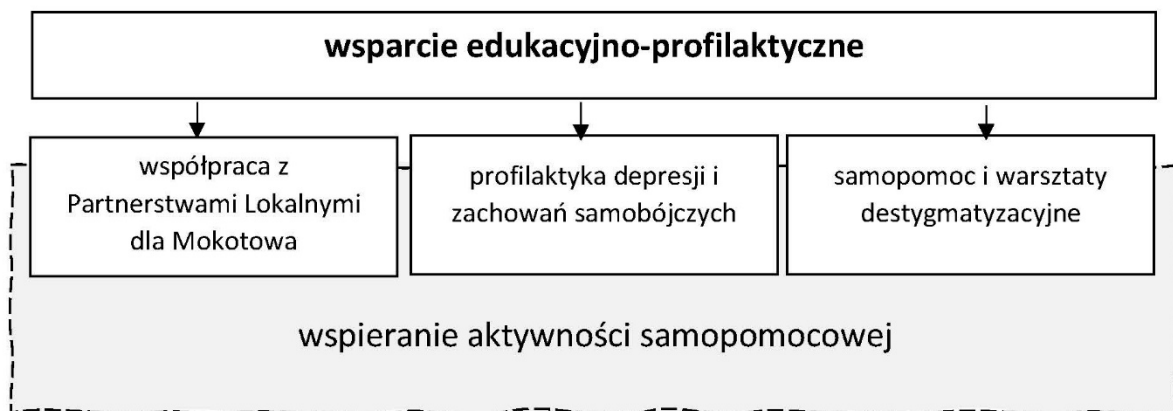
V. REKOMENDACJE

1. Skuteczna realizacja wsparcia społecznego w centrum zdrowia psychicznego wymaga regularnej, sprawnej współpracy między instytucjami pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Do czasu wprowadzenia regulacji ustawowych promujących taką współpracę należy wykorzystywać potencjał współdziałania tkwiący w budowaniu dobrego klimatu wynikającego z kontaktów między pracownikami i satysfakcji ze skutecznych interwencji w konkretnych przypadkach.
2. Przed podjęciem współpracy konieczne jest spotkanie wprowadzające, w celu przedstawienia zakresu działania centrum zdrowia psychicznego i jego możliwości, tak aby przedstawiciele ośrodka pomocy społecznej mieli wiedzę w tej sprawie i by powstała szansa pozbycia się nie-trafnych wyobrażeń, obaw i nieporozumień. Przykładowo: obawa przeciążenia pracowników OPS sprawami „psychiatrycznymi” okazuje się złudzeniem, ponieważ docelowo część obowiązków związanych z niezbędnym wsparciem osób z zaburzeniami psychicznymi w sposób naturalny przejmuje CZP, odciążając pracowników OPS.
3. Należy rozważyć możliwość szerszego zatrudnienia pracowników socjalnych w zespołach koordynujących wsparcie społeczne i zawodowe w centrach zdrowia psychicznego – wiele doświadczeń wskazuje, że operowanie wspólnym językiem i kulturą profesjonalną usprawnia międzyresortowe porozumienie i współdziałanie na rzecz cierpiących i potrzebujących.

ROZDZIAŁ 4

Zadanie 3. Prowadzenie wsparcia edukacyjno-profilaktycznego

Wsparcie edukacyjno-profilaktyczne realizowano w trzech formach. We współpracy z partnerstwami lokalnymi funkcjonującymi na Mokotowie próbowano tworzyć warunki do poprawy klimatu społecznego wokół problemów zdrowia psychicznego i warunki umożliwiające realne wsparcie wspólnotowe dla osób, których takie trudności dotyczą. Warsztaty profilaktyczne w zakresie przeciwdziałania depresji i zachowaniom samobójczym zostały zorganizowane w celu upowszechnienia wiedzy na ten temat oraz uwrażliwienia na tego rodzaju zagrożenia w lokalnej społeczności. Udział w warsztatach destygmatyzacyjnych mógł też zaowocować wiedzą i praktycznym doświadczeniem wyniesionym z bezpośredniego kontaktu z osobami radzącymi sobie z uprzedzeniami z powodu doświadczanych kryzysów zdrowia psychicznego. We wszystkich tych aktywnościach istotnym elementem oddziaływania była samopomoc, co oznacza, że brały w nich aktywny udział osoby dysponujące osobistym doświadczeniem takiego kryzysu.



10. Współpraca z Partnerstwami Lokalnymi dla Mokotowa⁹

I. TYTUŁ według MODELU

Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Program działania partnerstw lokalnych oraz wytyczne dotyczące wdrażania programu w społeczności lokalnej (produkt nr 5 i 7).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. Model zakładał wzmocnienie obecności MCZP w środowisku poprzez uczestnictwo w istniejącej uprzednio w dzielnicy sieci partnerstw lokalnych dla Mokotowa, za które odpowiadać miał specjalista ds. partnerstw lokalnych. Działania te miały z jednej strony tworzyć warunki do ogólnego, a w razie potrzeby adresowanego indywidualnie wsparcia wspólnotowego, a z drugiej do promocji i edukacji zagadnień zdrowia psychicznego oraz tworzenia sprzyjającego klimatu społecznego wokół osób dotkniętych zaburzeniami.
2. Współpraca została pomyślana dwukierunkowo. Z jednej strony partnerstwa miały zostać włączone w planowanie i realizację przez MCZP wsparcia wspólnotowego, z drugiej strony MCZP miało partycypować w programach działań partnerstw oraz pozyskiwanych przez nie środkach z budżetu dzielnicy.
3. Wybrani partnerzy mieli zostać włączeni w rozpoznanie zasobów i obszarów potrzeb dotyczących leczenia, opieki środowiskowej i profilaktyki na danym terenie, jak też w podejmowane ad hoc działania informacyjne i rzecznicze obejmujące konkretne osoby i środowiska rodzinne.
4. Ważnym elementem pracy MCZP w ramach partnerstwa lokalnego miała być możliwość nawiązania i utrzymania spersonalizowanych kontaktów z wieloma podmiotami i środowiskami wsparcia pozainstytucjonalnego osób z zaburzeniami psychicznymi.
5. Przewidywano także udział partnerstw w prowadzeniu przez MCZP nieformalnych działań edukacyjnych dotyczących swoistości kryzysów/zaburzeń zdrowia psychicznego.
6. Specjalista ds. partnerstw lokalnych, działając w ramach struktury Centrum Koordynacji (oraz Mobilnego Zespołu Wsparcia Społecznego), miał pełnić funkcję łącznika pomiędzy osobami korzystającymi ze wsparcia w ramach MCZP a działaniami lokalnymi prowadzonymi na terenie dzielnicy Mokotów.

⁹ Poprzez to działanie MCZP w praktyce realizowano jednocześnie dwa z głównych zadań projektu: prowadzenie wsparcia społecznego i zawodowego (jako rodzaj wsparcia wspólnotowego) i działań promocyjno-edukacyjnych (budowania w społeczności lokalnej korzystnego klimatu społecznego wokół problemów zdrowia psychicznego). Ponieważ to drugie przeważało, zdecydowaliśmy się je w raporcie umieścić wśród zadań edukacyjno-profilaktycznych.

III. REALIZACJA

1. Nawiązano współpracę z siedmioma partnerstwami lokalnymi na Mokotowie: Moje Sielce, Stary Mokotów, Moje Wierzbno, Mój Służew, Nasze Stegny, Stacja Sadyba oraz Siekierki Reaktywacja. Specjalista ds. partnerstw lokalnych utrzymywał z nimi regularny kontakt (dostosowany do dynamiki i stylu działań poszczególnych społeczności) podczas cyklicznych spotkań partnerstw, wydarzeń ważnych dla dzielnicy, świąt i uroczystości obchodzonych w grupach sąsiedzkich czy w końcu realizowanych wspólnie z partnerstwami działań. Z partnerstwami podpisano Porozumienia o współpracy (przykład – zob. ANEKS 10A).
2. Wspólnie z partnerstwami specjalista przygotowywał programy działań finansowanych w ramach rocznego konkursu „Działalność wspomagająca rozwój wspólnot i społeczności lokalnych” ogłaszanego przez Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia dzielnicy Mokotów (kluczową jednostkę samorządu z punktu widzenia działań MCZP). Dzięki tej współpracy w budżetach partnerstw zapewnione zostały środki na działania z zakresu profilaktyki i psychoedukacji.
3. Podczas całego projektu we współpracy z partnerstwami dzięki dofinansowaniu ze środków dzielnicy zorganizowano łącznie 20 wydarzeń zdalnych (transmitowanych równolegle na Facebooku MCZP i danego partnerstwa) oraz 12 wydarzeń stacjonarnych. Wydarzenia miały różnorodny charakter: informacyjny (np. webinary na temat mokotowskich partnerstw lokalnych i ich związku z ochroną zdrowia psychicznego, mieszkalnictwa chronionego czy centrów zdrowia psychicznego), interwencyjny (np. wydarzenia organizowane po wybuchu wojny w Ukrainie), destygmatyzujący (np. z udziałem ekspertów przez doświadczenie) bądź edukacyjny (np. webinarium na temat wypalenia zawodowego czy uwarunkowań depresji zależnych od płci). Wydarzenia stacjonarne odbywały się między innymi w: Ośrodku Kultury Aktywne Stegny, klubokawiarniach Alternatywy i Dobroczyzna (dysponujących wydzielonymi salami dostosowanymi do prowadzenia warsztatów), Ośrodku Edukacji Kulturalnej Sadyba czy w lokalach Biblioteki Publicznej Mokotów.
4. Z inicjatywy MCZP wspólnie z dwoma partnerstwami lokalnymi (Moje Wierzbno i Mój Służewiec) zorganizowano I oraz II Mokotowską Żywą Bibliotekę z udziałem m.in. trzech asystentów zdrowienia oraz psycholożki niepełnosprawnej ruchowo związanych z IPIŃ.
5. Struktury Partnerstw Lokalnych zostały wykorzystane do prowadzenia działań informacyjnych. Plakaty i/lub ulotki MCZP były dystrybuowane w takich miejscach jak sieć mokotowskich bibliotek (25 adresów), przychodnie (14 adresów), OPS, dzielnicowe domy kultury, siedziby organizacji pozarządowych, lokale usługowe, jednostki edukacyjne – łącznie ponad 50 miejsc na Mokotowie, do których dzięki uczestnictwu w sieci lokalnej MCZP miało ułatwiony dostęp. W celu informowania o działaniach korzystano także z wewnętrznych list mailingowych oraz profili FB partnerstw, jednostek samorządowych i innych partnerów (przykłady druków z akcji informacyjnych dostępne na stronie: <https://tinyurl.com/mczp-power-prom-stac>).
6. Dzięki relacji z Partnerstwem Lokalnym Siekierki Reaktywacja w miesięczniku „Gazeta Siekierkowska” specjalista ds. partnerstw lokalnych regularnie publikował krótkie felietony psycho-

edukacyjno-informacyjne z danymi kontaktowymi MCZP (łącznie 33 numery, nakład około 3000/numer¹⁰ – przykład w ANEKSIE 10B). Specjalista założył także „Gazetkę Partnerską Stary Mokotów”, wydawaną ze środków dzielnicy, zawierającą artykuły na temat zdrowia psychicznego oraz blok informacji o różnych instytucjach i organizacjach wspierających, w tym MCZP (11 numerów, nakład 900–1500/numer oraz wersja cyfrowa¹¹ – przykład w ANEKSIE 10C).

7. MCZP było widoczne podczas wydarzeń sąsiedzkich, przede wszystkim plenerowych pikników bądź lokalnych festiwali. Łącznie zorganizowano 14 stoisk, podczas których w nieformalnej atmosferze można było porozmawiać z reprezentantem MCZP, specjalistą ds. partnerstw lokalnych oraz w wybranych przypadkach odbyć konsultację z psychologiem, zwykle także pracownikiem projektu z MZWS lub CK.
8. Dzięki relacjom z partnerstwami lokalnymi, w ramach projektów realizowanych przez partnerskie organizacje pozarządowe bądź dzięki dostępowi do odpowiednich informacji, uczestnicy projektu POWER uzyskiwali między innymi: konsultacje z dietetykiem oraz prawnikiem, paczki świąteczne, możliwość rozwoju poprzez wolontariat oraz dedykowany dla uczestników projektu 30-godzinny cykl warsztatów z Porozumienia bez Przemocy. Przy niektórych z tych usług natrafiano niestety na ograniczenie związane z wiekiem, ponieważ świadczenia były dostępne tylko dla seniorów. W innych przypadkach zbyt niska była dostępna liczba godzin (np. u dietetyka), ponieważ chętnych było więcej.
9. Dzięki relacjom z partnerstwami lokalnymi wybrane grupy wsparcia realizowane w ramach projektu (trzy grupy pracy z ciałem, dwie grupy kreatywno-plastyczne, grupa integracyjno-aktywizująca, grupa dla rodzin oraz grupa z elementami terapii, a także grupa treningu asertywności/uważności) odbywały zajęcia w miejscach niezwiązanych z leczeniem psychiatrycznym, takich jak: Ośrodek Kultury Aktywne Stegny, Dom Kultury Kadr, kawiarnia Dobroczyzna, klubokawiarnia Pożyteczna, Biblioteka Publiczna Mokotów i Szkoła Podstawowa Integracyjna Nr 339.
10. W okresie pandemii COVID specjalista ds. partnerstw lokalnych przygotował 4 zdalne wystawy grupy kreatywno-plastycznej (z wykorzystaniem programu artsteps.com). Zorganizowano także jedną wystawę stacjonarną w Domu Kultury Kadr.
11. Szczególnie w okresie przymusu izolacji spowodowanego pandemią (*lockdown*, 2020) istotną rolę w komunikacji ze społecznościami Mokotowa odgrywał profil MCZP na Facebooku, którego prowadzeniem podczas realizacji projektu zajmował się specjalista ds. partnerstw lokalnych. Przyjęto koncepcję, by profil FB MCZP łączył informacje związane bezpośrednio ze zdrowiem psychicznym z promocją nieodpłatnej oferty spędzania czasu wolnego i rozwoju dla mieszkańców Mokotowa. Po tym okresie kontynuowano prowadzenie strony MCZP na Facebooku.

¹⁰ Dostęp: <https://tinyurl.com/MCZP-w-Gazecie-Siekierkowskiej>.

¹¹ Dostęp: <https://tinyurl.com/MCZP-w-Gazetce-Partneskiej>.

IV. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ

1. Współpraca z partnerstwami stwarzała unikalną możliwość inspirowania i obserwacji związków między lokalnymi sieciami społecznymi a funkcjonowaniem centrum zdrowia psychicznego. Założenia proponowały jedynie ramowo kierunki tych pomyślnych, wielotorowych, pomocnych i prawdopodobnie owocnych działań. Trudno z tego powodu wskazywać na rozbieżności. Należy jednak podkreślić ich zasadnicze znaczenie dla upowszechnienia się dobrych praktyk pomocowych w społeczności lokalnej (przykłady opinii w ANEKSIE 10D).

V. REKOMENDACJE

1. Realizowana na Mokotowie współpraca z partnerstwami lokalnymi przekonuje, że warto widzieć w centrum zdrowia psychicznego działalność nie tyle „ośrodka”, co „sieci”, w ramach której CZP koordynuje różne usługi świadczone na przykład przez OPS, POZ i organizacje pozarządowe:
 - dlatego należy zwracać uwagę na wymianę zasobów z lokalnym otoczeniem CZP (między innymi: instytucjami, organizacjami obywatelskimi, ośrodkami kultury, mediami lokalnymi);
 - wyrazem idei „CZP jako sieć” może być realizacja programów profilaktycznych i psychoedukacyjnych, a nawet wybranych usług CZP (np. grup wsparcia) poza lokalami medycznymi, np. w miejscach codziennej aktywności niezwiązanej wprost ze zdrowiem;
 - koordynatorzy wsparcia w CZP mogą oferować uczestnikom także pozamedyczne aktywności, o ile są one dostosowane do etapu zdrowienia;
 - samorządowe środki finansowe, którymi operują organizacje pozarządowe, mogą uzupełniać ponadstandardowe usługi CZP.
2. Dobry klimat pomocowy można osiągnąć m.in. poprzez prezentowanie CZP podczas wydarzeń na żywo oraz w mediach społecznościowych w kontekstach pozamedycznych. Dochodzi w ten sposób do skrócenia dystansu między osobą potrzebującą pomocy a oferentem pomocy, która dzięki temu może nastąpić wcześniej i szybciej.
3. W miejscach, gdzie partnerstwa lokalne jeszcze nie funkcjonują, CZP mogą i powinny inicjować powstawanie struktur i działalności spełniających taką rolę.
4. Współpraca ze społecznością lokalną powinna mieć charakter systematyczny i długoterminowy. Nie jest możliwe osiągnięcie rezultatów poprzez działania *ad hoc*.
5. Doniosłą rolę w powodzeniu współpracy centrum zdrowia psychicznego z partnerstwami lokalnymi odgrywają przygotowanie, talent i zaangażowanie osoby koordynującej – znajomość realiów procedur konkursowych i realizacji zadań publicznych oraz swoistości relacji sektorów samorządowego i pozarządowego, wiedza z zakresu zdrowia psychicznego, umiejętność negocjacji i koordynacji między lokalnymi interesariuszami zdrowia psychicznego, wysoka kompetencja komunikacyjna.

11. Profilaktyka depresji i zachowań samobójczych

I. TYTUŁ według MODELU

Działania profilaktyczno - edukacyjne. Programy dotyczące zapobiegania samobójstwom – założenia (produkt nr 6). Działania profilaktyczno-edukacyjne. Materiały szkoleniowe dla poszczególnych interesariuszy (produkt nr 4).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. W dzielnicy Mokotów nie funkcjonował wcześniej żaden kompleksowy program profilaktyczny dla osób zagrożonych depresją lub śmiercią samobójczą. Dane z kart zgonów w województwie mazowieckim w latach 2000–2014 ukazują, że średnio rocznie 15/100 tys. osób dokonuje samobójstwa, co przekłada się na ok. 30 zgonów samobójczych rocznie na Mokotowie. Z badań epidemiologicznych wynika, że w populacji osób odbierających sobie życie chorzy z rozpoznaniem różnych zaburzeń psychicznych (najczęściej depresji) stanowią największy odsetek.
2. Model profilaktyki zachowań samobójczych zakładał szkolenia dla różnych grup zawodowych, które podczas zawodowego kontaktu z osobami zagrożonymi depresją lub samobójstwem potrzebują wiedzy, jak sprawnie kierować te osoby do ośrodków leczenia. Szkolenia będą prowadzone przez specjalistę (psychologa) oraz eksperta przez doświadczenie (były pacjent). Po szkoleniu przewidywano zaopatrzenie uczestników w elektroniczne i papierowe materiały pogłębiające uzyskaną wiedzę. Do realizacji zadań niezbędne będą sprawdzone profesjonalne materiały oparte na profilaktyce zachowań samobójczych rekomendowane i nagradzane w krajach UE.
3. Zaplanowano ścisłą współpracę z Europejskim Sojuszem Przeciw Depresji (EAAD, *European Alliance Against Depression*). Planowane w projekcie działania należały do pierwszego etapu czteroetapowej profilaktyki samobójstw według EAAD – (1) szkolenie profesjonalistów niezwiązanych z opieką psychiatryczną, (2) akcje medialne, (3) zaangażowanie grup ryzyka depresji i zachowań samobójczych, (4) zaangażowanie osób decyzyjnych. W części dotyczącej szkoleń korzystano z licencjonowanych materiałów EAAD po ich przetłumaczeniu oraz adaptacji do swoistości prawno-organizacyjnej obowiązującej w Polsce.
4. Szkoleniami zamierzano objąć pracowników systemu edukacji, służb mundurowych, podstawowej opieki zdrowotnej oraz duchowieństwo. Planowano przeprowadzenie 30 szkoleń.
5. Autorską część działań stanowić miały materiały do kolportażu po przeprowadzonych szkoleniach (w formie elektronicznej i w miarę możliwości – papierowej), w tym:
 - ulotki – przejrzysty, atrakcyjny skrót kluczowych zagadnień szkolenia (planowano druk 5 tys. sztuk);

- karty szybkiej pomocy (lub Laminowane Karty Szybkiej Pomocy) zawierające: adres, telefon, godziny pracy Centrum Koordynacji MCZP, telefon pogotowia ratunkowego – ze wskazaniem na gwałtowny i zagrażający przebieg kryzysu i pilność interwencji (planowano druk 2 tys. sztuk);
- książki – popularne monografie na temat: depresji (skala zjawiska i współczesne możliwości terapii) oraz profilaktyki samobójstw (plan przewidywał druk po 500 egzemplarzy).

III. REALIZACJA

1. Przetłumaczenie materiałów przez biuro tłumaczeń przed rozpoczęciem i adaptacją szkoleń (na wniosek tłumaczy koordynator zadania przygotował glosariusz specjalistyczny, psychiatryczny).

- łącznie przeprowadzono **33 warsztaty** szkoleniowe dla **457 osób** z wielu grup zawodowych.
- Rozpowszechniono **8 tys. egzemplarzy materiałów szkoleniowych** (ulotki, karty szybkiej pomocy, książki).

2. Przygotowano ulotki i karty szybkiej pomocy (zob. ANEKS 11A) oraz książki¹² (spisy treści i strony okładkowe – zob. ANEKS 11B).
3. Przeprowadzono 33 szkolenia dla 457 uczestników. Ich treść uzupełniano o aktualne doświadczenia społeczno-zdrowotne (pandemia, wybuch wojny, fala imigrantów po traumie).

Rok	Liczba szkoleń	Uczestnicy	
		liczba	średnio na szkoleniu
2021	15	154	10
2022	12	171	14
2023	6	132	22

4. Instytucje współpracujące, dla których wdrożono szkolenia:
 - Zespół Szkół Licealnych i Technicznych nr 1, ul. Wiśniowa 56, Warszawa
 - XXVIII Liceum Ogólnokształcące im. Jana Kochanowskiego, ul. Wiktorska 99, Warszawa
 - Parafia Rzymskokatolicka Świętego Dominika, ul. Dominikańska 2, Warszawa
 - LXVIII Liceum Ogólnokształcące im. Tytusa Chałubińskiego, ul. Narbutta 31, Warszawa
 - XLIV Liceum Ogólnokształcące im. Stefana Banacha, ul. Dolna 6, Warszawa

¹² Sokół-Szawłowska M. „Depresja – skala zjawiska, nowoczesne możliwości leczenia”. Wydawnictwo IPiN, Warszawa 2021; Sokół-Szawłowska M. „Profilaktyka samobójstw”. Wydawnictwo IPiN, Warszawa 2021.

- CLV Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Bohatek Powstania Warszawskiego, ul. Wojciecha Żywnego 25, Warszawa
- Fundacja Mądre Ciało, ul. Jaszowiecka 8/116, Warszawa
- Fundacja Avalon, Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym, ul. Domaniewska 50A, Warszawa
- Komenda Rejonowa Policji (Mokotów), ul. Malczewskiego 3/5/7, Warszawa
- Luxmed, Podstawowa Opieka Zdrowotna (lekarze rodzinni), ul. Postępu 21c, Warszawa
- Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, ul. Belwederska 6A, Warszawa

5. Wydane egzemplarze papierowe materiałów pomocniczych:

Instytucja	Ulotki	Karty	Książki
Wydawnictwo IPiN	-	-	31
Szkoła, ul. Wiśniowa	100	400	100
Szkoła, ul. Wiktorska	250	100	25
Dominikanie	250	100	25
Szkoła, ul. Narbutta	500	200	20
Szkoła, ul. Dolna 6	500	200	20
Szkoła, ul. Żywnego	500	200	20
Fundacja Mądre Ciało (I)	100	50	5
Fundacja Mądre Ciało (II)	300	100	65
Fundacja Avalon (I)	200	50	23
Fundacja Avalon (II)	200	50	10
Komenda Policji	300	50	20
Luxmed POZ	1500	400	60
Pracownia Testów Psychologicznych (WOT)	300	100	20
wykonawcy DIMO	-	-	28
Prowadzący szkolenia	-	-	4
Osoby decyzyjne w instytucjach	-	-	14
Egzemplarze autorskie	-	-	10
Suma	5000	2000	po 500 każdej

6. Współpraca międzynarodowa i sprawozdawczość – każdego roku dokonywano opłat licencyjnych za materiały EAAD, zrealizowano zaplanowany aktywny udział w zjazdach sprawozdawczo-szkoleniowych EAAD (raporty z opisem możliwych nowych rozwiązań w toku prowadzonych szkoleń).

IV. ROZBIEŻNOŚĆ MIĘDZY MODELEM A REALIZACJĄ

1. W dużym stopniu udało się zrealizować plany zawarte w modelu. Realizatorzy zaobserwowali wzrastające zainteresowanie szkoleniami (co potwierdza rosnąca liczebność szkolonych grup).
2. Najtrudniejszymi przeszkodami w realizacji były: opóźniony w stosunku do pierwotnego harmonogramu czas rozpoczęcia zadań (czynnik organizacyjny – opóźnienia umów i opłat licencyjnych, a wtórnie przygotowanie i adaptacja materiałów szkoleniowych) oraz wybuch pandemii (czynnik losowy).
3. Gdy rozpoczynano cykl szkoleń w trakcie pandemii COVID-19, konieczne stało się prowadzenie ich w formie zdalnej. Pandemiczne restrykcje w systemie edukacji utrudniały lub uniemożliwiały bezpośredni kontakt z osobami decyzyjnymi i uczestnikami w placówkach oraz bezpośrednio zapraszanie do udziału w szkoleniach.

V. REKOMENDACJE

1. Zgromadzone doświadczenie wskazuje na pewne swoistości zaleceń dotyczących grup zawodowych:
 - nauczycieli i wychowawców – program powinien zawierać dyskusję na temat zagrożenia konsekwencjami depresji i zachowaniem samobójczym u dzieci i młodzieży w kontekście pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla ucznia, ale również dla klasy;
 - służb mundurowych – nacisk na psychoedukację prewencyjną, gdyż przedstawiciele policji, straży pożarnej i wojska miewają kontakt z dziećmi i młodzieżą w placówkach oświatowych, pełnią tam funkcję autorytetów i opowiadają o trudnych akcjach ratowania osób po próbach samobójczych;
 - pracowników POZ – lekarze rodzinni wymagają skrótovej formy przekazu podkreślającej moment, w którym pacjent z depresją powinien być zdecydowanie kierowany do leczenia psychiatrycznego, gdyż nie jest to wiedza powszechna w tej grupie zawodowej; ważne jest szczegółowe omówienie aktualnej farmakoterapii ze wskazaniem źródeł polskich standardów leczenia depresji oraz postępowania w zagrożeniu życia zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego;
 - osób duchownych – ważny jest algorytm postępowania, gdy kapłan, siostra czy brat zakonny w ramach pracy społecznej z chorymi, niepełnosprawnymi czy uczniami zaobserwują zagrożenie depresją lub samobójstwem.
- Ponadto celowe było i powinno być udostępnienie szkoleń:
 - pracownikom fundacji pomagających osobom niepełnosprawnym borykającym się z problemami psychologicznymi;
 - psychologom, którzy szczególnie często mają do czynienia z depresją lub z tendencjami samobójczymi, ale nie pracują w zespołach wielospecjalistycznych, lecz samodzielnie – ważny jest aspekt wymiany doświadczeń praktycznych;

- pracownikom pomocniczych i niemedyceńskich zawodów w niepsychiatrycznych placówkach ochrony zdrowia (pielęgniarki, rejestratorki, sanitariusze, rehabilitanci) – bez doświadczeń bezpośredniego kontaktu z osobami w kryzysach lub z zaburzeniami zdrowia psychicznego.
2. Warunki techniczne, czas rozpoczęcia i trwania szkoleń:
 - dobrze sprawdza się forma zdalna szkoleń, bo umożliwia pracownikom udział, na przykład z domu;
 - najliczniejsze grupy można zgromadzić w godzinach wieczornych, poza czasem pracy;
 - w przypadku szkoleń w godzinach pracy lepiej jest, gdy zarządzający zaproszą i zgromadzą pracowników w jednej sali i na ten czas zwolnią ich z innych zajęć.
 3. Grupy stacjonarne, *offline*, korzystniej jest organizować poza ośrodkami psychiatrycznymi (centra kultury, aktywności lokalnej), co przeciwdziała obawom stygmatyzacji, a także ułatwia i zwiększa uczestnictwo w szkoleniach.
 4. Czas trwania zajęć szkoleniowych – czas określony na 120 minut zazwyczaj jest odpowiedni dla przeprowadzenia szkoleń, ale mogą wystąpić sytuacje konieczności skrócenia czasu do 90 minut. Korzystne jest, by 60 minut szkolenia prowadził psycholog, a 30 minut warto przeznaczyć na część, w której ekspert przez doświadczenie dzieli się osobistym doświadczeniem, a uczestnicy mogą zadawać pytania. Jeśli możliwe jest opłacenie każdego z prowadzących przez 120 minut, dopuszczalna może być urozmaicona forma szkolenia prowadzona wspólnie przez psychologa i pacjenta, który po wstępie psychologa na bieżąco ilustruje swoim przykładem perspektywę osoby doświadczającej kryzysu psychicznego oraz pomocne i niepomocne reakcje otoczenia.
 5. Osoby prowadzące – wśród prowadzących powinni być zarówno profesjonalści (eksperti przez wykształcenie), jak i asystenci zdrowienia (eksperti przez doświadczenie). Wśród tych pierwszych zaleca się wybrać psychologów, ale w miarę możliwości organizacyjno-finansowych mogą to być psychiatrzy (szczególnie w szkoleniach personelu medycznego).
 6. Rekrutacja do szkoleń – program szkoleń należy komunikować jak najszerszej, wszelkimi kanałami informacyjnymi. Opisując zakres szkoleń, warto akcentować możliwość rozmowy z osobami, które przeżyły kryzys samobójczy i opisywać zakres wiedzy omawianej na spotkaniach. Informacje o czasie i miejscu powinny być precyzyjne. Warto znaleźć w miejscu szkolenia osobę koordynującą i podtrzymać z nią kontakt do zakończenia szkolenia.
 7. Materiały szkoleniowe – elektroniczne i papierowe w formie ulotek, kart, książek wzbogacają przekaz i sprzyjają jego utrwaleniu.

12. Samopomoc i destygmatyzacja¹³

I. TYTUŁ według MODELU

Działania profilaktyczno-edukacyjne. Materiały szkoleniowe dla poszczególnych interesariuszy (produkt nr 4). Zintegrowane świadczenia społeczne i zawodowe. Model inicjowania i wspierania inicjatyw samopomocowych – ruchu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, ruchu rodzin (produkt nr 16).

II. ZAŁOŻENIA według MODELU

1. Założenia nawiązywały do działalności dwóch stowarzyszeń samopomocowych działających od lat głównie, choć niewyłącznie, na Mokotowie: Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi INTEGRACJA oraz Fundacji na rzecz Życia bez Depresji i Uzależnień VI-TRIOL. Zamierzano silniej związać ich działalność z lokalną społecznością Mokotowa oraz poszerzyć i rozwinąć ją w kierunku aktywnego współdziałania ruchu samopomocowego pacjentów i rodzin z działalnością instytucji organizujących wsparcie zdrowotne i społeczne w kryzysach psychicznych.
2. Wskazywano możliwe kierunki działania:
 - rozwijanie roli – nazywanej wtedy rolą mentora/asystenta – osoby z przebyłym doświadczeniem kryzysu psychicznego gotowej do wysiłku wspierania osób aktualnie przeżywających kryzys w odzyskiwaniu przez nie zdrowia i satysfakcjonującego życia w społeczności;
 - organizacja zajęć grupowych (np. kulinarnych, filmowych, teatralnych, dziennikarskich, muzycznych, plastycznych) rozwijających indywidualne talenty chorujących oraz zajęć integracyjnych w poszukiwaniu wzajemnego zrozumienia, wspólnego języka i możliwości zgodnego współdziałania w rodzinach;
 - wspomaganie wyłaniających się liderów samopomocy w dojrzewaniu do tej roli, a także podejmowanie przez nich samodzielnego szkolenia kolejnych osób. Dostępny wtedy przykładami były „Warsztaty odkrywania talentów” i „Warsztaty antydyskryminacyjne” nastawione na przezwyciężanie obciążającego poczucia pasywności, wycofania i uprzedzeń, często związanych z doświadczaniem kryzysów psychicznych.

¹³ Na realizację tego zadania składały się jednocześnie rozproszone działania z zakresu prowadzenia wsparcia społecznego i zawodowego (na rzecz aktywności samopomocowej) oraz konkretne działania edukacyjno-profilaktyczne (szkolenia destygmatyzacyjne grup zawodowych w lokalnej społeczności Mokotowa). Ponieważ te drugie przeważały, zdecydowaliśmy się przedstawić je w całości wśród innych form wsparcia edukacyjno-profilaktycznego.

3. Podstawowym, ogólnym założeniem tych działań było unowocześnianie funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia psychicznego przez wprowadzanie do nich inicjatyw i propozycji samopomocowych.

III. REALIZACJA

1. Wraz z wprowadzeniem do systemu ochrony zdrowia psychicznego programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego niektóre z proponowanych założeń zyskały szansę na systemowe wdrożenie i upowszechnienie. Raportowany tu projekt PO WER sprzyjał lokalnemu wdrażaniu szeregu innych form wsparcia samopomocowego.
 - W MCZP lub w jego otoczeniu pracuje aktualnie 7 asystentów zdrowienia¹⁴, którzy w swojej nowej roli są, po wyjaśnieniu i rozwiązaniu początkowych nieporozumień, wspierani i doceniani przez personel i aktualnych pacjentów; w ramach staży i instruktaży szkolono jeszcze 5–7 innych asystentów zdrowienia, ich rola zaznaczyła się również wyraziście we współpracy z partnerstwami (udział w „żywej bibliotece”), a także w szkoleniu w zakresie profilaktyki depresji i samobójstw (asystent zdrowienia jako współprowadzący; nasi asystenci uczestniczyli aktywnie w pracach Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Asystentów Zdrowienia).
 - W zrealizowanych formach grupowego wsparcia zawarto szereg fragmentów zakładanych rozwiązań (grupa kreatywna, pracy z ciałem, integracji, asertywności, dla rodzin), ponieważ takie potrzeby i możliwości odpowiedzi na nie wyłoniły się najwcześniej; silne impulsy aktywności samopomocowej zawierają zrealizowane formy wsparcia mieszkaniowego (liczne treningi w mieszkaniach treningowych, ćwiczenie samodzielności w podejmowaniu decyzji w mieszkaniach przejściowych).
 - Wsparcie mieszkaniowe było koordynowane przez Stowarzyszenie INTEGRACJA w roli samopomocowego współpartnera całości projektu.
2. Najsilniejszym i najbardziej wyrazistym zrealizowanym akcentem wsparcia samopomocowego był cykl warsztatów destygmatyzacyjnych bazujący na wcześniejszych dobrych doświadczeniach Fundacji eF-kropka. Fundacja prowadziła warsztaty antydyskryminacyjne nie tylko w grupach pacjentów, ale także dla pracowników instytucji akademickich, ochrony zdrowia i edukacji. Opublikowane badanie¹⁵ wykazało korzystny wpływ warsztatu na jego uczestników bezpośrednio po nim, utrzymujący się w mniejszym, ale znaczącym rozmiarze także po 1 i 6 miesiącach:
 - *warsztat destygmatyzacyjny* służył budzeniu wrażliwości oraz nabywaniu podstawowej wiedzy na temat stygmatyzacji i autostygmatyzacji za pomocą szeregu zaplanowanych

¹⁴ Tak ostatecznie zdecydowano nazywać zakładaną w modelu rolę „mentora/asystenta”; czasem dla podkreślenia znaczenia osobistej ekspertyzy opartej na doświadczeniu kryzysu używany jest termin „ekspert przez doświadczenie”.

¹⁵ Świtaj P i wsp. The evaluation of the impact of anti-stigma training led by “experts by experience” on participants' attitudes towards persons with mental illness. *Psychiatria Pol.* 2019, 53 (6), 1219-1236.

ćwiczeń i dyskusji prowadzonych wspólnie przez profesjonalistów i edukatorów (asystentów zdrowia):

<i>Ćwiczenie ICD 10</i> – krótkie przedstawienie chorób psychicznych przez psychologa lub psychoterapeutę i <i>historia choroby</i> – opowieść edukatora o doświadczeniu chorowania, leczeniu i zdrowieniu
<i>Scenka</i> – odegrana przez edukatora oraz chętnego uczestnika (edukator zwykle w roli osoby w kryzysie, a uczestnik w roli siebie samego, w pracy)
<i>Intruzywne głosy</i> – ćwiczenie ze słuchawkami w parach uczestników; uczestnicy rozmawiają na dowolny temat, podczas gdy jeden z nich słyszy jednocześnie w słuchawkach nagrane przez edukatorów głosy; potem zmiana ról
<i>Co chciałbym usłyszeć</i> – ćwiczenie polegające na tym, że wszyscy (uczestnicy i prowadzący) mówią i zapisują, co chcieliby usłyszeć od bliskiej osoby, kiedy są w kryzysie psychicznym
<i>Stygmatyzacja</i> – prezentacja na temat stygmatyzacji chorób psychicznych i osób po kryzysie psychicznym
<i>Autostygmatyzacja</i> – prezentacja na temat myślenia o sobie osoby po kryzysie psychicznym, która stygmatyzuje sama siebie
<i>Dyskusja</i> – rozmowa, pytania, wymiana spostrzeżeń
<i>Informacje</i> , gdzie można uzyskać pomoc psychologiczną/psychiatryczną
<i>Wskazówki i porady profesjonalne</i>

- warsztaty prowadzono dla pracowników z wielu różnorodnych grup zawodowych funkcjonujących w społeczności Mokotowa, między innymi: w instytucjach oświaty (przedszkola, szkoły podstawowe, licea, młodzieżowe ośrodki socjoterapii), ochrony zdrowia, pomocy społecznej, służby więziennej, w uczelniach wyższych, dużych firmach (np. Generali, OLYMPUS, PeKaO), fundacjach, urzędzie miasta, Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, dla kuratorów sądowych;

- Przy kluczowym udziale edukatorów z przeżytym doświadczeniem poważnego kryzysu psychicznego przeprowadzono łącznie, dla różnorodnych grup zawodowych funkcjonujących w społeczności Mokotowa, **149 warsztatów** destygmatyzacyjnych, obejmując ich oddziaływaniem **1482 osoby**.

- przygotowaną przez edukatorów ocenę warsztatów przedstawiono w ANEKSIE 11, zał. C.

IV. ROZBIEŻNOŚCI MIĘDZY ZAŁOŻENIAMI A REALIZACJĄ

1. Celów tego zadania nie realizowano w działaniach skoncentrowanych na jednym kierunku, lecz w działaniach rozproszonych, przy okazji realizacji innych, łatwiej osiągalnych celów. Dotyczyły one raczej drobnych składników paradygmatycznej zmiany w systemie ochrony zdrowia psychicznego, polegającej na upodmiotawianiu osób szukających pomocy, niż osiągnięcia jednego wyraźnie wyodrębnionego celu.
2. Wiele pomysłów ożywienia ruchu samopomocowego nie mogło zostać zrealizowanych z powodu utrudnień w bezpośrednim kontaktowaniu się w okresie pandemii.
3. Ponieważ grupa „Wolni Razem” zaprzestała działalności, nie udało się zorganizować inspirowanych przez nią „Warsztatów Odkrywania Talentów”.

V. REKOMENDACJE

1. Inicjowanie i wspieranie ruchu samopomocowego pacjentów i ich rodzin wydaje się wyzwaniem długoterminowym możliwym do osiągnięcia przez stopniowe eliminowanie ignorancji i uprzedzeń wobec psychiatrii i ochrony zdrowia psychicznego. Cele tego długiego procesu można podtrzymywać i stymulować małymi krokami: stopniowym rozwijaniem gotowości do respektowania potrzeb i sprawczego udziału pacjentów w realizowanych formach wsparcia zdrowotnego i społecznego, docenianiem i promocją roli odgrywanej przez asystentów zdrowia, motywowaniem pacjentów do podejmowania i kształtowania działań wywierających wpływ na funkcjonowanie i ambicje lokalnej społeczności czy promowaniem ich udziału w korygowaniu uprzedzeń wśród tworzących tę społeczność osób, grup i instytucji.
2. Jednym z takich działań mogą być warsztaty destygmatyzujące, a w ślad za nimi wiele warsztatów o innej tematyce, dzięki którym zainteresowani i życzliwi reprezentanci lokalnych społeczności będą mogli skorzystać z możliwości bezpośredniego kontaktu z osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych.

Rozdział 5

Linia Wsparcia Psychologicznego

W okresie pierwszej fali epidemii COVID-19, po uzgodnieniu z Instytucją Zarządzającą PO WER, czyli Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, powstała możliwość uruchomienia w ramach projektu telefonicznej Linii Wsparcia Psychologicznego, pomagającej w opanowaniu reakcji ludności na zaskakującą i zagrażającą sytuację epidemiologiczną. Bardziej szczegółowy opis działania linii zawarto w dwóch publikacjach¹⁶.

1. Linia funkcjonowała przy MCZP od 26 marca do lipca 2020 roku. Zaczęto od nawiązania współpracy z Urzędem Dzielnicy, Ośrodkami Pomocy Społecznej, Oddziałem Terenowym Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, Komendą Rejonową Policji, publicznymi i prywatnymi podmiotami leczniczymi, kościołami. Oferowano wsparcie od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–20.00.
2. Grupa docelowa została zdefiniowana szeroko – osoby doświadczające różnego rodzaju problemów psychicznych w związku z sytuacją epidemii i jej następstwami. Zrezygnowano z kryteriów projektowych wymagających diagnozy psychiatrycznej i zamieszkania na obszarze dzielnicy Mokotów. Poza podaniem imienia i wieku osoby dzwoniącej nie wymagano innych informacji.
3. Linie Wsparcia obsługiwało łącznie 12 osób: 11 psychologów i pracownik socjalny. Po uzyskaniu połączenia istniała możliwość wyboru rozmowy z psychologiem lub pracownikiem socjalnym. Krótkoterminowe interwencje miały częściowo charakter ponawiany (cykliczny, ok. 30%), częściej jednak jednorazowy (doraźny, ok. 70% kontaktów).
 - Pomoc psychologiczna obejmowała wsparcie psychologiczne, elementy interwencji kryzysowej, ocenę stanu psychicznego w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia; pracownicy linii nie prowadzili psychoterapii, mieli jednak możliwość udzielania wsparcia do czasu uzyskania przez pacjenta specjalistycznej pomocy; możliwość pozostawania w kontakcie z jednym pracownikiem Linii Wsparcia dawała szansę osobom dzwoniącym na utrzymanie pewnej ciągłości pomocy i nawiązanie głębszej relacji.

¹⁶ Jeziorska I, Molenda B, Zabrzygraj A. Linia wsparcia Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego. *Psychiatria. Pismo dla praktyków*. Lato 2020, s. 23. Zabrzygraj A, Świtaj P. Linia wsparcia w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19: doświadczenia Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego. *Adv Psychiatri Neuroi*, 2021; 30 (1): 1-11; DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.106815>.

- Pracownik socjalny udzielał informacji na temat różnych aspektów formalnych związanych ze stanem epidemii w zakresie wsparcia socjalnego i zmieniających się przepisów prawa z tym związanych.
 - Dodatkowo w ramach infolinii pracownicy udzielali porad i informacji dotyczących racjonalnych zasad postępowania w obliczu epidemii koronawirusa.
4. W procesie wspierania wykorzystywano różne narzędzia teleinformatyczne (np. Skype). W ostatnich tygodniach, w odpowiedzi na potrzeby osób dzwoniących, uruchomiona została online grupa wsparcia. Korzystano z własnej bazy przydatnych kontaktów publicznych i pozarządowych instytucji pomocowych. Praca zespołu Linii Wsparcia była monitorowana i wspierana. Pracownicy mieli możliwość regularnego zdalnego kontaktu między sobą i z zespołem pracowników projektu.
 5. Najczęściej z infolinią kontaktowały się osoby po 50. roku życia, kobiety, mieszkańcy Warszawy. Osoby z innych miast Polski telefonowały rzadko. Najczęściej zgłaszane dolegliwości to objawy lękowe i depresyjne reaktywne. Mniej było telefonów związanych z doświadczeniem izolacji, sprawami socjalno-bytowymi oraz trudnościami z uzyskaniem pomocy w ramach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej. Średnia liczba połączeń w ciągu dnia wynosiła około 11, w ciągu tygodnia około 58. Poza pierwszym tygodniem i okresem intensywnego informowania w mediach o rozpoczęciu działania liczba połączeń wydawała się względnie stała, a od maja wyraźnie spadała. Większość rozmów odbywała się w godzinach 11–16.

- Podjęto łącznie **599 interwencji** w stosunku do **262 osób**.
- Udzielano wsparcia psychologicznego (ok. 74%), informacji lub szeroko rozumianej psychoedukacji (ok. 17%) albo przekierowywano rozmówcę do instytucji świadczącej najbardziej odpowiednią pomoc w jego sytuacji (ok. 8%).
- Kobiety korzystały z Linii Wsparcia dwukrotnie częściej niż mężczyźni.

REKOMENDACJE

1. Linia Wsparcia jest łatwo dostępnym i praktycznym środkiem udzielania pomocy w kryzysowej sytuacji, takiej jak pandemia. Rodzaj, czas trwania i intensywność tej pomocy powinny być zróżnicowane i dostosowane do szerokiego spektrum problemów zgłaszanych przez osoby dzwoniące.
2. Z perspektywy czasu widzimy, że proces uruchamiania, monitorowania i wspierania linii z jednej strony stanowił źródło cennych doświadczeń, z drugiej jednak wymagał dużej elastyczności i rezygnacji z podążania za procedurami. Zwłaszcza elastyczność i otwartość są niezbędne w procesie budowania całego systemu wsparcia.

ROZDZIAŁ 6

Rekomendacje

1. Koordynowane wsparcie psychospołeczne

- *Idea.* „Wsparcie społeczne” oferowane w projekcie DIMO mieszkańcom Mokotowa doświadczającym kryzysów zdrowia psychicznego o różnej charakterystyce i różnym nasileniu było w istocie próbą dopełnienia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez zespoły medyczne Mokotowskiego CZP (całodobowe, dzienne, środowiskowe/domowe, ambulatoryjne) różnymi formami skoordynowanych, psychospołecznych działań prozdrowotnych służących rozwiązywaniu tych kryzysów lub wzmocnieniu zasobów służących ich rozwiązywaniu. Uzyskane dane sugerują, że potrzeba takiego wsparcia dotyczy co najmniej 10% wszystkich pacjentów MCZP.
- *Praktyka.* Działania te obejmowały między innymi: informowanie, poradnictwo i interwencje kryzysowe, indywidualne i grupowe wsparcie psychologiczne, wspomaganie w zakresie samodzielności mieszkaniowej i aktywizacji zawodowej, edukowanie społeczności lokalnej w celu zapobiegania i przeciwdziałania bezradności wobec problemów zdrowia psychicznego i ich społecznych następstw.
- *Potrzeba.* Zebrane doświadczenia naszym zdaniem przekonują, że na taką ofertę jest w społeczności lokalnej zapotrzebowanie, jest ona możliwa do zorganizowania i daje zachęcające rezultaty, wspierając odzyskiwanie przez beneficjentów życiowej samostereowności i podnosząc ich jakość życia.
- *Konieczność.* Jesteśmy przekonani, że dopełnienie typowych usług medycznych skoordynowanym wsparciem psychospołecznym jest w działalności centrum zdrowia psychicznego nie tylko pomocne, ale i konieczne.

2. Rola koordynatorów wsparcia psychospołecznego

- *Dwa tryby koordynacji.* Kluczową rolę w inicjowaniu, organizowaniu, prowadzeniu i koordynowaniu wsparcia pełnili indywidualni koordynatorzy pracujący w trybie stacjonarnym (CK) lub mobilnym (MZWS). Zebrane doświadczenia wskazują, że obydwa tryby koordynacji są niezbędne, bo odpowiadają na zróżnicowane cechy i okoliczności, w jakich powstaje, rozwija się i ustępuje kryzys zdrowia psychicznego. Niektórzy użytkownicy wymagali korzystania z obu tych form wsparcia, w różnej kolejności.

- *Dwa tryby koordynacji w jednym zespole.* Koordynatorzy CK i MZWS starali się utrzymać ciągłość pracy z indywidualnym uczestnikiem projektu. Koordynacja mobilna w MZWS wymagała ponadto – w przypadku interwencji w warunkach domowych – gotowości i umiejętności współdziałania w 2–3-osobowych zespołach. Wydaje się jednak, że taki podział koordynacji między dwa zespoły (CK i MZWS) nie jest niezbędny. Co więcej, funkcjonalna integracja wsparcia psychospołecznego z całością zadań centrum zdrowia psychicznego może wymagać integracji tych dwóch wyodrębnionych w projekcie DIMO form wsparcia w jednej roli – koordynatora opieki. Zespół koordynatorów opieki umiejscowiony w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym CZP mógłby stosownie do potrzeb i poziomu zatrudnienia realizować koordynację w trybie stacjonarnym (w siedzibie zespołu) lub wymiennie i elastycznie w trybie mobilnym (w domu, w terenie). Sposób pełnienia zadań w projekcie przez koordynatorów CK i MZWS wskazuje na liczne podobieństwa i wspiera przekonanie, że bez trudu podjęliby rolę koordynatorów opieki w rozwiniętym CZP. Zdobyte doświadczenie zachęca do kontynuacji prac nad bardziej zaawansowanymi rozwiązaniami organizacyjnymi (typu ZIK), które, rozszerzając dostępność mobilnego wsparcia dla osób w kryzysie, mogłyby stać się realną i bezpieczną alternatywą ograniczającą zakres całodobowej hospitalizacji psychiatrycznej.
- *Kompetencje koordynatorów.* Doświadczenia projektu wskazują, że podstawowe kompetencje koordynatorów wsparcia psychospołecznego powinny obejmować: umiejętność nawiązywania kontaktu terapeutycznego, reagowania i interweniowania w kryzysie, tolerancji wobec stresu i zaskoczenia, współdziałania ze specjalistami medycznymi i pomocą społeczną, a także znajomość podstawowych regulacji dotyczących spraw socjalnych i prawnych. Jednak różnorodność wyzwań wykracza poza takie proste wskazówki i wymaga stworzenia możliwości stałej wymiany myśli i doświadczeń oraz wsparcia w zespole, a także systematycznej superwizji. Ignorowanie tych potrzeb wiąże się z ryzykiem szybkiego wypalenia. Względna jednorodność zawodowa koordynatorów w projekcie (psycholodzy) nie jest zasadą i może w przyszłości nabierać cech większego zróżnicowania.
- *Wyzwania wielodyscyplinarności.* Jesteśmy przekonani, że wielu nieporozumieniom i napięciom związanym z odmiennością ról, pozycji, priorytetów zawodowych oraz prawnoinstytucjonalnego statusu pracowników realizujących wsparcie psychospołeczne i opiekę zdrowotną można zapobiec lub przeciwdziałać za pomocą regularnych szkoleń oraz spotkań współpracujących ze sobą specjalistów, jak i zespołów reprezentujących różne tradycje, kanony i sposoby działania.

3. Wsparcie grupowe

- *Skala zapotrzebowania.* Obserwowany w projekcie DIMO szybki wzrost zapotrzebowania na kryzysowe i systematyczne wsparcie psychospołeczne trudno byłoby zaspokoić tylko przy pomocy indywidualnego wsparcia koordynatorów. Odpowiedzią na to były różne formy wsparcia grupowego, których funkcjonowanie uważamy za konieczne dla zaspokojenia wyraźnego niedostatku publicznej oferty systemu ochrony zdrowia psychicznego dla

tzw. pospolitych zaburzeń psychicznych¹⁷, niosących cierpienie i obniżających jakość życia, ale przesuwanych w skali zadań tego systemu na dalszy plan.

- *Grupa otwarcia.* Doświadczenia projektu podpowiadają, że odpowiedzią na wspomniane zapotrzebowanie byłoby zaproponowanie wszystkim potrzebującym łatwego i szybkiego dostępu do wsparcia grupowego w postaci tzw. grup otwarcia. W trakcie kilku spotkań, w okresie 2–3 tygodni, służyłyby one bardziej wnikliwemu rozeznaniu kryzysu oraz zdecydowaniu o rodzaju i ukierunkowaniu dalszego wsparcia. Można przypuszczać, że dla części potrzebujących byłaby to już interwencja rozwiązująca kryzys, dla innych etap radzenia sobie z nim.
- *Zróżnicowanie i elastyczność wsparcia grupowego.* Naszym zdaniem dalsze wsparcie grupowe organizowane w centrum zdrowia psychicznego powinno odpowiadać na swoistość potrzeb zdrowotnych w lokalnej populacji, za którą CZP bierze odpowiedzialność stosownie do możliwości finansowych i infrastrukturalnych. Powinna je cechować różnorodność treści (odpowiednia dla doświadczanych trudności) i elastyczność formy zajęć (z dostosowaniem godzin, częstotliwości, lokalizacji). Konieczne jest udostępnianie zarówno form cyklicznych skupionych na zdefiniowanych potrzebach, jak i form długoterminowych dla osób wymagających stałego, okresowo intensyfikowanego wsparcia. Niezbędne jest udostępnianie wsparcia dla rodzin, bliskich i opiekunów pacjentów.
- *Szkolenie, superwizja, rozwój.* Nowoczesne wsparcie psychospołeczne w CZP wymaga coraz większych kompetencji i gotowości do innowacji. Dotyka to trudnego tematu środków przeznaczanych na szkolenia specjalistów i stałej superwizji realizowanego wsparcia, a także gotowości osób zarządzających CZP do organizowania wewnętrznych i zewnętrznych okazji służących wymianie doświadczeń, formułowaniu nowych rozwiązań i eliminowaniu tych niesprawdzonych. Grupowe wsparcie psychospołeczne nie może ulegać petryfikacji, musi odpowiadać na zmieniające się i nowe okoliczności, w jakich funkcjonuje lokalna społeczność.

4. Wsparcie mieszkaniowe

- *Potrzeba i wartość.* Doświadczenie projektu DIMO jest w odniesieniu do wsparcia mieszkaniowego jednoznacznie pozytywne. Zaproponowane formy realizacji pobytu treningowego i przejściowego były funkcjonalne i dobrze oceniane przez uczestników. Z całym przekonaniem rekomendujemy je do wdrażania w skali, która odpowiadałaby na lokalne potrzeby i możliwości.
- *Finansowanie i odpowiedzialność.* Kontynuacja i rozwój mieszkalnictwa chronionego wymagają pilnego rozwiązania problemu finansowania lub współfinansowania tej potrzebnej działalności, co wymaga przełamania barier uniemożliwiających konsekwentną

¹⁷ CMD (*common mental disorders*) – epizodyczne lub powracające stany lękowe, depresyjne, adaptacyjne, potraumatyczne, reaktywne, osobowościowe zwykle nieprzekraczające lub jeszcze nieprzekraczające progu definiującego rozwinięte zaburzenie psychiczne.

i trwałą współpracę międzyresortową, najlepiej na drodze rozwiązań ustawowych. Wsparcie mieszkaniowe zależne od nietrwałych decyzji lokalnych przy braku rozwiązań systemowych nie daje szansy trwałego wdrożenia go jako formy pomocy realizowanej przez CZP. Dotyczy to mieszkań treningowych i przejściowych, ale także tzw. łóżek kryzysowych, z których uruchomienia z wymienionych względów trzeba było ostatecznie zrezygnować.

5. Wsparcie zawodowe

- *Diagnoza funkcjonalna.* Wszechstronna, realizowana w projekcie diagnoza funkcjonalna z wykorzystaniem klasyfikacji ICF okazała się instrumentem niezwykle przydatnym dla doradcy zawodowego. Jej wykorzystanie było jednak kosztowne, a dla wielu użytkowników stanowiło pewną trudność natury technicznej (czas, miejsce) lub osobistej (niechęć, brak zainteresowania). Dla koordynatorów wsparcia wartość rekomendacji jest wykorzystanie do uproszczonej oceny funkcjonowania skali Mini-ICF-APP, miary ograniczeń aktywności i uczestnictwa, posługującej się również logiką klasyfikacji ICF. Mimo swojej prostoty w codziennej praktyce może ona stanowić pewną alternatywę dla pełnej diagnozy funkcjonalnej.
- *Aktywizacja zawodowa.* Doradztwem zawodowym objęto w projekcie DIMO blisko połowę użytkowników wsparcia. Rekomendując z przekonaniem tę działalność na rzecz osób objętych wsparciem CZP, trzeba jednak podkreślić, że dla doradcy zawodowego (trenera pracy) będzie ona w ramach społeczności lokalnej w coraz większym zakresie dotyczyła trudnych przypadków osób z utrwalonym kryzysem motywacji, treningiem wymuszonej bezradności czy niepełnosprawnością, wymagających skorzystania z całej palety form zatrudnienia chronionego i wspomaganego, szerokiego dostępu do pracodawców zmotywowanych do ich zatrudniania oraz form satysfakcjonującej aktywności czasowo lub trwale zastępujących zatrudnienie.
- *Doradca w CZP.* Chociaż rekomendacja udostępnienia usług doradcy zawodowego w CZP nie budzi wątpliwości, to rozwiązania wymaga problem ich finansowania, który nie powinien zależeć od udostępnianych czasowo projektów UE czy charytatywnych dotacji organizacji obywatelskich, ale powinien znaleźć finansowanie umocowane i akceptowane systemowo. Do czasu przygotowania takich rozwiązań można rekomendować zatrudnienie doradcy zawodowego w CZP, w niezbędnym wymiarze, niesprzecznym ze zmieniającymi się dyrektywami instytucjonalnymi.

6. Współpraca z ośrodkami pomocy społecznej

- *Przełamywanie ograniczeń.* Skuteczna realizacja wsparcia społecznego w CZP wymaga regularnej współpracy z instytucjami pomocy społecznej. Do czasu wprowadzenia ustawowych regulacji promujących taką współpracę i eliminujących po obu stronach zastane bariery prawne i instytucjonalne należy wykorzystywać potencjał współdziałania polegający na budowaniu dobrego klimatu wzajemnych kontaktów między pracownikami i na sku-

teczności interwencji w konkretnych przypadkach. Celem jest dążenie do regularnych spotkań i dbanie o dobrą komunikację między instytucjami.

- *Pracownicy socjalni w CZP.* Doświadczenie projektu uczy, że zatrudnienie pracowników socjalnych w zespołach koordynujących wsparcie jest korzystne i można je rekomendować. Wspólny język, kultura profesjonalna i znajomość regulacji prawnych sprzyjają międzyresortowemu porozumieniu na rzecz osób korzystających ze wsparcia.

7. Wsparcie wspólnotowe

- *Spółeczność lokalna.* Mianem tym określa się lokalną, zamieszkujejącą określone terytorium zbiorowość, sieć organizacji, grup i osób powiązanych ze sobą wyznawanymi wartościami, celami i funkcjami. Społeczności dysponują zasobami indywidualnymi i wspólnymi, zabiegają o ich utrzymanie i rozwój, umożliwiają wymianę i ochronę informacji, usług, dóbr materialnych i niematerialnych. Związki między węzłami sieci opierają się na wzajemnych zobowiązaniach, które pozwalają zachować wewnętrzną spójność i odporność na zagrożenia z zewnątrz. Lokalne społeczności o lepiej uwewnętrznionych i akceptowanych wartościach wspólnych mogą stawać się lokalnymi wspólnotami. Wielkomiejskim społecznościom lokalnym (jak społeczność Mokotowa) zagraża ryzyko wygasania poczucia i funkcji wspólnoty.
- *Partnerstwa Lokalne dla Mokotowa.* Można je uważać za próbę przeciwdziałania wielkomiejskiej atomizacji. Ich funkcjonowanie ułatwiło projektowi DIMO dotarcie z przekazem o powstaniu i działalności MCZP do środowisk (7 partnerstw, sieci sublokalnych), które w większym stopniu zachowywały funkcjonalne właściwości wspólnotowe. Umożliwiły nie tylko rozwiązywanie niektórych konkretnych problemów indywidualnych i rodzinnych, ale także budzenie klimatu sprzyjającego rozumieniu i reagowaniu na zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym. Choć to dopiero początek długotrwałego procesu tworzenia wspólnotowego wsparcia dla osób doświadczających kryzysu psychicznego, możliwość współdziałania z partnerstwami jest warta zdecydowanej rekomendacji wszędzie tam, gdzie one są, a tam, gdzie jeszcze nie powstały – warto je tworzyć. CZP staje się wtedy nie tyle samotnym ośrodkiem, co węzłem sieci lokalnej, a to ułatwia dotarcie z przekazem o pomocy i z samą pomocą.
- *Rola i odpowiedzialność organizacji obywatelskich.* Zbliżoną rolę do partnerstw lokalnych mogą odgrywać organizacje obywatelskie zajmujące się zdrowiem psychicznym. Przykładem jest wieloletnia, wysoko ceniona działalność Stowarzyszenia INTEGRACJA (partnera w projekcie DIMO), tym cenniejsza, że włącza w sieć wsparcia wspólnotowego inicjatywy samopomocowe. Zdecydowanie rekomendujemy nawiązywanie przez CZP takiej współpracy, lub nawet inicjowanie tego rodzaju aktywności obywatelskiej, jeśli jej nie ma.
- *Rola i odpowiedzialność samorządów lokalnych.* Ogniwem wspierającej sieci lokalnej może stać się też samorząd lokalny dysponujący zasobami i mocą decyzyjną zdolną do stymulacji w społeczności lokalnej aktywnych elementów sieci wsparcia wspólnotowego

(w projekcie DIMO zwłaszcza w sprawach mieszkaniowych i lokalowych). Zyskiwanie zrozumienia samorządu i nawiązywanie z nim współpracy jest jedną z kluczowych rekomendacji zasługujących na upowszechnienie.

8. Wspieranie wobec ryzyka depresji i samobójstwa

- *Depresja i zachowania samobójcze.* Te dwa rodzaje zagrożeń dla zdrowia psychicznego stanowią powszechnie uznawane wyzwanie wymagające wczesnej identyfikacji i łatwego dostępu do źródła pomocy. Ufamy, że dawka informacji edukacyjno-profilaktycznych przekazana w trakcie szkoleń warsztatowych i za pośrednictwem materiałów drukowanych reprezentantom grup zawodowych działających w zagrożonych środowiskach odegra rolę w upowszechnieniu elementarnej wiedzy i podstawowych zasad reagowania w społeczności Mokotowa.
- *Utrwalanie i poszerzanie przekazu.* Rekomendując tego typu działanie, zakładamy, że należy szukać środków na utrwalanie tej wiedzy oraz poszerzanie kręgu jej adresatów. Wykonane zadania stanowią jedynie pierwszy etap programu profilaktycznego propagowanego przez EAAD (*European Alliance Against Depression*). W kolejnych etapach należałoby podjąć szeroką akcję za pośrednictwem mediów, dołączyć przekaz płynący od osób, które doświadczyły zagrożeń depresyjno-samobójczych i przekonać decydentów do wdrożenia niezbędnych rozwiązań systemowych.

9. Wspieranie samopomocy i destygmatyzacja

- *Ruch samopomocowy.* Inicjowanie i wspieranie ruchu samopomocowego pacjentów i ich rodzin rozumiemy jako wyzwanie długoterminowe, osiągalne przez stopniowe eliminowanie ignorancji i uprzedzeń wobec osób doświadczających kryzysów i zaburzeń zdrowia psychicznego, a także wobec przedstawicieli i instytucji ochrony tego zdrowia. Projekt DIMO nie realizował jakiejś zdefiniowanej akcji, lecz włączał różne rozproszone działania w tym kierunku. Rekomendujemy wzmacnianie ruchu samopomocowego w formie długiego procesu za pomocą podtrzymywania choćby małych kroków zmierzających do czynnego udziału pacjentów w realizowanych formach wsparcia zdrowotnego i społecznego (asystenci zdrowienia, wykładowcy, edukatorzy), zapraszaniem ich do współpracy w programach wywierających wpływ wizerunkowy i destygmatyzacyjny na osoby, grupy i instytucje lokalnej społeczności. Częścią tego wyzwania jest realizacja projektu DIMO w partnerstwie ze Stowarzyszeniem INTEGRACJA.
- *Warsztaty destygmatyzacyjne.* Są jednym ze sprawdzonych działań wizerunkowych i destygmatyzacyjnych, łączącym w sobie element przekazu edukacyjnego, świadectwa „z pierwszej ręki” oraz doświadczenie żywego kontaktu z osobami, których zachowanie i rola podważają sens stereotypów i uprzedzeń wobec problemów, kryzysów, zaburzeń czy chorób psychicznych. Te i podobnie skonstruowane warsztaty rekomendujemy jako potencjalnie ważny nośnik wpływu dystygmatyzacyjnego do zastosowania w środowi-

skach współtworzących kulturę lokalnej społeczności oraz wspierających osoby, których udziałem stała się jakaś forma psychicznych dolegliwości.

10. Telefoniczna linia wsparcia psychospołecznego

- Doświadczenia z projektu związane z takim rodzajem wsparcia w okresie epidemii COVID-19 wskazują, że nie zastępując właściwych instrumentów pomocy doraźnej, telefoniczna linia wsparcia może być rozwiązaniem pomocnym w wielu sytuacjach kryzysowych dotyczących osób, grup lub całej lokalnej populacji. Podjęcie i realizacja takiego wyzwania wymagają jednak starannego zbilansowania rejestrowanych wyzwań i potrzeb z dostępnymi zasobami finansowymi, technicznymi i kadrowymi.

WYKAZ ANEKSÓW

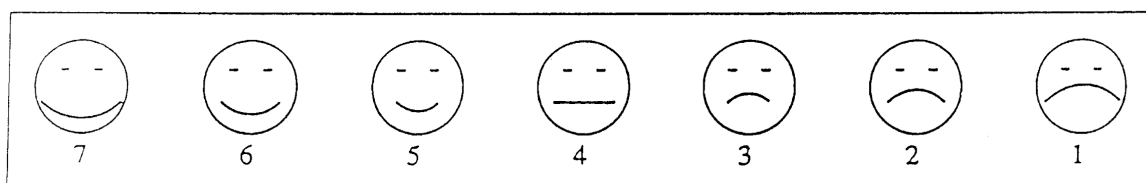
ANEKS 1. Skala zadowolenia z dziedzin życia (SLDS)	89
ANEKS 2. Kwestionariusz Mini-ICF-APP	91
ANEKS 3. Przed i po przebudowie – fotografie wybranych pomieszczeń budynku przy ul. A. Grottgera 25A	96
ANEKS 4. Regulamin i formularze naboru uczestników	97
ANEKS 5. Centrum Koordynacyjne	108
Załącznik A. Formularze dokumentacji	108
Załącznik B. Refleksje koordynatorów wsparcia społecznego	112
ANEKS 6. Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego – formularze dokumentacji	115
ANEKS 7. Wsparcie mieszkaniowe	124
Załącznik A. Formularze dokumentacji wsparcia mieszkaniowego	124
Załącznik B. Ankieta ewaluacyjna pobytu w mieszkaniu chronionym	128
Załącznik C. Refleksje mieszkańców objętych wsparciem mieszkaniowym	129
Załącznik D. Refleksje członków zespołu wsparcia mieszkaniowego	132
ANEKS 8. Wsparcie zawodowe	134
Załącznik A. Raport z diagnozy oraz karta interwencji dla uczestników projektu	134
Załącznik B. Przykłady procesu aktywizacji zawodowej	151
ANEKS 9. Współpraca z Ośrodkami Pomocy Społecznej	157
Załącznik A. List intencyjny między IPiN a OPS z dnia 30.05.2018 r.	157
Załącznik B. Listy oceniające współpracę między OPS i IPiN	159
ANEKS 10. Współpraca z Partnerstwami Lokalnymi dla Mokotowa	161
Załącznik A. Przykład umowy partnerstwa między MCZP a Partnerstwami Lokalnymi dla Mokotowa	161
Załącznik B. Przykład publikacji w lokalnej „Gazecie Siekierkowskiej”	162
Załącznik C. Przykład publikacji w lokalnej „Gazecie Partnerskiej Stary Mokotów”	164
Załącznik D. Wybrane komentarze przedstawicieli Partnerstw oraz powiązanych podmiotów prawnych i fizycznych na temat współpracy z MCZP	165

ANEKS 11. Zapobieganie depresji i zachowaniom samobójczym	169
Załącznik A. Ulotka informacyjna i Karta Szybkiej Pomocy	169
Załącznik B. Fragmenty upowszechnianych książek	170
Załącznik C. Refleksja eksperta przez doświadczenie z I edycji szkoleń	172
ANEKS 12. Odpowiedzi na pytania zadawane po warsztacie destygmatyzacyjnym	173

ANEKS 1. Skala zadowolenia z dziedzin życia (SLDS)

Chcielibyśmy dowiedzieć się, co Pan/Pani myśli o różnych sprawach swojego życia.

Widzi Pan/Pani teraz rysunek siedmiu twarzy, które wyrażają rozmaite uczucia. Chcielibyśmy, by użył/użyła ich Pan/Pani do opisanego, co Pan/Pani czuje, myśląc o sprawach, które wymienimy. Proszę po prostu określić, która z tych twarzy wyraża to, co Pan/Pani czuje.

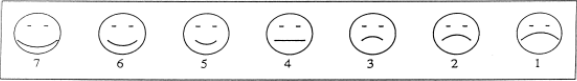


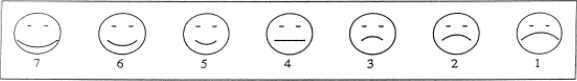

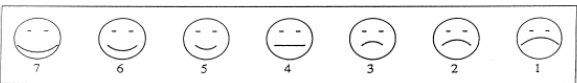
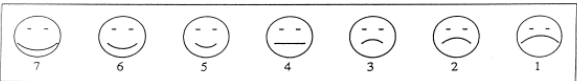










Na przykład:

- Gdy zapytam: *która twarz najlepiej wyraża to, co Pan/Pani czuje, myśląc o miejscu, w którym Pan/Pani mieszka?* a Pan/Pani je uwielbia – proszę wybrać twarz numer 7.
- Jeśli Pan/Pani nie znosi tego miejsca, proszę wybrać twarz numer 1.
- Jeśli jest to miejsce Panu/Pani obojętne, proszę wybrać twarz numer 4.
- Jeśli uważa Pan/Pani miejsce, w którym mieszka, za całkiem przyjemne – proszę wybrać twarz numer 5 lub 6.
- Jeżeli nie jest Pan/Pani z niego zbyt zadowolony/a - twarze numer 2 lub 3 najlepiej odzwierciedlą te uczucia.

Która z twarzy wyraża to, na ile jest Pan/Pani zadowolony/a:

1.	z miejsca (domu, mieszkania, pokoju), w którym Pan/Pani żyje?	
2.	z sąsiedztwa, okolicy?	
3.	z jedzenia, które Pan/Pani zazwyczaj spożywa?	
4.	z ubrania, które Pan/Pani nosi?	
5.	z Pana/Pani stanu zdrowia?	

6.	z ludzi, z którymi Pan/Pani mieszka?	
7.	ze swoich przyjaciół?	
8.	ze swojego życia uczuciowego?	
9.	z Pana/Pani relacji z rodziną?	
10.	z tego, jak układa się Panu/Pani z innymi ludźmi?	
11.	z Pana/Pani pracy i codziennych zajęć?	
12.	ze sposobu spędzania wolnego czasu?	
13.	ze swoich rozrywek?	
14.	z usług, sklepów itp. dostępnych w Pana/Pani okolicy?	
15.	ze swojej sytuacji finansowej?	
16.	ze swojego życia, tak ogólnie?	
17.	z własnej pewności siebie?	
18.	z tego, co inni o Panu/Pani myślą?	
19.	z wolności, jaką Pan/Pani posiada?	
20.	z odpowiedzialności, jaka na Panu/Pani spoczywa?	

ANEKS 2. Kwestionariusz Mini-ICF-APP (wydanie 2, poprawione i poszerzone)

Imię i nazwisko badanego:

Imię i nazwisko badającego:

Data:

Zawód badającego:	<input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> pracownik społeczny <input type="checkbox"/> socjolog	<input type="checkbox"/> terapeuta, psychoterapeuta <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/>				
Podstawa informacji:	<input type="checkbox"/> badanie kliniczne <input type="checkbox"/> orzekanie <input type="checkbox"/> omawianie w zespole	<input type="checkbox"/> spotkania z koordynatorem wsparcia społ. <input type="checkbox"/>				
Kontekst oceny:	<input type="checkbox"/> miejsce pracy <input type="checkbox"/> centrum koordynacji <input type="checkbox"/> sytuacja terapeutyczna	<input type="checkbox"/> miejsce zamieszkania uczestnika <input type="checkbox"/>				
Oceniana umiejętność		Ograniczenie wyrażone:				
		bez	lekko	umiarkowanie	znacznie	w pełni
1.	Umiejętność dostosowania się do reguł i działań rutynowych Umiejętność trzymania się reguł, dotrzymywania umówionych terminów oraz włączenia się w procesy organizacyjne. Obejmuje przykładowo: wypełnianie codziennych zadań, dotrzymywanie uzgodnień, punktualne przybywanie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.	Umiejętność planowania i porządkowania zadań	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	Umiejętność planowania i porządkowania dnia i/lub postawionych zadań, tzn. przeznaczania na działania (praca, dom, wypoczynek oraz inne działania codzienne i w czasie wolnym) odpowiedniego czasu, nadawania sensownej kolejności przebiegowi prac, ich planowego przeprowadzenia i kończenia.					
3.	<p>Elastyczność i umiejętność przestawiania się</p> <p>Umiejętność dostosowania zachowania, myślenia i przeżywania do zmieniającej się sytuacji, tzn. zdolność ujawnienia różnego sposobu zachowania odpowiednio do danej sytuacji. Może to wynikać ze zmian wymagań dotyczących pracy, chwilowych zmian czasu, miejsca, nowych partnerów społecznych albo też powierzenia nowych zadań.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4.	<p>Umiejętność wykorzystania kompetencji i wiedzy</p> <p>Umiejętność wykorzystania fachowych kompetencji, tzn. zawodowych, właściwych wykształceniu lub opartych na doświadczeniu życiowym. Umiejętność skorzystania z fachowej i życiowej wiedzy albo kompetencji w odniesieniu do sytuacjinie oczekiwanych ról oraz, przy uwzględnieniu doświadczenia życiowego, wypełnienia spodziewanych wymagań rzeczowych i fachowych.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

5.	<p>Umiejętność decydowania i oceniania</p> <p>Umiejętność podejmowania odnoszących się do kontekstu i zrozumiałych decyzji oraz wydawania ocen. Umiejętność ujmowania spraw w sposób zróżnicowany i nawiązujący do kontekstu, wyciągania na tej podstawie właściwych wniosków i konsekwencji oraz zdolność przekształcania ich w potrzebne rozstrzygnięcia.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6.	<p>Proaktywność i działania spontaniczne</p> <p>Umiejętność inicjowania spontanicznych działań wychodzących poza obowiązki zawodowe i społeczne, wykorzystania działań czasu wolnego i włączania ich w codzienność.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.	<p>Umiejętność wytrzymania i wytrwania</p> <p>Umiejętność wystarczająco wytrwałego pozostawania przy czynności (związanej z pracą zawodową lub innymi zadaniami) przez zwykle oczekiwany czas z nieprzerwanym zachowaniem poziomu wydajności.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8.	<p>Umiejętność zawierzania sobie (asertywność)</p> <p>Umiejętność pozostawania w kontaktach społecznych albo nawet w sytuacjach konfliktowych bez ograniczającej uległości oraz zdolność przedstawiania swoich przekonań bez naruszania norm społecznych.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9.	<p>Umiejętność rozmowy i kontaktu z osobami trzecimi</p> <p>Umiejętność podejmowania bezpośrednich, nieformalnych kontaktów społecznych z innymi ludźmi, jak spotkania z kolegami lub znajomymi, oraz odpowiedniego współdziałania w nimi, w tym także do uszanowania ich zdania, lub zdolność</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

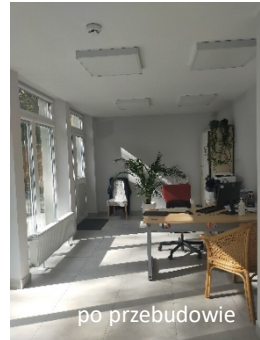
	badanych do taktownego porozumiewania się.					
10.	<p>Umiejętności grupowe</p> <p>Umiejętność włączania się w grupy, dostrzegania deklarowanych wprost lub nieformalnych zasad grupy i przyjęcia postawy wobec nich. Ocena odnosi się do zachowania badanej osoby w sytuacji grupowej, względnie jej zdolności do otwartego przedstawiania się. Mowa tu o małych grupach, jak zespół pracowniczy, stowarzyszenie, albo wielkich grupach, jak firma, ugrupowanie polityczne lub kościół.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11.	<p>Umiejętność nawiązania bliskich relacji dwuosobowych</p> <p>Umiejętność nawiązywania oraz podtrzymywania bliskich, a nawet intymnych relacji wobec zaufanych ludzi lub w rodzinie. Oceniana jest umiejętność oferowania lub przyjmowania bliskiego zainteresowania emocjonalnego i satysfakcjonującego dostrojenia się do innych oczekiwań związanych z pełnionymi rolami oraz w środowisku pracy.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12.	<p>Umiejętność zadbania o siebie i utrzymania się</p> <p>Umiejętność zatroszczenia się o siebie i zadbania o siebie, w tym także mycia się, pielęgnacji skóry, paznokci, włosów i zębów, utrzymania czystości oraz dostosowania ubioru do sytuacji, okazji i pory roku, dostrzegania zdrowotnych potrzeb swojego ciała i właściwego reagowania na nie.</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13.	<p>Umiejętność przemieszczania się i uczestnictwa w ruchu</p> <p>Umiejętność docierania przez badanego do różnych miejsc albo odnalezienia się</p>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	w różnych sytuacjach i korzystania z takich środków transportu, jak auto, autobus albo samolot. Ocenia się, czy badany bez trudności znajduje każde zwykłe miejsce publiczne i potrafi skorzystać z każdego zwykłego środka przemieszczania się.					
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Wartość ogólna = (\sum ograniczeń / liczba ocenianych wartości).

Wskazówka: wartości ogólnej nie należy wyliczać, jeśli nie ocenia się wszystkich 13 wymiarów.

Aneks 3. Przed przebudową i po niej – fotografie wybranych pomieszczeń budynku przy ul. Grottgera 25a



Aneks 4. Regulamin i formularze naboru uczestników



REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020, Priorytet IV *Innowacje Społeczne i współpraca ponadnarodowa*, działanie 4.1 *Innowacje społeczne* realizowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Postanowienia ogólne:

1. Regulamin określa zasady rekrutacji uczestników w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
2. Projekt realizowany jest w okresie od 01.10.2019 do 30.09.2022 r.
3. Projekt jest realizowany zgodnie z umową nr POWR.04.01.00-00-D216/17
4. Biuro projektu – znajduje się w siedzibie Lidera projektu tj. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, ul. Jana III Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
5. Program organizowany jest zgodnie z zasadą elastyczności oraz zasadą deinstytucjonalizacji usług.
6. Nadzór nad Projektem prowadzi Dyrekcja Instytutu, do której kompetencji należy rozstrzyganie, wszystkich spraw spornych, nieuregulowanych w niniejszym regulaminie.
7. Głównym celem jest poprawa jakości działań w obszarze zdrowia psychicznego poprzez przetestowanie modelu wsparcia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wypracowanego w konkursie I etapu w okresie 01.10.2019 do 30.09.2022 na obszarze Dzielnicy Mokotów. Wskazany cel wpisuje się w cel szczegółowy PO WER dla tego konkursu – ma za zadanie przetestować innowacyjny model wsparcia dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego wypracowany na I etapie konkursu. Efektem Projektu będzie odzyskanie samostereowności w różnych obszarach życia oraz odbudowa sieci satysfakcjonujących relacji interpersonalnych przez uczestników projektu z Dzielnicy Mokotów, ale także zwiększenie świadomości społecznej na temat zaburzeń psychicznych w społeczności lokalnej. Powyższym efektom podporządkowane są działania merytoryczne i organizacyjne.
8. Słownik pojęć i skrótów:
 - 1) Lider Projektu – Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN).
 - 2) Partner Projektu - „INTEGRACJA” Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Z Zaburzeniami Psychicznymi.
 - 3) Realizatorzy Projektu:
 - 4) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
 - 5) „INTEGRACJA” Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Z Zaburzeniami Psychicznymi.
 - 6) Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego – dalej nazywane MCZP.
 - 7) Projekt " Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów" – dalej nazywany Projektem.
9. W ramach Projektu funkcjonują komórki organizacyjne i następujące obszary działań :
 - 1) Centrum Koordynacji
 - 2) Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego
 - 3) Mieszkania chronione/treningowe i przejściowe – prowadzone przez „INTEGRACJA” Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi
 - 4) Aktywizacja zawodowa poprzedzona diagnozą funkcjonalną
 - 5) Programy edukacyjne (warsztaty z kontaktu z osobą z doświadczenie kryzysu psychicznego, antystygmatyzacyjne, profilaktyka samobójstw)

- 6) Partnerstwa lokalne
- 7) W ramach Projektu czynna jest Infolinia, która stanowi jedną z możliwych ścieżek wejścia do Projektu, uzyskania informacji o Projekcie oraz jest formą kontaktu dla Uczestników objętych
10. już wsparciem. Numer Infolinii: +48 22 299 04 31, która czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 - 18:00.

Uczestnicy projektu / grupy docelowe

11. Uczestnikiem Projektu może zostać osoba spełniająca poniższe kryteria:
 - 1) zamieszkuje na terenie dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy,
 - 2) doświadcza zaburzeń psychicznych,
 - 3) jest członkiem rodziny osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi
12. Lider Projektu zastrzega, że wypełnienie dokumentów nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w Projekcie.
13. Złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację projektową.
14. Lider Projektu zastrzega sobie prawo do zamknięcia/zawieszenia rekrutacji przed planowanym terminem zakończenia Projektu.
15. Uczestnik Projektu ma prawo do pełnej informacji dotyczącej swojego uczestnictwa w Projekcie.
16. Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją niniejszego regulaminu.
17. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do wypełnienia wszystkich wymaganych dokumentów, niezbędnych do realizacji Projektu, a także do informowania Lidera Projektu o ewentualnych zmianach istotnych danych osobowych, np. zmiana nazwiska, numeru telefonu, adresu zamieszkania, telefonu kontaktowego i adresu poczty elektronicznej i niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach mających wpływ na jego dalszy udział w Projekcie.
18. Rezygnacja lub zakończenie udziału Uczestnika w Projekcie:
 - 1) Uczestnik może zrezygnować z udziału w Projekcie w dowolnym momencie jego trwania
 - 2) Uczestnik jest zobowiązany do poinformowania o zaistnieniu sytuacji uniemożliwiającej kontynuację udziału w Projekcie
 - 3) Udział Uczestnika w Projekcie może zostać zakończony z powodu nieprzestrzegania zasad uczestnictwa w Projekcie, rażącego naruszenia zasad współżycia społecznego i nieprzestrzegania obowiązujących norm społecznych, pojawianie się pod wpływem środków odurzających i psychoaktywnych, podania w dokumentach rekrutacyjnych nieprawdziwych danych i informacji.

Proces rekrutacji

19. Rekrutacja uczestników projektu jest ciągła i odbywa się na zasadzie powszechnej dostępności. Będzie prowadzona w okresie od 01.01.2020 do 30.09.2022 r.
20. Informacja na temat projektu zamieszczona została na stronie internetowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, a także na stronie Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (w zakładce wsparcie społeczne) i przekazywana jest na bieżąco poprzez media społecznościowe, urząd dzielnicy Mokotów, w tym podległe mu jednostki np. Ośrodki Pomocy Społecznej.
21. Przyjmowanie zgłoszeń odbywa się poprzez zgłoszenie osobiste lub telefoniczne do Centrum Koordynacji lub Mobilnego Zespołu Wsparcia Społecznego
22. Zgłoszenia może dokonać : kandydat, osoba z bliskiego otoczenia kandydata, osoba z rodziny.
23. Przystąpienie do udziału w Projekcie musi zostać poprzedzone wypełnieniem i podpisaniem:
 - 1) Kwestionariusza uczestnika projektu – (zał. 1a Regulaminu)
 - 2) Oświadczenie uczestnika projektu – (zał. 1b Regulaminu)
 - 3) Formularz zgody Uczestnika – (zał. 1c Regulaminu)
 - 4) Klauzula informacyjna z art. 13 RODO – (zał. 1d Regulaminu)
 - 5) Personel projektu weryfikuje spełnienie kryteriów uczestnictwa w projekcie (na podstawie rozmowy i wstępnej kwalifikacji). Oświadczenie personelu projektu – (zał. 1 e Regulaminu)

24. Pomoc w wypełnianiu dokumentów rekrutacyjnych oferują Koordynatorzy Centrum Koordynacji lub Mobilnego Zespołu Wsparcia Społecznego.

Postanowienia końcowe

25. Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.
 26. Sprawy nieuregulowane niniejszym regulaminem są rozstrzygane przez Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
 27. Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem 01.10.2019 r.

.....
 data i podpis

Kwestionariusz danych uczestnika projektu

„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”

Dane uczestnika	
Kraj zamieszkania	Polska
Rodzaj uczestnika	Indywidualny
Imię/imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
Dane kontaktowe	
Województwo	Mazowieckie
Powiat	Warszawa
Gmina	Warszawa
Miejscowość	Warszawa
Obszar wg stopnia urbanizacji	1
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Osoba do kontaktu	
Imię i nazwisko osoby	
Nr telefonu osoby	
Kim jest osoba dla Uczestnika	
Szczegóły wsparcia (uzupełnia pracownik)	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (właściwe zaznaczyć „X” przy jednej pozycji)	

Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nie szkoląca/kształcąca się <input type="checkbox"/> Inne
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Zarejestrowana w Urzędzie Pracy – długotrwale (powyżej 12 miesięcy)
	<input type="checkbox"/> Zarejestrowana w Urzędzie Pracy – inne
	<input type="checkbox"/> Niezarejestrowana Zarejestrowana w Urzędzie Pracy – długotrwale (powyżej 12 miesięcy)
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Niezarejestrowana Zarejestrowana w Urzędzie Pracy – inne
	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej
	<input type="checkbox"/> w administracji samorządowej
	<input type="checkbox"/> w mikro/malym/średnim przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej
	<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek
Wykonywany zawód (zaznacza osoba pracująca)	<input type="checkbox"/> Inne
	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu
	<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnej
	<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia przedszkolnego
	<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolenia wyższego
	<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
	<input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
	<input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
	<input type="checkbox"/> Rolnik
	<input type="checkbox"/> Inny
Zatrudniony w: (należy podać pełną nazwę instytucji/przedsiębiorstwa *pole nieobowiązkowe)	
Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak/nie/odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak/nie

2

Osoba z niepełnosprawnościami	Tak/nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	Tak/nie
Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych	Tak/nie/częściowo

miejsowość i data

czytelny podpis

FORMULARZ ZGODY UCZESTNIKA

„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” (w tym wizyty domowe i zalecane procedury terapeutyczne) oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z usługami MCZP zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (zwanej dalej RODO).

Zostałem/am poinformowany/a o Prawach Klienta/ki, a w szczególności o prawie do:

- wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia i rokowaniu na przyszłość,
- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych w pełnym zakresie zarówno w formie telefonicznej, elektronicznej jak i adresu pocztowego niezbędnych dla działań MCZP.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

.....
(podpis)

.....
(data)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w Dzielnicy Mokotów**” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w Dzielnicy Mokotów**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt – **Instytutowi Psychiatrii i Neurologii z siedzibą w Warszawie: ul. Sobieskiego 9, 02-957 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu**. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie¹:

¹ Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub iod@ipin.edu.pl.
 13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

KLAUZULA INFORMACYJNA z art. 13 RODO

(rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO)

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez adres e-mailowy: kancelaria@miir.gov.pl lub pisemnie przekazując korespondencję na adres siedziby Administratora.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez e-mail: iod@miir.gov.pl lub pisemnie przekazując korespondencję na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
3. Przetwarzanie Pani/ Pana danych osobowych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c RODO;
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17.12.2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.U.UE.L.2013.347.320, z późn. zm.);
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz.U.UE.L.2013.347.470) oraz załącznika I i II do tego rozporządzenia;
 - rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do Rozporządzenia Parlamentu europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami

zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014);

- ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 4. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego wyłącznie w związku z wypełnieniem obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności w celu realizacji projektu Pomocy Technicznej realizowanego w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
- 5. Podanie danych jest wymogiem niezbędnym do realizacji ww. celu, o którym mowa w pkt. 4.
- 6. Pani/ Pana dane osobowe zostały powierzone Instytucji Pośredniczącej, Centrum Projektów Europejskich, ul. Domaniewska 39a, 02-672 Warszawa. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom organizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Instytucji Pośredniczącej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 spotkania, konferencje, grupy robocze, Komitety Monitorujące.
- 7. Pani/ Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
- 8. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 4, do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.
- 9. W związku z przetwarzaniem Pani/ Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia: prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- 10. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych, przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11. Pani/ Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.
- 12. Pani/ Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

✓ Oświadczam, że zapoznałem się z treścią przedmiotowej klauzuli informacyjnej.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE PERSONELU PROJEKTU

„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”

Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że Pan/Pani*

spełnia podstawowe kryterium uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”.



Na podstawie rozmowy i wstępnej kwalifikacji do projektu stwierdzam, że jest osobą, która:

- korzysta z placówek oferujących pomoc w zakresie zdrowia psychicznego na terenie Dzielnicy Mokotów (PZP, Szpital psychiatryczny, ZLS itp.);
- po raz pierwszy doświadcza kryzysu psychicznego
- jest członkiem rodziny i/lub najbliższym osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego
- zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego:
 - jest chora psychicznie (wykazuje zaburzenia psychotyczne),
 - jest upośledzona umysłowo (jedynie gdy oprócz niepełnosprawności intelektualnej występuje inne zaburzenie psychiczne),
 - wykazuje inne zaktócenia czynności psych., które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (z wyłączeniem osób uzależnionych chyba, że współwystępuje inne zaburzenie psychiczne).

(Data i podpis składającego oświadczenie)

Aneks 5. Centrum Koordynacyjne

Załącznik A. Formularze dokumentacji

 Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój	Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

CENTRUM KOORDYNACJI

Dokumentacja Numer:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania (deklarowany)	
Pesel	
Nr telefonu	
Data zgłoszenia się do CK	
Numer zgłoszenia bezpośredniego	
Koordynator wsparcia społecznego	

strona 1



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

CENTRUM KOORDYNACJI - OPIS PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA:

strona





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

USTALENIA W CENTRUM KOORDYNACJI

Imię i nazwisko Uczestnika:

Data	Forma wsparcia	Szczegółowe ustalenia	Czytelny podpis Koordynatora	Czytelny podpis Uczestnika
	<input type="checkbox"/> Grupa wsparcia <input type="checkbox"/> Mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> Zespół Interwencji Kryzysowej <input type="checkbox"/> Aktywizacja zawodowa <input type="checkbox"/> Diagnostyka funkcjonalna <input type="checkbox"/> Spotkania z Koordynatorem Wsparcia Społecznego			
	<input type="checkbox"/> Grupa wsparcia <input type="checkbox"/> Mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> Zespół Interwencji Kryzysowej <input type="checkbox"/> Aktywizacja zawodowa <input type="checkbox"/> Diagnostyka funkcjonalna <input type="checkbox"/> Spotkania z Koordynatorem Wsparcia Społecznego			
	<input type="checkbox"/> Grupa wsparcia <input type="checkbox"/> Mieszkanie chronione <input type="checkbox"/> Zespół Interwencji Kryzysowej <input type="checkbox"/> Aktywizacja zawodowa <input type="checkbox"/> Diagnostyka funkcjonalna <input type="checkbox"/> Spotkania z Koordynatorem Wsparcia Społecznego			





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Centrum Koordynacji

Nr dokumentacji:/3/.....	
Płeć:	1. kobieta 2. mężczyźnia	
Dokumentacja dotyczy:	1. uczestnika projektu 2. rodziny/sieci społecznej uczestnika projektu	
Status uczestnika:	1. bieżący/aktywny 2. zakończony	
Wiek w chwili wejścia do projektu:	1. 18 – 25 lat 2. 26 – 40 lat 3. 41 – 55 lat	4. 56 – 70 lat 5. pow. 70 lat
Rodzaj problemu zdrowotnego (deklaracja uczestnika) w chwili wejścia do projektu:	1. F0 organiczne 2. F1 substancje 3. F2 psychotyczne 4. F3 afektywne 5. F4 nerwicowe i pokrewne 6. F5 psychofizjologiczne	7. F6 nastrobowościowe 8. F7 niepełnosprawność intelektualna 9. F8-F9 wiek rozwojowy 10. Mieszane
Poziom nasilenia trudności/ zaburzeń:	1. lekki 2. umiarkowany 3. ciężki	
Rodzaj kontaktu (dominujący):	1. bezpośredni 2. zdalny	
Czas udzielanego wsparcia:	1. do 6 miesięcy 2. 6 – 12 miesięcy 3. powyżej 12 miesięcy	
Rodzaj wsparcia z jakiego skorzystał i korzysta uczestnik:	1. grupa wsparcia (.....) 2. mieszkanie chronione treningowe, przejściowe 3. MZWS 4. aktywizacja zawodowa 5. diagnoza funkcjonalna 6. spotkania z Koordynatorem Wsparcia Społecznego	
Ścieżka wejścia do projektu POWER:	1. oddział całodobowy, oddział dzienny 2. PZK/PZP 3. sieć społeczna 4. socialmedia 5. organizacje pozarządowe 6. OPS 7. Inne (jakie?).....	
Koordynator wsparcia społecznego:		

Kamila B., psycholog

Bycie koordynatorem to dla mnie nie tylko zadanie polegające na przyjęciu osoby chętnej do projektu, wpisanie na listę chętnych do grup lub aktywizacji zawodowej. To bycie współtowarzyszem w podróży, w którą wielu naszych uczestników udawało się pierwszy raz. Pierwszy kryzys, pierwszy rzut choroby, pierwsze spotkania z personelem medycznym i innymi osobami chorymi lub w kryzysach. To często napawało lękiem przed tym, co ich czeka. Rola koordynatora nie ograniczała się tylko do kierowania do działań w ramach projektu. To też wskazywanie innych placówek, świadczących wsparcie w kryzysie lub chorobie, to współpraca z partnerstwami lokalnymi, które mogły integrować z najbliższą społecznością.

Dla wielu uczestników możliwość spotkań indywidualnych ze swoim koordynatorem stanowiła „ratunek” i możliwość uzyskania wsparcia w trakcie oczekiwania na psychoterapię w ramach NFZ. W ramach projektu nie były świadczone usługi psychoterapeutyczne, a wsparcie psychologiczne, lecz dla wielu uczestników właśnie taka forma spotkań była wystarczająca w kryzysie, który przechodzili. Dla niektórych z nich był to pierwszy kontakt z psychologiem, dzięki któremu przekonywali się, że korzystanie z takich spotkań nie jest niczym strasznym, można z nich korzystać w różnych sytuacjach oraz otrzymać wsparcie, którego właśnie potrzebowali. Czasem był to impuls do poszukiwań psychoterapii, która pomogłaby im zmierzyć się z ich trudnościami.

Rolą koordynatora była również psychoedukacja. Niestety wielu ludzi nie miało dotychczas styczności z wiedzą psychologiczną i te tematy do tej pory były im obce. Do najczęstszych tematów pojawiających się w gabinecie koordynatora można zaliczyć te dotyczące zaburzeń i chorób, z którymi zmagają się uczestnicy, objawów prodromalnych, emocji, komunikacji interpersonalnej, sposobów radzenia sobie ze stresem. Bardzo często przedstawianie tej wiedzy było tym, co mogło dać ukojenie. Dawało poczucie, że „nie tylko ja tak mam”.

Obserwowanie, jak zdobycie nawet podstawowej wiedzy psychologicznej może poprawić jakość życia wielu osób, napawało mnie wiarą oraz coraz większym przekonaniem o konieczności rozpowszechniania tej wiedzy wśród ludzi w każdym wieku oraz przekazywania jej już od najmłodszych lat.

Marta M., psycholog

Praca w Projekcie Power stanowiła dla mnie okazję do pogłębienia swoich umiejętności jako osoby profesjonalnie pomagającej innym ludziom, którzy z różnych względów zdecydowali się sięgnąć po pomoc psychologiczną i społeczną. Dzięki złożoności funkcji, którą pełniłam na stanowisku koordynatorki wsparcia społecznego, mogłam poszerzyć swoje doświadczenie o możliwość prowadzenia bardziej złożonych spotkań indywidualnych z uczestnikami projektu. Poza rekrutacją nowych kandydatów koordynacja polegała na codziennym monitorowaniu stanu zdrowia uczestników projektu, spotkaniach interwencyjnych, kierowaniu uczestników do różnego rodzaju grup wsparcia, mieszkań

treningowych, a także współpracy z innymi pracownikami projektu. Cennym doświadczeniem były również superwizje, zarówno te profesjonalne, jak i koleżeńskie, oraz zebrania Zespołu CK.

Z rozmów z uczestnikami projektu dowiedziałam się, jak dużą wartość miało dla nich uczestnictwo w programie. Wielu z nich znalazło i utrzymało pracę, wyszło z uzależnienia, poszerzyło wiedzę o sobie, co wpłynęło na ich relacje z innymi ludźmi. Wiele osób mówiło o chęci kontynuowania spotkań indywidualnych, co mogło wskazywać na zbudowanie dobrych relacji z pracownikami Centrum Koordynacji.

Na koniec mogę dodać, że wierzę w moc budowania pozytywnych relacji, które mogą działać leczniczo i wspierająco na proces zmiany dokonujący się u ludzi, którzy doświadczyli różnych trudności na tle psychicznym, emocjonalnym czy relacyjnym. Mam też nadzieję, że pomagając w zmianie i poszerzając wiedzę z obszaru zdrowia psychicznego u pojedynczych osób, pomagam w zmianie całych systemów społecznych.

Ola P., psycholog

Rola koordynatora w opiece psychiatrycznej jest rolą bardzo szczególną i niewystarczająco zdefiniowaną. W swojej pracy w Centrum Koordynacji pełniłam wobec uczestników przede wszystkim rolę psycholożki: oferowałam dopasowane do potrzeb w zakresie długości, częstotliwości i zakresu tematycznego spotkania indywidualne. Ponadto moderowałam i podejmowałam samodzielne kontakty z innymi specjalistami: z prowadzącymi grupy wsparcia i doradcami zawodowymi (w ramach POWER i poza nim), lekarzami, psychoterapeutami, pracownikami socjalnymi, instytucjami pozarządowymi. Działałam na miejscu i w terenie: w miejscu zamieszkania uczestnika czy na oddziałach IPiN. Wspierałam w planowaniu procesu zdrowienia, rozumianego nie tylko jako wizyty lekarskie i psychoterapia, ale też szeroko pojęte uspołecznianie: uzyskanie pomocy finansowej i mieszkaniowej, integracja społeczna, uczestnictwo w kulturze itp.

Moja rola nierzadko miewała rozmyte granice. Poza opieką quasi-terapeutyczną (warto zauważyć, że najczęściej uczestnicy nie rozróżniają psychologa od psychoterapeuty i żadna ilość psychoedukacji zdaje się nie móc tego zmienić), byłam źródłem wiedzy o systemie oparcia – medycznego, socjalnego, prawnego – oraz pomocniczką w dotarciu do odpowiednich instytucji i uzyskaniu świadczeń. Proszono mnie o tłumaczenie niezrozumiałej dla uczestników dokumentacji medycznej, asystę podczas wypełniania wniosków do sądu, towarzyszenie w wykonywaniu telefonów do pracownika socjalnego. Wyjaśniałam, wspierałam, edukowałam i przekierowywałam, wielokrotnie stykając się z frustracją spowodowaną brakiem dostępności do usług i systemem o zasadach niejasnych także dla mnie samej. A jednak zaufanie i wdzięczność, jaką okazywali mi podopieczni – za bycie stabilną bazą w gąszczu świadczeń (lub ich braku) – były bezcenne.

Swoją pracę w Centrum Koordynacji kończę wzbogacona o wiedzę na temat meandrów polskiego systemu oparcia społecznego i niezwykle doświadczenie udzielania pomocy dostosowanej do indywidualnych potrzeb zamiast stosowania nieelastycznych, administracyjnych norm. Kończę ją też z głębokim przekonaniem, że opieka koordynowana jest doskonałym i niezbędnym uzupełnieniem medycznego modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskimi, która nawet oferując wysokiej jakości świadczenia, nie odpowiada na podstawową potrzebę pacjenta,

jaką jest troskliwa opieka i całościowe ukierunkowanie w procesie powracania do aktywnego życia społecznego po kryzysie.

Aneks 6. Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego – formularze dokumentacji



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Karta diagnozy kryzysu i indywidualny plan wsparcia

Imię i nazwisko:

Numer Uczestnika:

Data zebrania wywiadu:

Osoba informująca:

Problemy zgłaszane przez Uczestnika i jego naturalną sieć wsparcia:

Wywiad funkcjonowania poznawczego, społecznego i zawodowego:

Strona nr 1 z 4



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Dotychczasowa historia uzyskiwanej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego i ogólnego:

Dotychczasowa historia uzyskiwanej pomocy w zakresie oparcia społecznego:

Ocena obecności objawów psychopatologicznych:

- **Kontakt:** dobry, rzeczowy, logiczny / zaburzenia toku myślenia (słowotok, natłok myśli, spowolnienie, rozwlekłość) / zaburzenia struktury myślenia (rozkojarzenie, ześlizgiwanie się, niespójność, uskokowość)
- **Świadomość i orientacja:** zorientowany auto i allopsychicznie / zaburzenia świadomości
- **Napęd:** wyrównany / pobudzenie psychoruchowe / obniżony
- **Nastrój:** wyrównany / obniżony / podwyższony / labilny / drażliwy
- **Afekt:** dostosowany / niedostosowany / błady / labilny / sztywny / patologiczny
- **Omamy i urojenia:** ujawnia „żywe” objawy / nie ujawnia / ujawnia utrwalone objawy
- **Krytycyzm i wgląd w przeżycia chorobowe:** niekrytyczny / częściowo krytyczny / krytyczny do objawów choroby
- **Inne objawy:**

Strona nr 2 z 4





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Ocena ryzyka zachowań zagrażających i autoagresywnych lub samobójczych:

- **Myśli i tendencje „S”:** bez myśli i tendencji „s” / ujawnia myśli „s” bez tendencji „s” / ujawnia myśli i tendencje „s”, zawarto ustny „kontrakt na życie”
- **Zachowania autoagresywne i/lub zagrażające życiu:**

Ocena zasobów własnych pacjenta i posiadanej sieci wsparcia społecznego.

Zdiagnozowane potrzeby i zaplanowane oddziaływania oparcia społecznego



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Zdiagnozowane potrzeby i zaplanowane oddziaływania wsparcia zawodowego (koordynacja z CK).

Zdiagnozowane potrzeby i możliwe wsparcie w zakresie pomocy medycznej

Planowana częstość wizyt:

Przyczyny dyskwalifikacji z opieki MZWS (jeśli dotyczy).

Osoby dokonujące diagnozy:

Data sporządzenia dokumentu:

Strona nr 4 z 4





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

KARTA WIZYT MOBILNEGO ZESPOŁU WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Imię i nazwisko Uczestnika

Numer dokumentacji Uczestnika

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Lp.	Data wizyty	Podpis Uczestnika	Podpisy Pracowników MZWS





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Historia wsparcia

Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Numer Uczestnika	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Data zgłoszenia	
Osoba zgłaszająca	
Osoba przyjmująca i weryfikująca zgłoszenie	
Data objęcia opieką	

Strona nr



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Imię i Nazwisko OOW:

Data	Opis podjętych działań wsparcia społecznego

Strona nr





„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Karta zakończenia wsparcia

Imię i Nazwisko:

Numer uczestnika:

Data rozpoczęcia wsparcia:

Data zakończenia wsparcia:

Członkowie MZWS:

Liczba i częstotliwość spotkań:

Zakres udzielonego wsparcia:

Zalecenia:

Stan uczestnika w dniu zakończenia wsparcia i ryzyko zachowań zagrażających życiu:

Inne uwagi:

Data sporządzenia dokumentu oraz podpis osoby sporządzającej dokument:

Strona nr 1 z 1

Aneks 7. Wsparcie mieszkaniowe

Załącznik A. Formularze dokumentacji wsparcia mieszkaniowego

			
„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego			
Załącznik nr			
Karta Kwalifikacji Wstępnej:			
<ul style="list-style-type: none">• Mieszkanie chronione treningowe• Mieszkanie przejściowe			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania: OPS (adres):			
Pesel			
Data kwalifikacji /osoba (-y) kwalifikująca (-e), godziny			
Opis stanu zdrowia			
Opis sytuacji zawodowej, rodzinnej itp.			
Opis motywacji do pobytu w mieszkaniu chronionym treningowym/przejęciowym			
Cele pobytu			
Ustalenia, wnioski, dalsze postępowanie			
Data i podpis osoby kwalifikującej			



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**INDYWIDUALNY PLAN POBYTU W MIESZKANIU CHRONIONYM
TRENINGOWYM/PZEJŚCIOWYM**

Imię i nazwisko mieszkańca:		
Data utworzenia planu:	Data weryfikacji planu:	
Oczekiwania i potrzeby mieszkańca w zakresie:		
<ul style="list-style-type: none"> • zdrowia • relacji z innymi ludźmi i funkcjonowania społecznego • aktywności zawodowej lub innego konstruktywnego działania itp. 		
Analiza potencjalnych przeszkód i trudności:		
Motywacja i potrzeba zmiany bieżącej sytuacji:		
Cele pobytu:		
Cel pobytu	Jakie zostaną podjęte konkretne działania?	Szacowany czas realizacji danego celu

.....
data i podpis mieszkańca

.....
data i podpis opiekuna mieszkania



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**RAPORT Z ZEBRANIA CZŁONKÓW ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO:
MIESZKANIE CHRONIONE TRENINGOWE, MIESZKANIA PRZEJŚCIOWE**

DATA/GODZINY:

LISTA UCZESTNIKÓW ZEBRANIA:

ZAKRES OMAWIANYCH ZAGADNIENÍ
TRUDNOŚCI / WYTYCZNE I USTALENIA

TERMIN NASTĘPNEGO ZEBRANIA:

RAPORT PRZYGOTOWAŁ:



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

RAPORT Z ZAJĘĆ W MIESZKANIU CHRONIONYM TRENINGOWYM

(Warszawa, ul.....)

Zajęcia:	UCZESTNICY:
Data /godziny:	
Osoba prowadząca:	
OPIS ZAJĘĆ	
OBSERWOWANE, ZGŁASZANE TRUDNOŚCI	

data i podpis osoby prowadzącej zajęcia

.....



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
RAPORT Z ZAJĘĆ W MIESZKANIU PRZEJŚCIOWYM

(Warszawa, ul.....)

Zajęcia:	UCZESTNICY:
Data /godziny:	
Osoba prowadząca:	
OPIS ZAJĘĆ	
OBSERWOWANE, ZGŁASZANE TRUDNOŚCI	

data i podpis osoby prowadzącej zajęcia



Załącznik B. Ankieta ewaluacyjna pobytu w mieszkaniu chronionym



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szanowni Państwo,

Po trzech miesiącach pobytu w mieszkaniu treningowym poproszę o krótką ocenę i podsumowanie.

Jednocześnie informuję, że ankieta jest anonimowa. Członkowie zespołu terapeutycznego zostaną zaznajomieni jedynie z ogólnymi wnioskami.

Poniższa ankieta składa się z 20 stwierdzeń, właściwe odpowiedzi poproszę zaznaczyć na skali.

1. Tematyka zajęć odpowiada moim potrzebom:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Sposób prowadzenia zajęć jest ciekawy i atrakcyjny:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Prowadzący zajęcia są zaangażowani w trakcie zajęć:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Prowadzący zajęcia podchodzą do nich w sposób elastyczny:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Prowadzący zajęcia są do nich przygotowani:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Czas trwania zajęć i godziny prowadzenia zajęć są odpowiednie:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Atmosfera w trakcie zajęć jest bezpieczna i przyjazna:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Program zajęć w mieszkaniu przekłada się na moje samopoczucie fizyczne:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Program zajęć w mieszkaniu przekłada się na moje samopoczucie psychiczne:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Program zajęć w mieszkaniu przekłada się na moje kontakty z ludźmi (otwartość, chęć do kontaktów, spontaniczność itp.):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Inne osoby (znajomi, rodzina, inni specjaliści itp.) zauważają pozytywną zmianę w moim funkcjonowaniu:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. Ja zauważam pozytywną zmianę w swoim funkcjonowaniu:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Moje zaangażowanie w trakcie zajęć jest na poziomie:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Realizacja Indywidualnego Planu Pobytu jest na:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. W trakcie pobytu zdobywam nowe umiejętności i kompetencje:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Zasady obowiązujące w mieszkaniu i w trakcie zajęć są jasne i nie budzą wątpliwości:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17. Pobyt w mieszkaniu poleciłbym innym osobom:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. Poziom wsparcia (oferta zajęć, postawa prowadzących zajęcia) jest na odpowiednim poziomie:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. Wyposażenie mieszkania jest na odpowiednim poziomie:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Środki finansowe przeznaczone na zakup produktów spożywczych do zajęć kulinarnych są wystarczające:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Inne ważne informacje:

Agnieszka

W mieszkaniu przejściowym przy ul. Madalińskiego spędziłam nieco ponad rok. Zamieszkiwałam tam ze współlokatorką, którą darzę ogromną sympatią. Na długo zapamiętam nasze rozmowy do późnych godzin nocnych, kiedy już zamykały mi się oczy, a ona mówiła: „No idź do łóżka, bo zaśniesz na stole”, co nieraz zdarzało mi się podczas długiej nauki.

Spędziłam tam wiele dni, osadzona wśród wiosennych kwiatów, drzew, miejskich ptaków i ludzi. W moim pokoju, jak w akwarium na dziwną rybę, mogłam nieco odsunąć się od świata, zapomnieć o nim, wypocząć. Kiedy wracałam do mieszkania przejściowego, miałam zupełną swobodę życiową. Nauczyłam się, jak radzić sobie z większymi i mniejszymi kryzysami. Jak robić to na sposób dojrzały i samodzielny. Nauczyłam się też skutecznie szukać pracy oraz wytrwać na stanowisku wbrew załamaniom. Dużą rolę grało tu wsparcie psychologiczne. Nauczyłam się, że potrafię wykonywać pracę, która jest zgodna z moim wykształceniem i zainteresowaniami, nie zaś dużo poniżej kompetencji, jak do tej pory. Zyskałam większą dojrzałość w podejmowaniu decyzji.

Bardzo ważne dla mnie było to, że mogłam pisać. Mieszkanie przejściowe było idealnym inkubatorem dla pomysłów, dla pracy twórczej. Powstało tu kilka opowiadań, wiersze, a także rysunki i obrazy.

Zdarzały się noce, podczas których byłam sama w mieszkaniu. Na początku czułam wielki strach, później coraz bardziej przywykałam do takich sytuacji i zaczęłam nawet cieszyć się taką „samotnością”, ciszą.

Jestem bardzo wdzięczna pani Iwonie za możliwość wzięcia udziału w projekcie. Dziękuję pani Katarzynie za wsparcie, jakiego mi udzieliła podczas pobytu w mieszkaniu, pani Kasi za rozmowy. Panu Wojciechowi za pełne humoru i bezbolesne, a zarazem wydajne treningi sportowe oraz pani Hannie za bogate w ważne tematy porady zdrowotne. Dziękuję także pani doktor Karolinie, ponieważ to ona nakierowała mnie na pomysł wzięcia udziału w projekcie.

Jeżeli mogłabym polecić innym osobom, które doświadczyły w swoim życiu kryzysu zdrowia psychicznego, taką formę terapii, powiedziałabym, że miejsce to było dla mnie szansą na przezwyciężanie lęku przez różnymi społecznymi sytuacjami, lęku przed życiem, lęku przed wyjściem z domu... że warto ją podjąć ze względu na możliwość odnalezienia swojej dojrzałości, w pewnym sensie – samego siebie w wielkim i nie zawsze przyjaznym świecie.

Maria¹⁸

Podczas choroby Maria – podobnie jak Piotr – unikała kuchni. Kiedy wchodziła tam przed zachorowaniem, widziała szafki, stół, garnki na kuchence, patelnię, talerze. Gdyby, powiedzmy, nasza ją ochota na budyń, wykonałaby kilka prostych czynności. Podeszłaby do jednej z szafek, wyjęła torebkę z budyniem, zagotowała mleko, wysypała proszek do garnka, zamieszała. Wlałaby budyń do miski i poczekała, aż ostygnie. Potem chwyciłaby za łyżkę i zjadła. Ale kiedy stanęła na progu swojej kuchni w kwietniu 2021 roku, zobaczyła tylko pionową gładką ścianę, po której ktoś kazał jej się wdrapać. Nie chciało jej się jeść. Tamtego dnia zadzwoniła do niej terapeutka z mobilnego zespołu wsparcia przy IPIŃ i zaproponowała, żeby coś ugotowała. Co lubi? Maria matowym głosem odpowiedziała, że budyń. To dlatego podniosła się z łóżka i poszła do kuchni. Otworzyła szafkę – budyń miała. Czekoladowy. Ale to był dopiero początek wspinaczki. Na myśl o kolejnych ruchach kręciło jej się w głowie. Trzeba otworzyć lodówkę. Znaleźć mleko. Potem garnek (który?). Postawić go na ogniu. Wlać mleko (ile?). Znaleźć łyżkę (gdzie?). Umyć łyżkę. Odkręcić wodę. Jak to wszystko zrobić, gdy do rąk i nóg ktoś przyczepił Marii niewidzialne obciążniki? Jak chwycić się tej ściany, od czego zacząć? Maria zamknęła szafkę i wróciła do sypialni. Oddzwoniła do terapeutki. „Budyń mam – powiedziała – ale to się nie uda”.

Dwa miesiące wcześniej sama zgłosiła się do szpitala. Nie chciała, żeby ktokolwiek do niej dzwonił. Myśl o czymś tak prostym jak rozmowa, podobnie jak wcześniej wizyta w kuchni, rozpadała się w jej głowie na nieskończoną liczbę odcinków morderczego maratonu. Tyle wysiłku potrzeba, by z kimś porozmawiać. Trzeba otworzyć usta. Wydobyć z siebie dźwięk. Złożyć słowa w zdanie i połączyć je z kolejnym. Trzeba zdecydować: chcę coś oznajmić? A może o coś spytać? Trzeba wiedzieć, którą myśl przerobić na słowa. Maria nie wiedziała. Przez kolejne trzy tygodnie próbowała to wyjaśnić lekarzowi, który zaglądał do niej podczas obchodu. Tłumaczyła, że nie umie rozmawiać. Z żadnym pacjentem na sali nie zamieniła słowa. Lekarz patrzył na nią z niedowierzaniem. Przecież właśnie z nim rozmawiała! Nie umiała mu wytłumaczyć, że to nie jest rozmowa. Rozmowa jest wtedy, gdy człowiek umie się odwrócić do pacjentki z łóżka obok, uśmiechnąć do niej i zagadać o pogodzie. A Maria tę umiejętność straciła. Po lekach nie trafiała łyżką z jedzeniem do ust. Najpierw strasznie się tego wstydziła, a potem rozejrzała się po szpitalnej stołówce. Inni też tak mieli: sztywne dłonie nie utrzymywały łyżek, zupa ciekła ludziom po brodach. Po trzech tygodniach pobytu na oddziale Maria wypisała się na żądanie. Dostała skierowanie do poradni i wsparcie mobilnego zespołu, czyli dwóch terapeutek, które pilnują pacjentów w ostrych kryzysach. To one przez kolejny miesiąc dzwoniły do Marii prawie codziennie i namawiały, by wygrzebała się z pościeli, zjadła coś, umyła włosy. Ale kiedy Maria stała nad wanną i patrzyła na kurki z ciepłą i zimną wodą, nie wiedziała, w którą stronę je przekręcić. Wychodziła z łazienki i wracała do łóżka. Przez kilka godzin, do powrotu męża z pracy, miała spokój. Gdy wracał, stawał nad jej łóżkiem i wyzywał ją od grubych, śmierdzących

¹⁸ W książce: Anna Kiedrzynek: „Choroba idzie ze mną. O psychiatrii poza szpitalem”, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2023, s. 134–138.

świń. Albo narkomanek. Gdy płacząc, mówiła, że nie chce tak żyć, odpowiadała: „Powieś się, kurwa. Albo utop”.

Terapeutka z zespołu wsparcia namówiła Marię na zapisanie się na oddział otwarty w CZP na Grottgera. Maria pomyślała, że co jej szkodzi, ta terapia i tak pewnie zacznie się dopiero za parę miesięcy. Psycholog powiedziała jej przez telefon, że zaprasza w najbliższy poniedziałek. Maria aż wstrzymała oddech. „Jeśli nie da pani rady, to proszę spróbować innego dnia. Może w środę będzie łatwiej?” – usłyszała. W poniedziałek faktycznie nie wstała z łóżka, ale w środę się udała.

Na oddział otwarty przychodziła codziennie przez kolejne pół roku, aż do grudnia 2021. Już po trzech tygodniach czuła różnicę. Lekarka z Grottgera wysłuchała jej i przepisała inne antydepresanty. Okazały się skuteczne. Po miesiącu Maria biegała po oddziale i zagadywała innych uczestników terapii. Chwaliła się, że w końcu była w galerii handlowej. Kupiła sobie bluzkę, spodnie, perfumy. Mieszkanie wysprzątała w jeden dzień, nawet uprała i wyprasowała zasłony. Kupiła sobie też koc: zwykły, szary, polarowy. Po rozpakowaniu rozłożyła go na oparciu fotela w salonie. Kiedy mąż wrócił z pracy, tak go ten koc wyprowadził z równowagi, że musiał pójść do sklepu po wódkę. Zerwał go i wyrzucił do przedpokoju, wrzeszcząc, że Maria ma to natychmiast wypierdolić do śmieci.

Minęło kilka miesięcy, zanim opowiedziała o tym terapeutce na Grottgera. Przeżyła z tym człowiekiem prawie trzydzieści lat. Trudno jest dwa tak sklejone życia oddzielić. Z drugiej strony Maria zaczęła się bać, że przez niego depresja wróci. Prawie szeptem powiedziała terapeutce, że zaczyna szukać kawalerki do wynajęcia. Wtedy dowiedziała się o mieszkaniu przejściowym. Na początku nie chciała tam iść, bo przecież są ludzie, którzy nic nie mają, są bardziej chorzy, to im się taka pomoc należy bardziej niż jej. Ale kiedy kilka dni później znowu usłyszała od męża, że jest grubą świnią, bo przytyła po lekach, powiedziała Iwonie, że się zgadza, żeby dali jej klucze. Ona też potrzebowała ratunku.

Mieszkanie przejściowe jest skromne, ma dwa pokoje i niewielką kuchnię. W przedpokoju jest szafa wnękowa, gdzie Maria i jej współlokatorka chowają kurtki i buty. Maria zajęła mniejszy pokój, w którym jest telewizor. Na parapecie postawiła dwa kwiatki. Kiedy je kupowała, przemknęło jej przez myśl, że w domu, w którym żyła przez trzydzieści pięć lat, obie doniczki prędkiej czy później skończyłyby na śmietniku. W mieszkaniu przejściowym nikt Marii niczego nie dyktuje. Chciała kwiatki? Ma kwiatki. Na łóżku rozłożyła szary polarowy koc, który wcześniej udało jej się ukryć w szafie. Nie jest szczególnie ozdobny, ot, zwykły koc, ale teraz specjalnie trzyma go na wierzchu.

Pobył w mieszkaniu przejściowym da jej trochę czasu na podjęcie kilku ważnych decyzji. Jeszcze nie jest pewna, czy weźmie rozwód z mężem. Cały czas rozmawia o tym z terapeutką. Od września 2022 roku wróciła do pracy w sklepie – dzięki temu zaoszczędzi pieniądze i zacznie szukać pokoju do wynajęcia. Mąż nie wie, gdzie Maria teraz mieszka. Gdy mu powiedziała, że się wyprowadza, najpierw był wściekły, a potem klęczał przed nią i prosił o wybaczenie. Pozostała nieugięta.

Dzisiaj znowu potrafi wszystko. Budyń, podkreśla, ugotowałaby teraz nawet z zamkniętymi oczami.

Katarzyna F.-C., psycholog, opiekun mieszkania

Rola opiekuna w mieszkaniach przejściowych jest jak rola rodzica, który doświadcza różnych emocji: frustracji, radości, zniecierpliwienia. To przede wszystkim budowanie relacji. Istotne jest to, jak ja – jako profesjonalista – buduję relację i jakim jestem człowiekiem. By najbardziej adekwatnie dostosować formy pomocy dla mieszkańców, mogłam bazować na rozmowie i obecności, a gdy była taka potrzeba – korzystałam z przydatnych i sprawdzonych metod, np. treningu kulinarnego, treningu porządkowego, treningu poznawczego, nauki planowania, psychoedukacji nt. emocji i radzenia sobie ze stresem.

W mieszkaniach przejściowych ważne są kryteria kwalifikacji. Osoby, które miały pracę lub jej szukały, radziły sobie lepiej w mieszkaniu. Mnie samą to doświadczenie z pracy w mieszkaniach rozwinęło. Widziałam osoby, które czekają na spotkanie, które są serdeczne. Pokazało mi, jak niewiele trzeba do zdrowienia. A tworzone w mieszkaniach plany pobytu pozwalają sprawdzić, jak uczestnik podchodzi do pobytu, jakie osiągnął zmiany i w jakich schematach funkcjonuje.

Hanna C., pielęgniarka, terapeutka środowiskowa

Wchodząc do mieszkania, w którym mieszkają wspólnie osoby chorujące i które funkcjonują najczęściej w dobrze znanej sobie roli – pacjenta, każdy z nas ma szansę na wyjście ze swojej roli. Mieszkańcy ze swojej, a ja automatycznie ze swojej. W mieszkaniu to ja jestem poniekąd „gościem”, ale takim, który „coś wnosi” i „dzieli się”. Możliwość wyjścia z roli i bycia poza szpitalem pozwala na odkrywanie innych możliwości – w sobie i świecie, daje zupełnie inną perspektywę. Stanowi to czynnik bardzo ważny w pracy, daje poczucie jej sensu, a zatem działa antywypaleniowo.

Prowadząc zajęcia, wspierając mieszkańców w pokonywaniu różnych trudności, z perspektywy czasu widzę, jak bardzo ważna jest wiara w drugiego człowieka i dawanie mu szansy. Mieszkanie jest miejscem, gdzie można to przećwiczyć. Pracując na oddziale, cały czas widzę tych samych pacjentów, nie widzę tych, którym się udało, nie widzę tego zdrowienia i poszczególnych jego etapów, nie widzę samodzielności w życiu. W mieszkaniach mam okazję to zobaczyć i doświadczyć tego, że to, co robiłam, ma sens. Dobrze jest móc na to patrzeć i czerpać z tego doświadczenia.

To, czego nauczyłam się w mieszkaniu, przenoszę później na pracę z pacjentami na oddziale. Mieszkanie to ciągłe budowanie warsztatu umiejętności, które potem, przenoszone na ludzi na innym etapie zdrowienia, przynoszą efekty. Tu się nauczyłam, że jeśli zaufa się pacjentowi i pozwoli na trochę więcej niż na oddziale, to przynosi to efekty. Nie tylko ja daję mieszkańcom, ale też mieszkańcy dają dużo mnie, czerpią z tego obie strony. Gdyby nie mieszkanie, wiele osób nie mogłoby ruszyć dalej. Ważne jest też obserwowanie, jak mieszkańcy odkrywają, że prawdziwe życie nie jest takie trudne, jak doświadczają sytuacji, w których dają sobie radę i odkrywają swoje możliwości.

Często w rozmowach z pacjentami na oddziale opowiadam o tych osobach, oczywiście za ich zgodą, którym się udało, i to niesie nadzieję tym pacjentom, którzy są na początku zdrowienia.

Agnieszka W., psycholog, psychoterapeuta, opiekun mieszkania

Istotne jest przede wszystkim uświadomienie sobie, jak wielka jest różnica pomiędzy „pacjentem w gabinecie”, a tym samym „pacjentem w mieszkaniu”. To są dwie różne osoby. Aby być opiekunem mieszkania, musiałam wyjść z roli terapeutki, którą sprawuję na co dzień. Opiekun mieszkania to rodzaj „rodzica”, który wyjaśnia, objaśnia, tłumaczy. To modelujący rodzic, który jest obecny, który odpowiada, który daje wolność i mówi „jesteś dorosły”. Dla wszystkich to czas nauki.

W mieszkaniu treningowym trudność stanowił brak jednorodności w grupach, co wpływało na zajęcia i możliwości ich prowadzenia. Grupy były tak różne, że prowadzenie zajęć wymagało dużej elastyczności. W mojej ocenie największą wartość dla mieszkańców stanowiło to, że byli w mieszkaniu razem, docierali się i z jednej strony mieli dużo wolności, a z drugiej musieli wziąć na siebie odpowiedzialność. Musieli również wziąć odpowiedzialność za siebie nawzajem. Codzienny trening uwrażliwiania i wychodzenia ze swojej skorupy to ważny czas nauki zauważania siebie i innych osób wokół.

Aleksandra R., lekarz, specjalistka psychiatra

Czasami zastanawiałam się, czy prowadząc zajęcia z uczestnikami jedynie raz w miesiącu, jestem w stanie w pełni zaangażować się w ich obserwację na bieżąco. Gdy słuchałam relacji innych członków zespołu terapeutycznego, to wielokrotnie zastanawiałam się: „Kiedy to się wydarzyło?”, czułam, że coś mnie ominęło.

W prowadzeniu zajęć psychoedukacyjnych moja rola jako lekarza była zupełnie inna. Mówiłam o podłożu zaburzeń psychicznych, o objawach, o leczeniu, a w niektórych sytuacjach mogłam odmówić, np. kiedy uczestnik nie stawiał się na wizytę u swojego lekarza i oczekiwał wypisania recepty przeze mnie. Dla mnie samej było to bardzo pouczające doświadczenie, ponieważ w psychiatrii środowiskowej ważne jest podążanie za pacjentem, a z drugiej strony dawanie mu sprawczości. Wcześniej zdarzało mi się, że za dużo chciałam zrobić za pacjenta, obawiając się, że sam sobie nie poradzi. Doświadczenie pracy w mieszkaniach chronionych pokazało mi, jak ogromne znaczenie ma to, aby nie wyręczać pacjenta w jego zadaniach, jak bardzo służy to budowaniu przez niego własnej wartości i jest niezbędne w procesie zdrowienia.

Prowadzenie zajęć z psychoedukacji poprawiło moją elastyczność w wypełnianiu roli lekarza, pomogło wypracować lepszy język i sformułowania, które były bardziej zrozumiałe i przystępne w odbiorze dla uczestników projektu. Wyjście lekarza z oddziału do miejsca, gdzie toczy się życie uczestników, było bezcennym doświadczeniem.

Są pacjenci, dla których wypis ze szpitala wiązał się z powrotem do domu, który „wspierał” ich chorobę, a nie zdrowienie. Mieszkania chronione dają możliwość wyciągnięcia ludzi z niekorzystnego środowiska, które bywa dla nich patogenne – i to jest wspaniała idea.

ANEKS 8. Wsparcie zawodowe

Załącznik A. Raport z diagnozy oraz karta interwencji dla uczestników projektu

Imię i nazwisko:

Data wypełnienia:

Osoba odpowiedzialna:

FUNKCJE CIAŁA = czynności fizjologiczne układów ciała (włączając funkcje psychologiczne) Jaki stopień upośledzenia ma dana osoba									Proponowane interwencje
		Brak upośledzenia (0-4%)	Niewielkie upośledzenie (5-24%)	Umiarkowane upośledzenie (25-49%)	Znaczne upośledzenie (50-95%)	Skrajne upośledzenie (96-100%)	Nieokreślone	Nie dotyczy	
B 117	Funkcje intelektualne	0	1	2	3	4	8	9	
	Ogólne funkcje psychiczne niezbędne do rozumienia i konstruktywnego scalania różnych czynności psychicznych; z uwzględnieniem wszystkich funkcji poznawczych i ich rozwoju w ciągu całego życia. Obejmuje: funkcje rozwoju intelektualnego; upośledzenie intelektualne, upośledzenie umysłowe, otępienie Nie obejmuje: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164)								
	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
B 126	Funkcje temperamentu i osobowości	0	1	2	3	4	8	9	

	<p>Ogólne funkcje psychiczne związane z konstytucjonalną dyspozycją danej osoby do reagowania na sytuacje w określony sposób, w tym zespół cech psychicznych odróżniających daną osobę od innych.</p> <p>Obejmuje: funkcje ekstrawersji, introwersji, zgodności, sumienności, stabilności psychicznej i emocjonalnej i otwartości na doświadczenia, optymizm, wyszukiwanie nowości, pewność, wiarygodność</p> <p>Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152)</p>								
	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
B 130	Funkcje energii i napędu	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Ogólne funkcje psychiczne, o podłożu fizjologicznym i psychologicznym, pobudzające do nieustannego działania na rzecz zaspokajania swoistych potrzeb i celów ogólnych.</p> <p>Obejmuje: funkcje określające poziom energii, motywację, apetyt, i głód (w tym i substancji, które mogą być nadużywane) i panowanie nad impulsami</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje snu (b134); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B 134	Funkcje snu	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Ogólne funkcje psychiczne prowadzące do okresowego, odwracalnego i wybiórczego, fizycznego i psychicznego odłączania się od swojego najbliższego otoczenia, czemu towarzyszą charakterystyczne zmiany fizjologiczne.</p> <p>Obejmuje: funkcje określające ilość i początek, podtrzymywanie i jakość snu, funkcje obejmujące cykl snu, jak bezsenność, senność nadmierną i narkolepsję</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje uwagi (b140); funkcje psychomotoryczne (b147)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B140	Funkcje uwagi	0	1	2	3	4	8	9	

	<p>Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające skupienie się przez niezbędny odstęp czasu na bodźcu zewnętrznym lub przeżyciach wewnętrznych.</p> <p>Obejmuje: funkcje trwałości, przerzutności, zmiennej podzielności i dzielenia uwagikoncentracja, rozpraszalność</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje snu (b134); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156)</p>									
	Źródło informacji:									
	Badanie specjalistyczne									
	Opis problemu -									
B 144	Funkcje pamięci	0	1	2	3	4	8	9		
	<p>Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rejestrowanie i przechowywanie informacji oraz – w razie potrzeby – odtwarzanie jej.</p> <p>Obejmuje: funkcje związane z pamięcią krótkotrwałą i długotrwałą, natychmiastową, świeżą i odległą; rozpiętość pamięci; odtwarzanie pamięci, przypominanie; funkcje wykorzystywane w trakcie przywoływania z pamięci i uczenia się jak w niepamięci nominalnej, wybiórczej i dysocjacyjnej</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje uwagi (b140); funkcje percepcyjne (b156); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172)</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
B 147	Funkcje psychomotoryczne	0	1	2	3	4	8	9		
	<p>Swoiste funkcje psychiczne nadzorujące tak ruchowe, jak i psychiczne zdarzeniom na poziomie ciała.</p> <p>Obejmuje: funkcje kontroli psychomotoryczne jak: spowolnienie, pobudzenie i niepokój, zastyganie, katatonia; negatywizm; ambiwalencja, echopraksja i echolalia; jakość funkcji psychomotorycznych</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje energii i napędu (b130); funkcje uwagi (140); funkcje językowe (b167); funkcje psychiczne sekwencjonowania ruchów złożonych (b176)</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
B152	Funkcje emocjonalne	0	1	2	3	4	8	9		

	<p>Swoiste funkcje psychiczne odnoszące się do uczuć i afektywnych składników procesów umysłu.</p> <p>Obejmuje: funkcje związane z dostosowaniem emocji, regulacją i rozpiętością emocji; afekt, smutek, szczęście, miłość, strach, gniew, nienawiść, napięcie, lęk, radość, żal, chwiejność emocjonalną; spłylenie afektu</p> <p>Nie obejmuje: funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje energii i napędu (b130)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B 156	Funkcje percepcyjne	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rozpoznawanie i interpretowanie bodźców zmysłowych.</p> <p>Obejmuje: funkcje percepcji słuchowej, wzrokowej, węchowej, smakowej, dotykowej, wzrokowo-przestrzennej jak omamy lub złudzenie</p> <p>Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje uwagi (b140); funkcje pamięci (b144); funkcje językowe (b167); widzenie i funkcje pokrewne, (b210-b229), słyszenie i funkcje przedsionka (b230-b249); dodatkowe funkcje narządów zmysłów (b250-b279)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B160	Funkcje myślenia	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Swoiste funkcje psychiczne dotyczące pojęciowego składnika umysłu.</p> <p>Obejmuje: funkcje tempa, formy, kontroli treści myślenia; funkcje myślenia ukierunkowanego na cel, funkcje myślenia nieukierunkowanego na cel; funkcje myślenia logicznego; napór myśli; gonitwa myślowa; otamowanie myśli; rozkojarzenie myślenia; drobiazgowość; uskokowość, urojenia; myśli i czynności natrętne</p> <p>Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167) funkcje liczenia (b172)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B280	Czucie bólu	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Wrażenie nieprzyjemnego doznania sygnalizującego potencjalne lub faktyczne uszkodzenie struktury ciała.</p> <p>Obejmuje: uczucie uogólnionego lub umiejscowionego bólu w jednej lub więcej niż w jednej części ciała, ból w dermatomie, ból kłujący, ból piekący,</p>								

	ból tępy, poboлевania, upośledzenia jak: ból mięśniowy, analgezja, przeczu- lica bólowa								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B 1644	Wgląd w siebie	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje psychiczne umożliwiające uświadomienie sobie i zrozumienie sa- mego siebie oraz swojego zachowania.								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
B530	Funkcje zachowania masy ciała	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje dotyczące zachowania właściwej masy ciała z uwzględnieniem zwiększania masy ciała w okresie rozwoju. Obejmuje: funkcje utrzymywania akceptowanej wartości wskaźnika masy ciała (BMI); upośledzenia jak: niedobór wagi, wyniszczenie, zanik tkanki mię- śniowej, nadwaga, wychudzenie, a także takie jak w pierwotnej i wtórnej otyłości Nie obejmuje: funkcje przyswajania (b520); ogólne funkcje metaboliczne (b540); funkcje gruczołów wydzielania wewnętrznego (b555)								
	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
B 640	Funkcje seksualne	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje psychiczne i fizyczne związane z aktem seksualnym z uwzględnieniem fazy pobudzenia, przygotowania, orgazmu i rozładowania. Obejmuje: funkcje związane z podnieceniem seksualnym, fazą przygotowa- nia, orgazmu i rozładowania; funkcje odnoszące się do zainteresowań seksu- alnych, zachowania seksualnego, wzwodu prącia, wzwodu łechtaczki, zwilże- nia pochwy, wytrysku nasienia, orgazmu; upośledzenia jak: impotencja, ozię- błość płciowa, pochwica, przedwczesny wytrysk nasienia, bolesny, długo- trwały wzwód prącia (priapizm), opóźniony wytrysk nasienia Nie obejmuje: funkcje rozrodcze (b660); wrażenia związane z funkcjami płcio- wymi i funkcjami rozrodczymi (b670)								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								

	Opis problemu -									
B710	Funkcje ruchomości stawów	0	1	2	3	4	8	9		
	<p>Funkcje związane z zakresem i łatwością wykonywania ruchów w stawach. Obejmują: funkcje związane z ruchomością pojedynczego lub kilku stawów, kręgosłupa, barku, łokcia, nadgarstka, biodra, kolana, stawu skokowego, drobnych stawów rąk i stóp; ogólna ruchomość stawów, upośledzenia funkcji stawów takie jak: nadmierna ruchomość stawów (hipermobilność), ograniczenie lub brak ruchu stawu, bark unieruchomiony, „bark zamrożony”, choroba zwyrodnieniowa</p> <p>Nie obejmuje: funkcje stabilności stawów (b715); funkcje związane z kontrolowaniem ruchów dowolnych (b760)</p>									
	Źródło informacji:									
	Badanie specjalistyczne									
	Opis problemu -									
B730	Funkcje związane z siłą mięśni	0	1	2	3	4	8	9		
	<p>Funkcje związane z siłą wytwarzaną przez skurcz pojedynczego mięśnia lub grup mięśni.</p> <p>Obejmują: funkcje związane z siłą określonych mięśni i grup mięśni, mięśni jednej kończyny, mięśni jednej strony ciała, mięśni dolnej połowy ciała, mięśni wszystkich kończyn, mięśni tułowia i wszystkich mięśni ciała; upośledzenie funkcji jak osłabienie małych mięśni stóp i rąk, niedowład mięśnia, porażenie mięśnia, porażenie jednej kończyny, porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych, porażenie czterokończynowe, mutyzm akinetyczny (brak zdolności wykonywania ruchów – bezruch)</p> <p>Nie obejmuje: funkcje narządów dodatkowych oka (b215); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735); funkcje związane z wytrzymałością mięśni (b740)</p>									
	Źródło informacji:									
	Badanie specjalistyczne									
	Opis problemu -									
AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE = wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową Ile trudności ma osoba w... W = wykonanie... Z = zdolność w...			Brak problemu	Łagodny problem	Umiarkowany problem	Znaczny problem	Skrajny problem	Nieokreślone	Nie dotyczy	

D160	Skupianie uwagi	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
<p>Celowe skupianie się na określonym bodźcu, np. przez eliminowanie rozpraszających dźwięków.</p> <p>Źródło informacji:</p> <p>Badanie specjalistyczne</p> <p>Opis problemu -</p>									
D175	Rozwiązywanie problemów	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
<p>Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań, a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzygnięcie sporu pomiędzy dwiema osobami.</p> <p>Obejmuje: rozwiązywanie prostych i złożonych problemów</p> <p>Nie obejmuje: myślenie (d163), podejmowanie decyzji (d177)</p> <p>Źródło informacji:</p> <p>Kwestionariusz pacjenta</p> <p>Opis problemu -</p>									
D177	Podejmowanie decyzji	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
<p>Dokonywanie wyboru spośród różnych możliwości, wdrażanie dokonanego wyboru, ocenianie skutków dokonanego wyboru, jak np. wybieranie i kupowanie określonego artykułu lub decydowanie o podjęciu się i podejmowanie jakiegoś zadania spośród wielu zadań, które należy wykonać.</p> <p>Nie obejmuje: myślenie (d163), rozwiązywanie problemów (d175)</p> <p>Źródło informacji:</p> <p>Kwestionariusz pacjenta</p> <p>Opis problemu -</p>									
D210	Podejmowanie pojedynczego zadania	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
<p>Wykonywanie prostych lub złożonych, skoordynowanych czynności umysłowych i fizycznych będących elementami realizacji pojedynczego zadania, jak np. inicjowanie zadania, ustalanie czasu, miejsca i materiałów potrzebnych do wykonania zadania, kolejne kroki wykonania zadania, realizowanie zadania, finalizowanie zadania i kontynuowanie wykonywania zadania.</p> <p>Obejmuje: podejmowanie prostego lub złożonego zadania, podejmowanie pojedynczego zadania samodzielnie lub w grupie</p> <p>Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie wielu zadań (d220)</p> <p>Źródło informacji:</p>									

	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D220	Podejmowanie wielu zadań	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, kolejno lub równocześnie, jako elementów wielorakich zintegrowanych i złożonych zadań.</p> <p>Obejmuje: podejmowanie się wielu zadań; wykonywanie wielu zadań; podejmowanie wielu zadań samodzielnie i w grupie</p> <p>Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie pojedynczego zadania (d210)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D230	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków, jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia.</p> <p>Obejmuje: ustalanie i spełnianie codziennego rozkładu zajęć; ustalanie poziomu własnej aktywności w ciągu dnia</p> <p>Nie obejmuje: podejmowanie wielu zadań (d220)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D240	Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynniki zakłócające lub sytuacje kryzysowe, jak np. podczas przystępowania do egzaminu, kierowania pojazdem w czasie wielkiego natężenia ruchu ulicznego, ubierania się, będąc pospieszanym przez rodziców, kończenia zadania wykonywanego na czas lub sprawowania opieki nad liczną grupą dzieci.</p> <p>Obejmuje: ponoszenie odpowiedzialności; radzenie sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi</p>								

	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
D350	Rozmowa	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie wymiany myśli i poglądów za pomocą języka mówionego, pisanego, migowego lub innych form języka, z jedną osobą lub większą liczbą ludzi znanych lub obcych w kontaktach oficjalnych lub towarzyskich. Obejmuje: rozpoczynanie, podtrzymywanie i kończenie rozmowy; rozmowa z jedną osobą lub wieloma ludźmi								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D415	Utrzymywanie pozycji ciała	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Pozostawanie w tej samej wymaganej pozycji ciała, tak jak np. siedzenie lub stanie w pracy lub w szkole. Obejmuje: utrzymywanie pozycji leżącej, kucznej, klęczącej, siedzącej i stojącej								
	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
D430	Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podnoszenie przedmiotu lub zabieranie czegoś z jednego miejsca na drugie, tak jak np. podczas unoszenia filiżanki lub przenoszenia dziecka z jednego pokoju do drugiego. Obejmuje: podnoszenie, przenoszenie za pomocą rąk, na barkach, na biodrach, na plecach lub na głowie, odkładanie								
	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
D450	Chodzenie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9

	<p>Poruszanie się po powierzchni na stopach, krok po kroku, gdy co najmniej jedna stopa zawsze dotyka ziemi, tak jak np. podczas spacerowania, przechadzania się, chodzenia do przodu, do tyłu lub bokiem.</p> <p>Obejmuje: chodzenie na krótkie lub długie dystanse, chodzenie po różnych powierzchniach, omijanie przeszkód</p> <p>Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420); inne sposoby poruszania się (d455)</p>								
	Źródło informacji:								
	Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
D470	Poruszanie się przy pomocy środków transportu	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Używanie środków transportu do poruszania się jako pasażer, tak jak np. podczas przejazdów samochodem lub autobusem, rykszą, pojazdem poruszonym przez zwierzęta, prywatną lub publiczną taksówką, autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem, promem lub samolotem.</p> <p>Obejmuje: używanie środków transportu poruszanych siłą ludzkich mięśni, używanie prywatnego lub publicznego środka transportu</p> <p>Nie obejmuje: poruszanie się przy pomocy sprzętu (d465), prowadzenie pojazdu (d475)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D510	Mycie się	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Mycie i suszenie całego ciała lub części ciała z użyciem wody i odpowiednich czyszczących i suszących środków i sposobów, jak np. kąpanie się, branie prysznic, mycie rąk i stóp, twarzy i włosów i wycieranie się ręcznikiem.</p> <p>Obejmuje: mycie części ciała, całego ciała i osuszanie się</p> <p>Nie obejmuje: pielęgnowanie poszczególnych części ciała (a520), korzystanie z toalety (d530)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D540	Ubieranie się	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Podejmowanie skoordynowanych czynności i zadań związanych z zakładaniem i zdejmowaniem ubrań i obuwia we właściwej kolejności i dostosowanie ubioru do warunków klimatycznych i wymogów środowiska</p>								

	<p>społecznego, tak jak np. zakłada się, dopasowuje i zdejmuje koszule, spódnice, bluzki, spodnie, bieliznę, sari, kimono, rajstopy, kapelusze, rękawiczki, płaszcze, buty, pantofle, obuwie, sandały i kaptcie.</p> <p>Obejmuje: zakładanie i zdejmowanie odzieży i obuwia i dokonywanie wyboru odpowiedniego ubrania</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D570	Troska o własne zdrowie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zdrowia oraz fizycznego i psychicznego dobrostanu, poprzez zachowywanie pełnowartościowej diety, utrzymywanie właściwego poziomu aktywności fizycznej, ogrzewanie się lub ochładzanie, unikanie czynników szkodzących zdrowiu, respektowanie zasad bezpiecznego seksu, obejmujących używanie prezerwatyw, poddawanie się szczepieniom i regularnym badaniom okresowym.</p> <p>Obejmuje: zapewnienie sobie dobrych warunków bytowych, zachowywanie diety i sprawności fizycznej; utrzymywanie dobrego zdrowia</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D620	Nabywanie dóbr i usług	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Wybieranie, nabywanie i przewożenie wszystkich dóbr i towarów potrzebnych w codziennym życiu, np. wybieranie, nabywanie, przewożenie i przechowywanie żywności, napojów, odzieży, środków czyszczących, opału, artykułów gospodarstwa domowego, sprzętów, przyborów kuchennych, naczyń kuchennych, urządzeń domowych i narzędzi, pozyskiwanie usług gospodarczych i domowych.</p> <p>Obejmuje: dokonywanie zakupów i gromadzenie artykułów pierwszej potrzeby</p> <p>Nie obejmuje: nabywanie miejsca zamieszkania (d610)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D630	Przygotowywanie posiłków	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Planowanie, organizowanie, gotowanie i podawanie prostych i złożonych posiłków dla siebie i innych, tak jak np. ustalanie menu, wybieranie produktów i napojów zdalnych do spożycia, łączenie składników podczas</p>								

	<p>sporządzania posiłków, gotowanie i przyrządzanie zimnych potraw i napojów oraz podawanie potraw do spożycia.</p> <p>Obejmuje: przygotowywanie posiłków prostych i złożonych</p> <p>Nie obejmuje: jedzenie (d550); picie (d560); nabywanie dóbr i usług (d620); wykonywanie prac domowych (d640); dbanie o sprzęty gospodarstwa domowego (d650); pomaganie innym osobom (d660)</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
D640	Wykonywanie prac domowych	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Prowadzenie gospodarstwa domowego obejmujące sprzątnięcie domu, pranie odzieży, używanie sprzętu gospodarstwa domowego, przechowywanie żywności i usuwanie śmieci, tak jak np. zamiatanie, zmywanie, mycie blatów, ścian i innych powierzchni, zbieranie i usuwanie śmieci domowych, porządkowanie pokoi, szaf, szuflad, odkurzanie; zbieranie, pranie, suszenie, składanie i prasowanie odzieży; czyszczenie obuwia; używanie miotły, szczotek i odkurzaczy; pralek, suszarek i żelazek.</p> <p>Obejmuje: pranie i suszenie odzieży i garderoby, czyszczenie powierzchni i sprzętu kuchennego; sprzątnięcie powierzchni mieszkalnej; używanie sprzętu gospodarstwa domowego, przechowywanie przedmiotów codziennego użytku i pozbywanie się śmieci</p> <p>Nie obejmuje: nabywanie miejsca zamieszkania (d610); nabywanie dóbr i usług (d620); przygotowywanie posiłków (d630); dbanie o sprzęty gospodarstwa domowego (d650); pomaganie innym osobom (d660)</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
D710	Podstawowe kontakty międzyludzkie	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Nawiązywanie kontaktów z ludźmi w sposób odpowiedni do sytuacji i akceptowany społecznie, jak np. okazywanie stosownych względów i poważania lub reagowanie na uczucia innych.</p> <p>Obejmuje: okazywanie szacunku, serdeczności, uznania i tolerancji w kontaktach; reagowanie na krytykę i sygnały społeczne we wzajemnych kontaktach; zachowanie odpowiedniego kontaktu fizycznego we wzajemnych relacjach</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
		W	0	1	2	3	4	8	9	

D720	Złożone kontakty międzyludzkie	Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie, tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, kontrolowanie werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, działanie zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi.</p> <p>Obejmuje: tworzenie i kończenie wzajemnych kontaktów; kontrolowanie zachowań w ramach wzajemnych kontaktów, nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych i zachowywanie dystansu w relacjach społecznych</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
D750	Nieoficjalne kontakty towarzyskie	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Wchodzenie we wzajemne kontakty z innymi osobami, takie jak celowe kontakty z ludźmi żyjącymi w tej samej społeczności lub mieszkającymi w tym samym domu lub ze współpracownikami, studentami, towarzyszami zabaw lub ludźmi o tym samym pochodzeniu lub zawodzie.</p> <p>Obejmuje: nieoficjalne wzajemne kontakty z przyjaciółmi, sąsiadami, znajomymi, współmieszkańcami i rówieśnikami</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
D760	Związki rodzinne	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Tworzenie i utrzymywanie kontaktów opartych na więzi pokrewieństwa, jak np. z członkami najbliższej rodziny, dalszą rodziną, przybraną i adoptowaną rodziną, przyrodnią rodziną i opartych na bardziej odległych związkach, jak np. z dalszymi kuzynami lub prawnymi opiekunami.</p> <p>Obejmuje: wzajemne związki pomiędzy rodzicami a dzieckiem i pomiędzy dzieckiem a rodzicami, wzajemne związki pomiędzy rodzeństwem i wzajemne związki pomiędzy dalszą rodziną</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
D770	Związki intymne	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	

	<p>Tworzenie i utrzymywanie bliskich lub platonicznych związków pomiędzy osobami, jak np. mężem i żoną, zakochanymi lub partnerami seksualnymi. Obejmuje: Związki uczuciowe, małżeńskie i seksualne</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D845	Zdobycie, wykonywanie i wypowiedanie pracy	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Poszukiwanie, znajdowanie i wybieranie zatrudnienia, otrzymywanie propozycji pracy i akceptowanie zatrudnienia, wykonywanie i czynienie postępów w pracy, handlu, określonym zawodzie i odchodzenie z pracy w odpowiedni sposób.</p> <p>Obejmuje: poszukiwanie pracy; przygotowanie życiorysu, kontaktowanie się z pracodawcami i przygotowywanie się do rozmowy kwalifikacyjnej; zachowywanie zatrudnienia; monitorowanie wykonywania przez kogoś pracy, dawanie wypowiedzenia, odchodzenie z pracy</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D860	Podstawowe transakcje finansowe	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Zaangażowanie w każdą formę prostych transakcji finansowych, jak np. używanie pieniędzy do kupowania żywności lub prowadzenie handlu wymiennego, wymiana dóbr i usług lub oszczędzanie pieniędzy.</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								
	Opis problemu -								
D910	Życie w społeczności lokalnej	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	<p>Udział we wszystkich przejawach życia społecznego w społeczności lokalnej, jak np. zaangażowanie się w działalność organizacji charytatywnych, organizacji społecznych lub profesjonalnych organizacji pomocy społecznej.</p> <p>Obejmuje: nieoficjalne i oficjalne stowarzyszenia, uroczystości</p> <p>Nie obejmuje: praca bez wynagrodzenia (d855); rekreacja i organizacja czasu wolnego (920); religia i duchowa sfera życia (d930); życie polityczne i pełnienie ról obywatelskich (d950)</p>								
	Źródło informacji:								
	Kwestionariusz pacjenta								

	Opis problemu -									
D920	Rekreacja i organizacja czasu wolnego	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Udział w każdej formie zabawy, działalności związanej z rekreacją i spędzaniem czasu wolnego, jak np. nieformalne lub zorganizowane zabawy i imprezy sportowe, programy podnoszenia sprawności fizycznej, relaks, zabawa i rozrywka, odwiedzanie galerii sztuki, muzeów, kin lub teatrów, zajmowanie się rękodziełem lub hobby, czytanie dla przyjemności, gra na instrumentach muzycznych, zwiedzanie, turystyka i podróżowanie dla przyjemności.</p> <p>Obejmuje: zabawa, sporty, sztuki piękne i kultura, rękodzieło, hobby i kontakty towarzyskie</p> <p>Nie obejmuje: dosiadanie zwierząt jako środka transportu (d480); zatrudnienie za wynagrodzeniem i praca bez wynagrodzenia (d850 i d855); religia i duchowa sfera życia (d930); życie polityczne i pełnienie ról obywatelskich (d950)</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									
D930	Religia i duchowa sfera życia	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Udział w życiu religijnym i duchowym, organizacjach i praktykach służących samorealizacji, odnajdywanie sensu, religijnych lub duchowych wartości i ustalanie związków z mocą nadprzyrodzoną, jak np. chodzenie do kościoła, świątyni, meczetu lub synagogi, odmawianie modlitw lub udział w śpiewach religijnych i rozważaniach duchowych.</p> <p>Obejmuje: zorganizowana forma religii i duchowej sfery życia</p>									
	Źródło informacji:									
	Kwestionariusz pacjenta									
	Opis problemu -									

CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE = czynniki środowiskowe stanowią fizyczne, społeczne i związane z systemem postaw otoczenie, w którym ludzie żyją i kierują swoim życiem. Jaki zakres ułatwienia lub bariery doświadcza osoba w odniesieniu do...		Całkowite ułatwienie Znaczne ułatwienie Umiarkowane ułatwienie Nieznaczne ułatwienie Brak bariery/ułatwienia Nieznaczna bariera Umiarkowana bariera Znaczna bariera Całkowita bariera Nieokreślone Nie dotyczy											Proponowane interwencje
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
E1101	Leki	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
Każdy naturalny lub wytworzony przez człowieka produkt lub substancja, gromadzony, przetwarzany lub produkowany w celach leczniczych, taki jak leki alopacyjne i naturopatyczne. Źródło informacji: Kwestionariusz pacjenta Opis bariery/ułatwienia:													
E310	Najbliższa rodzina	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
Osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie. Nie obejmuje: dalsza rodzina (e315); opiekunowie, asystenci osobiści (e340) Źródło informacji: Kwestionariusz pacjenta Opis bariery/ułatwienia:													
E325	Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
Osoby wzajemnie znające się jako rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności, w sytuacjach takich jak praca, szkoła, rekreacja lub inne aspekty życia, oraz posiadające wspólne cechy demograficzne, takie jak wiek, płeć, wyznanie religijne lub pochodzenie etniczne, lub realizujące wspólne zainteresowania. Nie obejmuje: stowarzyszenia i usługi związane ze zrzeszaniem się (e5550) Źródło informacji: Kwestionariusz pacjenta													

	Opis bariery/ułatwienia:												
E340	Opiekunowie i asystenci osób	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Osoby, które oferują usługi w zakresie potrzebnej pomocy i wsparcia innym osobom w codziennych czynnościach, wykonywaniu pracy, kształceniu lub innych sytuacjach życiowych, opłacane z funduszy zarówno publicznych, jak i prywatnych lub działające jako wolontariusze, np.: pomoce domowe, asystenci osób, opiekunowie w podróży, pomoce płatne, nianie i inne osoby zapewniające opiekę podstawową.</p> <p>Nie obejmuje: najbliższa rodzina (e310); dalsza rodzina (e315); przyjaciele (320); usługi w zakresie ogólnej pomocy społecznej (e5750); pracownicy fachowi ochrony zdrowia (e355)</p>												
	Źródło informacji:												
	Kwestionariusz pacjenta												
	Opis bariery/ułatwienia:												
E355	Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audiologodzy, protetycy, medyczni pracownicy socjalni.</p> <p>Nie obejmuje: inni pracownicy fachowi (e360)</p>												
	Źródło informacji:												
	Kwestionariusz pacjenta												
	Opis bariery/ułatwienia:												
E360	Inni pracownicy fachowi (profesjonaliści)	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
	<p>Wszyscy oferujący usługi spoza systemu ochrony zdrowia, w tym pracownicy socjalni, prawnicy, nauczyciele, architekci i projektanci.</p> <p>Nie obejmuje: fachowi pracownicy ochrony zdrowia</p>												
	Źródło informacji:												
	Kwestionariusz pacjenta												
	Opis bariery/ułatwienia:												

Załącznik B. Przykłady procesu aktywizacji zawodowej

Imię i nazwisko uczestnika: **Grażyna X**

Koordinator wsparcia społecznego: Marta Mastalerz

Trener pracy FOKL: Łukasz Tebich

W ramach aktywizacji zawodowej uczestniczka nabyła wiedzę o metodach i technikach skutecznego poszukiwania pracy, zostały przedstawione oferty pracy z lokalnego rynku pracy, a także została przedstawiona ich analiza. Przygotowanie CV i listu motywacyjnego oraz ćwiczenie prezentowania się podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Pani Grażyna podjęła pracę na stanowisku księgowej w Instytucie XXX zgodnie ze swoimi oczekiwaniami.

Łączny czas aktywizacji zawodowej **8h**.

Lp.	Data	Forma kontaktu	Temat
1	25.05.2023 2h	Spotkanie	Zebranie informacji zawodowych oraz przeprowadzenie wywiadu zawodowego. Wykonanie testu Wielowymiarowa Ocena Predyspozycji Zawodowych
2	02.06.2023 2h	Spotkanie	Ćwiczenia: Jak prezentować swoje osiągnięcia zawodowe? Jak wyjaśnić przyczyny rozstania z pracodawcą? Rozpraszanie obaw pracodawcy.
3	15.06.2023 2h	Spotkanie	Ćwiczenie: Jak rozpoznać umiejętności na podstawie osiągnięć zawodowych? Rozmowy kwalifikacyjne.
4	27.06.2023 2h	Spotkanie	Konsultacja przed podjęciem zatrudnienia. Podsumowanie aktywizacji zawodowej

Pani Grażyna jest księgową z doświadczeniem w wystawianiu faktur, faktur korygujących i duplikatów. Zajmowała się rozliczaniem rozrachunków z kontrahentami i uzgadnianiem sald. Ukończyła studia na Uniwersytecie Warszawskim, na Wydziale Zarządzania. Odebrała kurs dla samodzielnych księgowych bilansistów. Potrafi obsługiwać programy księgowe: TETA, RAKS, SYMFONIA, Microsoft Dynamics AX. W związku z wypowiedzeniem, które otrzymała w firmie Benefit Systems S.A, zgłosiła się do trenera pracy. Opowiadała o mobbingowych zachowaniach ze strony przełożonych oraz trudnych relacjach ze współpracownikami. Potrzebowała ukierunkowania zawodowego oraz pomocy w przygotowaniu się do aplikowania oraz rozmów kwalifikacyjnych.

W trakcie spotkań omówiono cechy charakteru oraz predyspozycje zawodowe, jakie posiada Pani Grażyna, wskazano, które z nich pomogą w znalezieniu pracy. Wykonano test predyspozycji zawodowych WOPZ. Wspólnie zastanawiano się nad mocnymi i słabymi stronami oraz nad możliwościami i ograniczeniami.

Pani Grażynie przedstawiono, jak zaplanować proces poszukiwania pracy, określić jasno cel poszukiwań oraz jak przygotować odpowiednią strategię działania.

Przedstawiono zasady funkcjonowania rynku pracy i procesów, jakie mają miejsce w trakcie poszukiwania odpowiedniego kandydata do pracy przez pracodawców, przybliżono zasady znajdowania informacji dotyczących ofert pracy, zapoznano uczestniczkę z materiałami dotyczącymi udziału w rozmowie o pracę i tego, jak uniknąć najczęściej popełnianych błędów przez kandydatów ubiegających się o zatrudnienie. Kolejno omówiono najczęstsze pytania, jakie mogą pojawić się na rozmowie rekrutacyjnej, a także wspólnie z uczestniczką przećwiczone, w jaki sposób na te pytania powinno się odpowiadać.

Wytłumaczono uczestniczce, czym jest CV, jaką rolę spełnia podczas poszukiwań pracy oraz jak prawidłowo przygotować dokument, aby zwrócić uwagę pracodawcy podczas wstępnego procesu rekrutacji. Przedstawiono kilka przykładowych aplikacji, aby mogła zobaczyć, jak budować CV pod ofertę pracy oraz jak odpowiadać na wymagania firmy.

Zaprezentowano portale internetowe, na których można poszukiwać ofert zatrudnienia: olx.pl, pracuj.pl, jooble.pl, lento.pl, indeed.pl itp.

Pani Grażyna otrzymała niezbędną wiedzę i narzędzia służące do znalezienia pracy, które będzie mogła wykorzystać również w przyszłości. Proces aktywizacji zawodowej zakończył się, gdy uczestniczka podjęła zatrudnienie jako księgowa w Instytucie XXX.

Imię i nazwisko uczestnika: **Katarzyna Y**

Koordinator wsparcia społecznego: Marta Mastalerz

Trener pracy FOKL: Łukasz Tebich

Przeanalizowano, wspólnie z uczestniczką projektu, dostępne na rynku lokalnym oferty pracy, uwzględniając jej oczekiwania i preferencje. Udzielono wsparcia w aplikowaniu na konkretne oferty pracy. Poświęcono czas na kształtowanie umiejętności poruszania się po portalach rekrutacyjnych, przedstawiono aktywne formy poszukiwania pracy. Pani Katarzyna podjęła zatrudnienie jako pracownik biurowy w fundacji YYY.

Łączny czas aktywizacji zawodowej 12,5h.

Lp.	Data	Forma kontaktu	Temat
1	06.09.2022 2h	Spotkanie	Zebranie informacji nt. sytuacji zawodowej oraz oczekiwań uczestniczki. Wykonanie ćwiczeń motywacyjnych.
2	28.09.2022 1,5h	Spotkanie	Wykonanie testu predyspozycji zawodowych WOPZ wraz z omówieniem.
3	17.10.2022 2h	Spotkanie	Wykonanie Profilu Kompetencji Społecznych PROKOS wraz z omówieniem. Ćwiczenie rozmów kwalifikacyjnych.

4	28.11.2022 3h	Spotkanie	Omówienie tego, jak przygotować dokumenty aplikacyjne główne i spersonalizowane pod ofertę pracy. Przygotowanie CV.
5	28.12.2022 2h	Spotkanie	Aplikowanie na wybrane oferty pracy. Omówienie zasad wyboru odpowiednich ofert.
6	09.01.2023 1h	Spotkanie	Przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej.
7	13.01.2023 1h	Spotkanie	Podjęcie pracy przez uczestniczkę. Podsumowanie dotychczasowych działań.

Pani Katarzyna ma wykształcenie wyższe. Ukończyła Wyższą Szkołę Pedagogiczną Związku Nauczycielstwa Polskiego w Warszawie, uzyskując tytuł mgr pedagogiki o specjalności kulturoznawstwo. Odbiła też szkolenie w zakresie ochrony informacji niejawnych. Posiada upoważnienie do przetwarzania danych osobowych oraz ukończyła kurs udzielania pierwszej pomocy.

Praktycznie cała jej droga zawodowa to praca w Straży Granicznej na stanowisku referenta/asystentki. W związku z przejściem na wcześniejszą emeryturę uczestniczka obawiała się pogorszenia swojej sytuacji materialnej oraz potrzebowała nowych wyzwań zawodowych. Zgłosiła się, gdyż miała trudności z poruszaniem się po współczesnym rynku pracy.

W trakcie aktywizacji zawodowej przeanalizowaliśmy obecną sytuację zawodową uczestniczki, wyznaczyliśmy wspólnie kierunki dalszego rozwoju zawodowego. Podczas pierwszych spotkań utworzono bilans kompetencji zawodowych z wykorzystaniem wyników testu predyspozycji zawodowych WOPZ oraz kompetencji społecznych badanych za pomocą testu PROKOS.

Omówiono z uczestniczką wyniki testu WOPZ ze szczególnym zwróceniem uwagi na określenie, które z wysoko ocenionych preferencji zawodowych są dla niej istotne. Następnie skupiono się na ograniczeniach i przeciwwskazaniach uczestniczki.

Trener pracy przeprowadził z uczestniczką symulację rozmowy rekrutacyjnej, zwracając szczególną uwagę na najczęstsze pytania, sytuacje, zadania, jakie mogą pojawić się na rozmowie. Uczestniczka aktywnie uczestniczyła w spotkaniu, podając wiele przykładów z życia zawodowego jako odniesienie do omawianego tematu. Skupiono się na omówieniu najczęstszych sytuacji, jakie mogą pojawić się na rozmowach rekrutacyjnych oraz tego, co powinno zawierać CV i list motywacyjny, czyli jak tworzyć dokumenty aplikacyjne.

Przedstawiono sposoby i formy docierania do ofert pracy (gdzie szukać informacji o wolnych ofertach pracy, jak można budować sieć kontaktów), jak odpowiadać na wybrane oferty pracy, jak ważne jest redagowanie CV i listu motywacyjnego na wybraną ofertę pracy. Jak przygotować się do profesjonalnej rozmowy rekrutacyjnej – co jest ważne w rozmowie online, a co na bezpośrednim spotkaniu.

Aktywizacja zawodowa została zakończona, gdy Pani Katarzyna podjęła zatrudnienie jako pracownik biurowy w fundacji YYY, której rolą jest wyrównywanie szans rozwojowych różnych grup społecznych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz wspieranie osób zagrożonych marginalizacją w podejmowaniu aktywności na rzecz kompleksowego rozwoju oraz poprawy

efektywności działania i jakości życia w wymiarach osobistym, rodzinnym, społecznym, zawodowym. Podjęcie zatrudnienia przez Panią Katarzynę zgodnie z wykształceniem oraz zainteresowaniami daje jej możliwość dalszego rozwoju.

Imię i nazwisko uczestnika: **Wiktor Z**

Koordinator wsparcia społecznego: Kamila Borkowska

Trener pracy FOKL: Łukasz Tebich

Podczas aktywizacji zawodowej uczestnik brał udział w spotkaniach z trenerem pracy, dzięki czemu nabył wiedzę o rynku pracy oraz rządzących nim mechanizmach, metodach poszukiwania pracy, przygotowania CV i listu motywacyjnego oraz zasadach prezentowania się podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Pan Wiktor otrzymał zatrudnienie jako sprzedawca w sklepie RTV.

Łączny czas aktywizacji zawodowej – **10h**.

Lp.	Data	Forma kontaktu	Temat
1	16.01.2023 2h	Spotkanie	Przeprowadzenie wywiadu zawodowego. Zebranie informacji nt. oczekiwań uczestnika. Wykonanie testu Wielowymiarowa Ocena Predyspozycji Zawodowych.
2	31.01.2023 2h	Spotkanie	Omówienie tego, jak przygotować dokumenty aplikacyjne główne i spersonalizowane pod ofertę pracy.
3	09.02.2023 2h	Spotkanie	Zaplanowanie kolejnych kroków poszukiwania odpowiedniej pracy.
4	20.02.2023 1h	Spotkanie online	Porada aktywizacyjna. Weryfikacja dokumentów aplikacyjnych.
5	27.02.2023 2h	Spotkanie	Ćwiczenie rozmów kwalifikacyjnych.
6	13.03.2023 1h	Spotkanie online	Podsumowanie aktywizacji zawodowej.

Pan Wiktor ma wykształcenie średnie. Ukończył LX LO w Warszawie. Uczestnik nie ukończył żadnych kursów/szkoleń. Posiada prawo jazdy kat. B.

Spotkania w ramach aktywizacji zawodowej rozpoczął jeszcze podczas terapii na oddziale dziennym. Pozostawał bez pracy około pół roku.

Jedno z pierwszych spotkań zostało poświęcone na omówienie predyspozycji zawodowych oraz kompetencji społecznych Pana Wiktora. W celu określenia predyspozycji zawodowych został wypełniony przez niego test Wieloaspektowa Ocena Preferencji Zawodowych (WOPZ). Pan Wiktor ceni porządek i bezpieczeństwo. Jest dokładny, skrupulatny i dobrze zorganizowany. Ma doświadczenie w pracach serwisanta, obsługi naziemnej lotniska oraz w obsłudze klienta i chciałby te

doświadczenia wykorzystać. Pan Wiktor miał dokumenty aplikacyjne, które wymagały modyfikacji, w której aktywnie uczestniczył. Na kolejnych spotkaniach zapoznał się z portalami rekrutacyjnymi. Z czasem Pan Wiktor coraz lepiej poruszał się na portalach z ogłoszeniami. Spotkania obejmowały: zaprezentowanie uczestnikowi portali, gdzie znajdzie oferty pracy oraz szczegółowe omówienie, jak się na portalach poruszać; ćwiczenie polegające na selekcji ofert pracy, a następnie czytaniu i analizowaniu treści ogłoszenia oraz skutecznym aplikowaniu; poświęcenie czasu i uwagi na redagowanie CV zgodnie z wymaganiami firmy; szczegółowe omówienie lokalnego rynku pracy.

Kolejny etap stanowiło przygotowanie do rozmów kwalifikacyjnych. Omówiono istotę dobrego przygotowania się do rozmowy, tj.: nabycie wiedzy o pracodawcy, staranne zapoznanie się z ewentualnymi obowiązkami oraz pytaniami, które najczęściej padają podczas rozmów kwalifikacyjnych. Przygotowaliśmy wspólnie z uczestnikiem odpowiedzi na najczęściej pojawiające się podczas rozmów rekrutacyjnych pytania, następnie ćwiczyliśmy rozmowy kwalifikacyjne.

Pan Wiktor otrzymał zatrudnienie w sieci RTV EURO AGD na stanowisku: doradca klienta. Ze względu na jego zainteresowania elektryką oraz sprzętem cyfrowym stanowiło to właściwe rozwiązanie.

Imię i nazwisko uczestnika: **Marta W**

Koordynator wsparcia społecznego: Aleksandra Przybora

Trener pracy FOKL: Łukasz Tebich

Podczas spotkań z Panią Martą wykonano bilans jej kompetencji społeczno-zawodowych, przedstawiono metody poszukiwania pracy, przygotowania dokumentów aplikacyjnych oraz zasady prezentowania się podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Pani Marta w związku z brakiem gotowości do podjęcia pracy podjęła decyzję o przystąpieniu do procedury uzyskiwania orzeczenia o niepełnosprawności oraz o zgłoszeniu się do OPS w celu uzyskania wsparcia socjalnego. Nie wykonywała zaleceń trenera pracy. Od września kilkakrotnie opuszczała spotkania bez ich odwołania, po czym prosiła o wyznaczanie nowych terminów. Zgłaszała szereg objawów zaburzeń zdrowia. Uczestniczka pragnie jednak zmienić swoją sytuację życiową, dlatego podejmuje terapię oraz leczenie. Poszukiwanie pracy odłożyła na później.

Łączny czas aktywizacji zawodowej – **8h**.

Lp.	Data	Forma kontaktu	Temat
1	30.05.2023 1h	Spotkanie	Przeprowadzenie wywiadu zawodowego. Zebranie informacji nt. oczekiwań uczestniczki. Wykonanie ćwiczeń motywacyjnych.

2	20.06.2023 1,5h	Spotkanie	Wykonanie testu Wielowymiarowa Ocena Predyspozycji Zawodowych wraz z omówieniem wyników testu.
3	26.06.2023 1h	Spotkanie	Analiza dostępnych ofert pracy, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej.
4	10.07.2023 1,5h	Spotkanie	Omówienie tego, jak przygotować dokumenty aplikacyjne.
5	18.07.2023 1h	Spotkanie	Planowanie aplikacji na oferty pracy.
6	14.09.2023 1h	Spotkanie	Przygotowanie uczestniczki do kontaktu z pracodawcą oraz telefonicznej odpowiedzi na ogłoszenia rekrutacyjne.
7	12.10.2023 1h	Spotkanie	Podsumowanie aktywizacji zawodowej.



Pani Marta ma wykształcenie średnie. Ukończyła liceum ogólnokształcące. Podjęła studia dzienne z zakresu fizyki, które przerwała podczas pierwszego semestru. Nie ukończyła żadnych szkoleń ani kursów. W stopniu podstawowym potrafi obsługiwać komputer. Posiada minimalną umiejętność obsługi pakietu office. We wrześniu 2021 r. wzięła udział w diagnozie funkcjonalnej. Zgłaszała poczucie niedopasowania do otoczenia oraz lęk społeczny. Obniżony poziom motywacji i energii. Uczestniczka nie zgłosiła się na omówienie diagnozy oraz na rozpoczęcie aktywizacji zawodowej. Do programu aktywizacji zawodowej ponownie przystąpiła w maju 2023 r. Opowiedziała o swoim dysfunkcyjnym środowisku rodzinnym oraz o trudnościach w kontaktach interpersonalnych. Mówiła o chęci dokonania zmian w swoim życiu oraz o potrzebie podjęcia zatrudnienia.

Dlatego wykonano bilans jej kompetencji społeczno-zawodowych, przedstawiono metody poszukiwania pracy, przygotowania dokumentów aplikacyjnych, sposoby odpowiadania na oferty, telefoniczny i mailowy kontakt z pracodawcą oraz zasady prezentowania się podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Pani Marta w związku z brakiem gotowości do podjęcia pracy zdecydowała o przystąpieniu do procedury uzyskiwania orzeczenia o niepełnosprawności oraz o zgłoszeniu się do OPS w celu uzyskania wsparcia socjalnego.

Nie wykonywała zaleceń trenera pracy. Od września kilkakrotnie nie zgłaszała się na zaplanowane spotkania, nie odwoływała spotkań, nie odbierała telefonu lub odrzucała połączenia, po czym kolejnego dnia prosiła o wyznaczanie nowych terminów aktywizacji. Zgłaszała szereg objawów zaburzeń zdrowia (zwłaszcza nadmierną senność, bóle stawów). Uczestniczka deklaruje jednak chęć zmiany swojej sytuacji życiowej, dlatego podejmuje terapię (jest już po konsultacji z psychoterapeutą) oraz leczenie psychiatryczne. Poszukiwanie pracy odłożyła na później. Zostały jej przedstawione organizacje wspierające w uzyskaniu zatrudnienia. Z ich oferty będzie mogła skorzystać w przyszłości.

ANEKS 9. Współpraca z Ośrodkami Pomocy Społecznej

Załącznik A. List intencyjny między IPiN a OPS z dnia 30.05.2018 r.

 Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój	Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**List intencyjny
dotyczący współpracy
w ramach działania 4.1 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój**

pomiędzy
Institytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dalej lider)
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa REGON 288509, NIP 525-00-09-387, reprezentowany
przez: Pana Janusza Heitzmana - Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii

a

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m. st. Warszawy (dalej partner)
ul. Fałęcka 10, 02-545 Warszawa REGON 002185328, NIP 521-12-61-303, reprezentowany
przez: Panią Ewę Wąsik – Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m. st.
Warszawy na podstawie pełnomocnictwa *Przebiegła, m. st. Warszawa z dnia 14.03.2018 r.*
znak. GP-18.0052.13.82.2018

Artykuł 1

Strony oświadczają, iż *rozpoczęły* negocjacje prowadzące do zawarcia umowy o współpracy w celu realizacji projektu **Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w Dzielnicy Mokotów D002/15** w ramach działania 4.1 PO WER. Strony oświadczają, iż podpiszą umowę partnerską przed podpisaniem umowy o dofinansowanie projektu przez lidera i instytucję zarządzającą, ale nie później niż do **30 czerwca 2018 r.**

Artykuł 2

Umowa o współpracy określi działania, które będą podejmowane w związku z realizacją i zarządzaniem projektem przez lidera oraz partnera, zasady finansowania oraz prawa i obowiązki stron.

Artykuł 3

W przypadku niepodpisania umowy partnerskiej, o której mowa w artykule 1, niniejszy list intencyjny nie pociąga jakichkolwiek zobowiązań dla którejkolwiek ze stron.

Artykuł 4

Niniejszy list intencyjny nie może być podstawą do formułowania jakichkolwiek wzajemnych roszczeń, w tym w szczególności w przypadku braku zawarcia umowy o partnerstwo lub umowy współpracy.

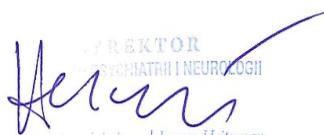
Artykuł 5

Niniejszy list intencyjny sporządzano w *trzech* jednobrzmiących egzemplarzach:

- 1 egz. Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów m. st. Warszawy
- 1 egz. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- 1 egz. Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi INTEGRACJA

Lider

DYREKTOR
INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII



..... mgr. dr hab. med. Janusz Heitzman

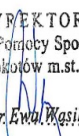
(podpis osoby/osób uprawnionej/ych do podejmowania decyzji wiążących w stosunku do Projektodawcy, wskazanej w pkt.2.7 wniosku o dofinansowanie)

.....

(miejscowość, data)

Partner

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy



..... mgr. Ewa Wąsik

(podpis osoby/osób uprawnionej/ych do podejmowania decyzji wiążących w stosunku do Partnera)

Warszawa 30.05.2018

(miejscowość, data)

OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

DZIELNICY MOKOTÓW

m. st. WARSZAWY FILIA I

00-735 WARSZAWA, UL. IWICKA 19, TEL.22 841 49 54

Warszawa 20.02.2023

Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego
Instytutu Psychiatrii i Neurologii
ul. Jana III Sobieskiego 9
02-957 Warszawa

Dotyczy: projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”

Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego jest nową strukturą w sieci placówek pomocy medycznej na terenie Mokotowa.

Bogata oferta zróżnicowanych form wsparcia i pomocy adresowanej do osób z problemami zdrowia psychicznego stanowi cenne źródło informacji dla pracowników organizacji i instytucji pomocowych. Uproszczona procedura pozwala w krótkim czasie ukierunkować proces leczenia specjalistycznego. W grupie niepełnosprawnych klientów Ośrodka Pomocy Społecznej to 40 % osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi wymagających doraźnej bądź długoterminowej opieki. Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego sprzyja naszym klientom, ma wpływ na poprawę jakości ich życia i lepszego funkcjonowania.

Otrzymujemy informacje zwrotne od osób objętych naszą pomocą a korzystających równocześnie z projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”. Osoby te są bardziej zmotywowane do dbałości o swoje zdrowie psychiczne i działań aktywizujących w innych sferach życia.

Takie reakcje świadczą o potrzebie kontynuacji współpracy na rzecz mieszkańców Mokotowa.

KIEROWNIK
Filii nr 1
Ośrodka Pomocy Społecznej
Dzielnicy Mokotów m. st. Warszawy
mgr Elżbieta Błażyńska-Biskup



OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
DZIELNICY MOKOTÓW
m.st. Warszawy

02-547 WARSZAWA, UL. FALECKA 10, TEL. (22) 849 44 66

REGON: 002185328 nr konta: CITI HANDLOWY 19 1030 1508 0000 0005 5046 5027

Warszawa, 03.03.2023 r.

PODSUMOWANIE WSPÓŁPRACY

**OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ DZIELNICY MOKOTÓW M. ST. WARSZAWY Z INSTYTUTEM
PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE W PROJEKCIE „KOMPLEKSOWE WSPARCIE
OSÓB Z ZABURZENIAMI I CHOROBYMI PSYCHICZNYMI W DZIELNICY MOKOTÓW”**

Współpraca Ośrodka z Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego (MCZP) przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii rozpoczęła się od podpisania listu intencyjnego w dniu 30.05.2018 r. Strony określiły działania, które będą podejmowane w związku z realizacją i zarządzaniem projektem „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”. Pracownicy socjalni Ośrodka otrzymują wsparcie na spotkaniach roboczych i cenią sobie konsultacje w siedzibie MCZP a podopieczni Ośrodka chwalą sobie kontakty z Mobilnym Zespołem Wsparcia Społecznego, który pomaga osobom w kryzysach. W ocenie Ośrodka współpraca z MCZP jest satysfakcjonująca i korzystna przede wszystkim dla osób do których skierowane jest wsparcie. Rekomendujemy utrzymanie współpracy w przyszłości między naszymi instytucjami ze szczególnym uwzględnieniem spotkań roboczych, których wartość jest nie do przecenienia w miarę pojawiających się nowych potrzeb i problemów.



DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

mgr Ewa Wąsik



ANEKS 10. Współpraca z Partnerstwami Lokalnymi dla Mokotowa

Załącznik A. Przykład umowy partnerstwa między MCZP a Partnerstwami Lokalnymi dla Mokotowa

 Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój	Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Porozumienie partnerskie
Pomiędzy Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego a

PARTNERSTWEM LOKALNYM MÓJ STUŻEWIEC
Nazwa Partnerstwa (dalej Partnerstwo)

Celem funkcjonowania Partnerstwa jest skonsolidowanie wiedzy, pracy i kapitału rozproszonego pomiędzy organami samorządowymi, instytucjami, organizacjami pozarządowymi, przedsiębiorstwami i obywatelami, dla osiągnięcia zamierzonych rezultatów, przyczyniających się do rozwoju społeczności sąsiedzkiej na terenie Stużewca [nazwa osiedla].

Partnerstwo jest ciałem społecznym o charakterze niedochodowym. Uczestnicy Partnerstwa przystępują do niego dobrowolnie, zachowując swoją dotychczasową autonomię. Partnerstwo nie może być wykorzystywane do działań m.in. politycznych, religijnych, dyskryminujących. Uczestnicy Partnerstwa działają zgodnie z zasadą partnerstwa i równości w dzieleniu zasobów, odpowiedzialności, ryzyka i korzyści.

Celem dołączenia MCZP do Partnerstwa jest zawiązanie bezpośredniej współpracy z lokalnym środowiskiem, w szczególności: promocja wiedzy na temat zdrowia psychicznego, skuteczniejsze rozwiązywanie problemów w tym obszarze, włączanie działań społecznych do oferty Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, zwiększenie integracji społecznej i przeciwdziałanie stygmatyzacji osób doświadczających trudności zdrowia psychicznego. Partnerstwo przyczyni się także do wykorzystania kapitału społecznego rozwijającego się w dzielnicy Mokotów i dostarczającego naturalnego wzmocnienia dla działań społecznych oferowanych przez Centrum Koordynacyjne Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego.

Współpraca i aktywność partnerska ze strony Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego będzie odbywać się w ramach Programu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” (POWR.04.01.00-00-D002/15) – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Partnerstwo zawiązane zostaje na okres realizacji Programu.

Za koordynację współpracy pomiędzy społecznością lokalną a Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego odpowiedzialny jest Specjalista ds. Partnerstw Lokalnych.

<i>Kierownik projektu</i> <u>Molenda</u> mgr Bartłomiej Molenda	<i>Prezes Stowarzyszenia</i> <i>W Stronie Marzeń</i> <u>Tomasz Wysłomirski</u>
<i>Reprezentant Mokotowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego</i>	<i>Reprezentant Partnerstwa</i>



Gotowi do wsparcia

Rozmowa z Panem Jakubem Terczem z Mokatowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego

Plany były inne. Najpierw bowiem mieliśmy się spotkać, nawiązać współpracę, a potem

przyjąć Państwa na Siekierkowskiej Majówce, Czerwcówce pod Kopcem, a tymczasem życie wywróciło nam plany i zmieniając kolejność naszych ustaleń dziś spotykamy się na łamach Gazety Siekierkowskiej co mamy nadzieję z pożytkiem dla Państwa, dla nas i przede wszystkim dla naszych Czytelników. Zaczniemy zatem od początku - jak sama nazwa mówi działacie Państwo na Mokotowie, ale proszę powiedzieć czym się Państwo zajmujecie.

Zadaniem Mokatowskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (MCZP) jest dbanie o dobrostan psychiczny mieszkańców dzielnicy. Działamy zgodnie z modelem psychiatrii środowiskowej, która kryzys psychiczny rozumie jako rodzaj problemu życiowego związanego z relacjami społecznymi, pracą zawodową, edukacją, samodzielnością, rozwojem. MCZP jest częścią Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Oferujemy zintegrowane wsparcie medyczne (psychiatryczne), psychologiczne oraz społeczne.

Pod koniec minionego roku szykowaliście się Państwo do otwarcia nowego budynku. Czy udało się ta inauguracja i jakie możliwości dla mieszkańców przyniosło to miejsce?

Budynek jest stary, ale działania nowe. Od 1,5 roku jesteśmy na Grottgera 25A - w tym samym miejscu, w którym od lat mieści się Mokatowski Ośrodek Terapii w Środowisku oraz Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Chorujących Psychiczenie INTEGRACJA. Od listopada 2019 roku dzięki funduszom unijnym rozszerzamy usługi o filiar społeczny obejmujący m.in. indywidualne konsultacje, zespół mobilny, spotkania z trenerem pracy czy współpracę z mokatowskimi Partnerstwami Lokalnymi. W tej chwili przygotowujemy jest uruchomienie mieszkań chronionych, warsztatów psychoedukacyjnych i grupy wsparcia.

Wydaje się, że różnego rodzaju kryzysy psychiczne zatacają niestety coraz

szersze przestrzenie i przybywa osób wymagających psychiatrycznej opieki, a jak wygląda zapotrzebowanie na Waszą pomoc?

Wzrasta liczba zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz adaptacyjnych - trochę się boimy i trochę nie możemy się przyzwyczaić. Niektórzy zdążają się do nowych warunków zaadaptować tak dobrze, że kłopotem okazał się powrót do normalności. Ludzie szukają też pomocy bez konkretnego wskazania, zgłaszają się ze sprawami codziennymi, których realizacja jest teraz utrudniona.

ce będą nadal niełatwe także dla Państwa? Czy macie Państwo jakieś przewidzienia i przygotowania na ten czas?

Wyjątkowość obecnej sytuacji polega na trudności w przewidzeniu, co dokładnie się wydarzy. To od wypracowanej przez nas tolerancji na niepewność zależy, czy wyjdziemy z tej sytuacji słabsi czy mocniejsi. Największym wyzwaniem jest dotarcie z pomocą do osób, które nie korzystają z Internetu i nie mają silnych więzi społecznych. Największym wyzwaniem są więc ci, o których w ogóle nie wiemy. Tutaj ważną rolę do odegrania mają mokatowskie Partnerstwa Lokalne.

Panie Jakubie proszę jeszcze na koniec tej rozmowy przypomnieć naszym Czytelnikom, gdzie się Państwo mieście, jak w obecnej sytuacji działacie i na co



A co zmienił w Waszych działaniach koronawirus?

Pod koniec marca uruchomiliśmy specjalną linię wsparcia psychologicznego dedykowaną wszystkim, którzy odczuwali trudności psychiczne z powodu pandemii. Aktualnie powoli wygaszamy tę formę pomocy. Nasza sytuacja nie różni się od wielu innych instytucji: musieliśmy zaadaptować się do obowiązujących warunków i nam się to udało. Pacjentów i uczestników przyjmujemy z zachowaniem reżimu sanitarnego, grupy wsparcia oraz warsztaty będą przygotowane zarówno w wersji stacjonarnej oraz online. Trener pracy działa już normalnie. Koronawirus opóźnił realizację niektórych z naszych planów, np. otwarcie mieszkań przejściowych i treningowego, ale już to nadrobiamy.

Wydaje się jednak, że najbliższe miesią-

mogą liczyć mieszkańcy i czy tylko z Mokotowa?

Mieścimy się na Grottgera 25A, nasze Punkty Zgłoszeniowe znajdują się też na ul. Chelmskiej 13/17 oraz na Sobieskiego 9 (w budynku „G” Instytutu Psychiatrii i Neurologii). Na spotkanie u nas zawsze najlepiej umówić się telefonicznie (tel. 22 2990431). Osoby, które potrzebowałyby pomocy, ale z jakichś powodów nie chcą wyjść z domu, mogą skontaktować się bezpośrednio z Mobilnym Zespołem Wsparcia Społecznego (tel. 570 971 290). Zapraszamy też na naszego Facebooka oraz stronę <https://mcpz.edu.pl/>.

Panie Jakubie serdecznie dziękuję za tę rozmowę i pozostaję w nadziei na nasze rychłe, zdrowe i bezpośrednie spotkanie i współdziałanie bo jest potrzeba i na pewno warto.

Rozmawiała Renata Wardecka
GAZETA SIEKIERKOWSKA 5



ca różnica polega
soby dorosłe je przy-
ją to same właśnie
wa wspiera je od
nej. Dziewczyny
ne spotkanie,
ię odbędzie.
utrwalają
ętności i na-
ch rozwoju -
ie, charakte-
cznym, zdro-
wie, zdobywają
rcerskie, które za-
yrzeczzenia. Żeby je
ńczy szlak ochotni-
wiosny, harcerki w
ćwiczyły wiązanie
v, układanie znaków
znajomość Prawa
wiążującego u Skau-
a tym, stałymi ele-
mionkami są: Apel Ewan-
rcerki wspólnie roz-
ęte i Rada Zastępu,
refleksjami o pracy
eży poprawić oraz
ę zająć na następ-

m wieku serdecznie
taktu pod:
auci-europy.pl

IV

odoba i przyszły
chodniom pozwoli



Drugie chorowanie

JAKUB TERCZ



Statystyki są takie, że właściwie w jakiej grupie się nie znajdziemy, to są w niej osoby tuż przed, w trakcie lub po leczeniu psychiatrycznym, tuż przed, w trakcie lub po psychoterapii lub wizycie u psychoterapeuty. Pewne jest, że znaczna część z tych osób nigdy się do tego publicznie nie przyzna. To zaś sprawia, że

zaczynają „drugie chorowanie”, wynikające ze stresu związanego z ukrywaniem swoich problemów, swojego leczenia, swojej diagnozy: „Nie będą traktować mnie poważnie, jeśli dowiedzą się, że od dwóch lat biorę Prozac”, „Wyrzucą mnie z pracy, jeśli dowiedzą się, że miałam ataki paniki”, „Nie nadaję się do tego, przecież byłam w szpitalu psychiatrycznym”. W Mokatowskim Centrum Zdrowia Psychicznego wychodzimy tym sytuacjom naprzeciw, dlatego w ramach realizowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii programu deinstytucjonalizacji psychiatrii na Mokatowie Fundacja eF kropka prowadzi warsztaty profilaktyczno-edukacyjne dla pracowników urzędów, instytucji, organizacji pozarządowych oraz firm na terenie naszej dzielnicy. Warsztaty prowadzi Edukatorzy, którzy sami przeszli kryzys psychiczny i teraz dzielą się swoim doświadczeniem - to główna wartość tych warsztatów. Kontakt i więcej informacji z Fundacją eF kropka: mokatow@ef.org.pl. Kontakt z MCZP: Centrum Koordynacji (22 299 04 31), Zespół Mobilny (570 971 290).

Przy kominku

Sejmik Województwa Mazowieckiego

a wyciągnię-
ungli” R. Ki-

Krzywa katastrofy

JAKUB TERCZ

y, zarówno
także ja
oraz
amy
iążki

naj-
oraz
znają
cały rok
dów. Wcią-
nie przesłań
ungli”. Dzie-
czy się war-
ady), która
lnej sytuacji.



„Psychologowie mówią o zjawisku „krzywej katastrofy”, która stanowi propozycję opisu radzenia sobie z trudnymi i wyjątkowymi wydarzeniami, takimi jak np. wojna u sąsiada oraz migracja. Etap, na którym aktualnie jest polskie społeczeństwo wobec wojny w Ukrainie i kryzysu uchodźczego, nazywa się fazą heroiczną, która przychodzi tuż po początkowym szoku. Teraz powoli wchodzimy w fazę „miesiąca miodowego”, gdzie w nastroju unormowanego optymizmu wspieramy się wzajemnie i szukamy rozwiązań systemowych. Czy raczej będzie mieć psychologia mówiąc, że po około dwóch miesiącach czeka nas rozczarowanie, zaczną się rozliczenia, szukanie winnych, osłabnie gotowość do poświęceń, do dzielenia się jedzeniem, mieszkaniem, rynkiem pracy, zabawkami, czasem? Krzywą katastrof zamyka faza rekonstrukcji, w której po roku lub dwóch bez resentymentu mierzymy się ze stratą po to, by wrócić do normalności. W ten sposób psychologia opisuje zarówno przeżycia indywidualne, jak i doświadczenie zbiorowe. „Krzywa katastrofy” to tylko pewien model, różnie to może być, ale wydaje się, że jest pewna prawda w tym, że, po pierwsze, to się szybko nie skończy, po drugie, będzie nam trudno. Dlatego trzeba warto racjonalnie mierzyć swoje siły (maraton, nie sprint) oraz nie rezygnować z tego, co dawalo nam radość przed 24 lutego. A jeżeli masz poczucie, że strach z powodu toczącej się u sąsiada wojny, obawy związane z przybywającymi do Polski uchodźcami wojennymi, czy codzienne poświęcenie są ponad Twoje siły, zapraszamy do kontaktu z Mokatowskim Centrum Zdrowia Psychicznego: Centrum Koordynacji (22 299 04 31) - wsparcie społeczne i pełna informacja. Zespół Mobilny (570 971 290) - intensywne wsparcie psychologiczne w miejscu zamieszkania





Księgi Dżun-
lich chwil w
ę dąbly rady
z Gromady
Dżunli. „Jest

Bartuśko, kiedy?

Załącznik C. Przykład publikacji w lokalnej „Gazetce Partnerskiej Stary Mokotów”. Całość: <https://tinyurl.com/MCZP-w-Gazetce-Partneskiej>

OGŁOSZENIA WSPARCIOWE

Zapewniamy bezpłatne wsparcie psychologiczne i psychoterapeutyczne, bez konieczności posiadania skierowania, dzieciom i młodzieży do 21 roku życia (kontynuującej naukę w placówce ponadpodstawowej).

Ponadto prowadzimy działania w formie Oddziału Dziennego i Poradni Zdrowia Psychicznego. Do Oddziału Dziennego




ZDROWIE PSYCHICZNE

przyjmowana jest młodzież w wieku 13–21 lat. Do Poradni Zdrowia Psychicznego przyjmowane są dzieci i młodzież do 21. roku życia, potrzebująca wsparcia m.in. po pobycie na Oddziale Dziennym.

Działania psychoedukacyjne i profilaktyczne realizowane przez Centrum w formie m.in. prelekcji oraz warsztatów adresowane są do dzieci, młodzieży, ich rodziców, opiekunów, a także nauczycieli i wychowawców. Działania prowadzimy stacjonarnie, w placówkach szkolnych, pozaszkolnych i centrach integrujących mieszkańców Mokotowa.

W celu umówienia się na konsultację i uzyskania informacji o poszczególnych działaniach Centrum zapraszamy do kontaktu:

Numer infolinii: 883 07 07 90
kontakt_goplanska@ipin.edu.pl
<https://sczp.ipin.edu.pl/>
ul. Goplańska 44

Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego

MCZP przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w partnerstwie ze Stowarzyszeniem Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi INTEGRACJA udziela różnorodnego i nieodpłatnego wsparcia dorosłym mieszkańcom Mokotowa.

PUNKTY ZGŁOSZENIOWO-KOORDYNACYJNE:
Pierwszy kontakt i koordynacja opieki medycznej (m.in. psycholog, terapeuta, psychiatra).
PZK 1: ul. Grottgera 25a, PZK 2: ul. Chelmska 13/17, PZK 3: ul. Sobieskiego 9, budynek „G”, tel. 22 840 66 44, pon. – pt., 8.00–18.00

CENTRUM KOORDYNACJI:
Koordynacja wsparcia psychospołecznego i wsparcie długoterminowe (m.in. indywidualne konsultacje z psychologiem oraz różnorodnie grupy wsparcia, trener pracy, mieszkania chronione).
Ul. Grottgera 25a, tel. 22 299 04 31, pon. – pt., 8.00–18.00

MOBILNY ZESPÓŁ WSPARCIA SPOŁECZNEGO:
Intensywne krótkoterminowe wsparcie psychospołeczne w miejscu zamieszkania.
Ul. Sobieskiego 9, budynek „G”, tel. 570 971 290, pon. – pt., 8.00–16.00

Realizujemy także programy edukacyjne w zakresie zdrowia psychicznego dla osób pracujących na Mokotowie.

<https://mczp.edu.pl>
<https://www.facebook.com/mokotowskie-centrumzdrowlapsychicznego>

CO SIĘ DZIEJE U PARTNERÓW?


MOKOTOWSKIE ŚCZP DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

ROZMOWY RATUJĄCE ŻYCIE

MAGDALENA GOŁUCHOWSKA – SPECJALISTA DS. KOORDYNACJI WSPARCIA W MOKOTOWSKIM ŚRODOWISKOWYM CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY PRZY INSTYTUCIE PSYCHIATRII I NEUROLOGII

10 września obchodziliśmy Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom. W ostatnich latach obserwujemy wzrost zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży w naszym kraju. Wielu dorosłych rodziców lub opiekunów może doświadczać bezradności i zagubienia, kiedy dziecko bądź nastolatek zgłasza myśli samobójcze lub dokonuje samookaleceń.

Wokół tematu samobójstw funkcjonuje wiele mitów. Jednym z nich jest przekonanie, że rozmowa na temat samobójstwa może zachęcać do jego dokonania. Doświadczenie specjalistów pokazuje, że jest zupełnie odwrotnie.



nie swojej autentyczności może ułatwić szczerą komunikację między wami.

Zadaniem dorosłych jest okazanie empatii i zrozumienia dla trudności dziecka oraz potraktowanie poważnie tego, co nastolatek przeżywa. Ważne jest również, aby powstrzymać się od oceniania i krytykowania zachowań i myśli dziecka, nawet jeśli wydają nam się one niezrozumiałe. Podczas takiej rozmowy dobrze jest wstępnie oszaczować, w jakim niebezpieczeństwie jest dziecko. Porozmawiaj szczerze z dzieckiem, powiedz, że się o nie niepokoisz i umów konsultację ze specjalistą.

Szczegółowe informacje dotyczące rozmowy z nastolatkiem w kryzysie psychicznym znajdziesz na platformie internetowej Życie Warto Jest Rozmowy: www.zwjz.pl.

Pomocne telefony:

<p>116 111 – telefon zaufania dla dzieci i młodzieży</p> <p>116 123 – telefon wsparcia emocjonalnego dla dorosłych</p> <p>800 800 602 – telefon dla rodziców i opiekunów dzieci w kryzysie</p>	<p>720 720 020 – Antyprzemocowa Linia Pomocy SEXEDPL</p> <p>669 981 038 – bezpłatny telefon kryzysowy polskiego forum migracyjnego w języku ukraińskim i rosyjskim</p> <p>112 – numer alarmowy w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NUMER 3 (10) 2023 / JESIEŃ

GAZETKA PARTNERSKA STARY MOKOTÓW **5**

Załącznik D. Wybrane komentarze przedstawicieli partnerstw oraz powiązanych podmiotów prawnych i fizycznych na temat współpracy z MCZP

*** Dzięki waszej obecności i kolportażowi plakatów w Partnerstwie Lokalnym Moje Sielce grono odbiorców warsztatów organizowanych przez nas powiększyło się. Było kilka osób, które dzięki waszemu poleceniu wzięło udział w naszych zajęciach. Jedna z takich osób wraz ze swoją mamą jeździła z nami na Wyjazdy Rowerowe. Dał nam do zrozumienia, że dla niego było to bardzo ważne i sprawiło mu wiele radości. Uczestnicy czuli, że nie wykluczamy osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wydaje mi się, że warto to kontynuować, z nową już koordynatorką partnerstwa, żeby podrzucać w takie miejsca jak wasze informacje o naszych wydarzeniach. Tym bardziej, że jeden z punktów MCZP jest na Sielcach, więc to nasza grupa odbiorców.

Jako partnerstwo zawsze jak trzeba było mieliśmy pomoc z waszej strony przy pracach promocyjno-organizacyjnych, zawsze byliście i to dla nas i dla mnie jako koordynatorki było ważne.

Dobrze, że byliście na Dniu Sąsiada, który przez ten czas odbył się raz, czy też na corocznym Festiwalu Grzesiuka. Dzięki temu na stoiskach można było nie tylko się pobawić, ale też porozmawiać o czymś ważnym.

Sam pomysł wyjścia z instytucji do ludzi był jak najbardziej trafiony i należy go kontynuować. Dzięki temu ściągacie tabu z chorób psychicznych i promujecie dbanie o zdrowie psychiczne.

Myślę sobie, że MCZP mogłoby się bardziej publicznie ujawniać jako całość, jako zespół, np. więcej terapeutów mogłoby być obecnych na wydarzeniach sąsiedzkich, na stoiskach. Brakowało mi takiego przedstawienia się was jako zespołowości, szczególnie na eventach. Natomiast na duży plus był wasz własny festiwal i że my mogliśmy się u was pojawić. Mogłam w ten sposób promować zarówno Partnerstwo Sieleckie, jak i Ognisko Mokotów, w którym pracuję na co dzień.

W ofercie dla pracowników Mokotowa przydałoby się więcej warsztatów o wypaleniu zawodowym, żebyście zajęli się samymi osobami zaangażowanymi w pomaganie, pomagaczami. Moglibyście odwiedzać Ognisko i inne miejsce, gdzie są pomagacze, i zapytać: „Hej, czy możemy wam jakoś pomóc?”. Na przykład poprzez spotkania sieciujące, która pozwalają na współpracę między takimi placówkami. Jest to dobra okazja, by powymieniać się informacjami, doświadczeniami i trudnościami. Trochę się tego również także dzięki wam już zadiła, ale to kropla w morzu potrzeb.

Katarzyna Gaze – koordynatorka Partnerstwa Lokalnego Moje Sielce w latach 2020–2022, wychowawca w Centrum Wspierania Rodzin „Rodzinna Warszawa” Ognisko Mokotów

*** Partnerstwo Lokalne Stary Mokotów współpracuje z Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego. Centrum powstało dzięki pasji i determinacji jego twórców i szerokiemu gronu ekspertów, co sprawia, że przedstawiciele tej organizacji są zawsze otwarci i zaangażowani w sprawy, z jakimi zgłaszają się do nich osoby w potrzebie. Dla mieszkańców Mokotowa Centrum organizuje co roku

warsztaty, których zawartość ma na celu nie tylko podniesienie poziomu wiedzy, ale także umacnia każdego uczestnika w rozwoju osobistym.

Anita Zdrojewska – prezeska Fundacji Pompka, koordynatorka Partnerstwa Stary Mokotów

*** O istnieniu MCZP dowiedziałam się, kiedy do Partnerstwa dołączył Jakub Tercz.

Niewielka grupa osób, wspierana przez Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Dzielnicy Mokotów, organizowała dla mieszkańców Starego Mokotowa pikniki sąsiedzkie, spacer z przewodnikami, spotkania z ciekawymi ludźmi.

Wraz z Jakubem pojawił się pomysł organizacji spotkań przybliżających tematykę zdrowia psychicznego, co zainspirowało nas do organizowania podobnych spotkań-warsztatów dla opiekunów osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, zwłaszcza z chorobą Alzheimera.

Po jakimś czasie, na comiesięcznym spotkaniu partnerstwa, Jakub zaproponował: zróbmy gazetkę. I tak powstała nasza kolejna inicjatywa – wydawana 4 razy do roku Gazetka Partnerska, która cieszy się sporym zainteresowaniem. Jednym z motywów przewodnich gazetki szybko stała się szeroko rozumiana tematyka zdrowotna.

Promocja zdrowia obecna jest także na naszych piknikach sąsiedzkich; w ubiegłym roku można było zasięgnąć rady z zakresu opieki nad niemowlęciem, a także nauczyć się samodzielnego badania piersi i prostaty czy skorzystać z badania wzroku.

Można więc powiedzieć, że w działaniach partnerstwa dokonała się istotna zmiana jakościowa.

A zupełnie prywatnie, dzięki informacjom o istnieniu MCZP i wyznaczeniu dnia, w którym przyjmowani są pacjenci z Mokotowa, szybko uzyskałam możliwość kontaktu z lekarzem psychiatrą czy pomocologiczną. Opiekuję się Mamą, która cierpi na chorobę Alzheimera. Spotkania z psychologiem pozwoliły mi przepracować nieco permanentnego stresu związanego z opieką. Spotkania z lekarzem psychiatrą dały mi natomiast komfort spokojnej, niespiesznej rozmowy na temat farmakologicznego wpływania na objawy choroby, a przy okazji miały charakter sesji terapeutycznej.

Ze względu na sytuację rodzinną jestem żywo zainteresowana szerzeniem wiedzy na temat choroby Alzheimera, a także wpieraniem chorych i ich opiekunów. A gdyby tak powstało Mokotowskie Centrum Zdrowia Układu Nerwowego? Mokotów zamieszkuje około 200 tys. osób, w większości są to osoby starsze w wieku poprodukcyjnym, z definicji obciążone ryzykiem chorób neurodegeneracyjnych. Chorzy i ich opiekunowie nie zawsze wiedzą, gdzie szukać pomocy, nie zawsze trafiają na neurologa, który specjalizuje się w zaburzeniach pamięci. To wszystko opóźnia diagnozę i podjęcie właściwego leczenia. Może jest jednak szansa na zmianę?

Iwona Frydryszak – członkini Partnerstwa Lokalnego Stary Mokotów, mieszkanka Mokotowa

*** Mój kontakt z MCZP ograniczał się do współpracy w ramach Partnerstwa Lokalnego Stary Mokotów i do kontaktów z p. Jakubem Terczem, Specjalistą ds. Partnerstw Lokalnych, który w mojej opinii wniósł cenny wkład w pracę Partnerstwa Lokalnego Stary Mokotów. Pan Jakub jest osobą twórczą i bardzo pracowitą. Za najcenniejszy uważam zgłoszony przez niego, i zrealizowany, pomysł powołania „Gazetki Partnerskiej Stary Mokotów”, która stała się jednym z flagowych osiągnięć partnerstwa. Początkowo planowane 8 stron rozrosło się szybko do 20 i już nie mieści wszystkich

sptywających tekstów. Na łamach „Gazetki” pojawiają się informacje z zakresu szeroko pojętego zdrowia, bieżących wydarzeń i spraw ważnych dla mieszkańców.

Jestem wdzięczna za dotychczasowy wkład pracy p. Jakuba Tercza i proszę o więcej.

Izabela Gomza – główny specjalista w Wydziale Spraw Społecznych i Zdrowia dla Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy

*** Z Mokotowskim Centrum Zdrowia Psychicznego współpracujemy w ramach naszego Partnerstwa Siekierki reAKTYWACJA. Najbardziej efektywnym wymiarem tych naszych współdziałań wydaje się przestrzeń wydawanej przez nas „Gazety Siekierkowskiej”. Tam bowiem od kilku lat jest miejsce dla MCZP. Regularnie (co miesiąc) w krótkim tekście Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego swoim słowem dzieli się pan Jakub Tercz. Oprócz tego, że formuła tej naszej współpracy wzmacnia i pogłębia nasze partnerskie relacje, to w dużej mierze pozwala ona także na transfer nowych wzajemnych doświadczeń, ale nade wszystko jest pomocna dla lokalnego odbiorcy/czytelnika, który często dzięki tym krótkim treściom (publikowanym na łamach „Gazety Siekierkowskiej”) znajduje jakieś wskazania i rady dla siebie bądź bliskich. I to jest najcenniejsza wartość dodana naszej współpracy (o czym jesteśmy przekonani i mamy tego realne dowody), która jest potrzebna i jakże pożyteczna. Cenimy ją sobie bardzo i bardzo wysoko oceniamy, życząc, by trwała ona jak najdłużej i w dotychczasowym systematycznym wymiarze.

Renata Wardecka – prezeska Fundacji Bo Warto, koordynatorka Partnerstwa Lokalnego Siekierki Reaktywacja

*** Jakie znaczenie ma uczestnictwo MCZP w Partnerstwie Lokalnym Nasze Stegny, jeszcze nie wiem, ale widzę, że jest promocja podczas dużych wydarzeń partnerstwa: Stegnalia i Festiwal Stegny Wielu Kultur. Z obserwacji Stegnaliów wnioskuję, że jesteście tam bardzo przydatni, bo podchodzą ludzie i korzystają, dzięki temu, że jesteście na miejscu, są tacy, co pytają. To jest bezpieczna przestrzeń do pierwszego kontaktu.

Grażyna Gnatowska – animatorka Stowarzyszenia BORIS

*** Dom Kultury KADR rozpoczął współpracę z Instytutem Psychiatrii i Neurologii 14 września 2022 r. i była ona kontynuowana do 5 kwietnia 2023 r.

Współpraca polegała na udostępnieniu przestrzeni na zajęcia dla osób po kryzysach psychicznych. Grupa Rozwoju Kreatywności spotykała się raz w tygodniu na 4 godziny w Akapicie (przestrzeni sąsiedzkiej, w której realizowane są inicjatywy mieszkańców i mieszkanki dzielnicy, jak również działania na rzecz społeczności lokalnej).

Współpraca układała się bardzo dobrze i wyszła poza ramy zawartego porozumienia. W marcu odbyła się wystawa prac uczestników i uczestniczek zajęć prowadzonych przez Magdalenę

Mielczarek i Karolinę Młynarczuk. Druga grupa włączyła się również w działania projektowe grupy musicalowej działającej w Domu Kultury KADR. W maju połączymy wernisaż z premierą musicalu „A New Brain”, a w kolejnych miesiącach planujemy wspólnie zorganizować akcje żywej biblioteki.

Jedyny aspekt współpracy wymagający poprawy to usprawnienie procesu podpisywania porozumienia partnerskiego. Trwa zdecydowanie za długo.

Katarzyna Anuszevska – główna specjalistka ds. społeczno-kulturalnych DK KADR

*** Biblioteka Publiczna im. Z. Łazarskiego w Dzielnicy Mokotów, podobnie jak Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego, należy do wielu Partnerstw Lokalnych dla Mokotowa, dlatego nasze drogi od końca 2019 roku wielokrotnie się przecinały podczas oficjalnych i nieformalnych spotkań, realizowanych projektów i podejmowanych w ramach partnerstw działań.

Jesteśmy wspólnie obecni na cyklicznych wydarzeniach sąsiedzkich (na Wierzbnie, Służewcu, Stegnach i Starym Mokotowie), gdzie zdarza nam się dzielić te same stoiska. W ramach kilku różnych partnerstw, w różnych osiedlach dzielnicy, organizowaliśmy także wspólnie pomniejsze wydarzenia o charakterze psychoedukacyjno-książkowym.

Z inicjatywy MCZP założona została „Gazetka Partnerska Stary Mokotów”, do której także przykładają się osoby związane z Biblioteką Mokotów i której kolejne numery zawsze znajdują miejsce w witrynach naszych oddziałów.

W 2022 roku wspólnie z MCZP zorganizowaliśmy I Mokotowską Żywą Bibliotekę i planujemy razem rozwijać tę ideę. Żywa Biblioteka jako metoda edukacyjna na rzecz praw człowieka i różnorodnego społeczeństwa przyczynia się do zmiany postaw i zachowania ludzi wobec osób, które są zagrożone z różnych względów wykluczeniem i marginalizacją. Biblioteka jest bezpieczną przestrzenią do spotkań, w których Żywe Książki odpowiadają na trudne pytania czytelników/użytkowników. Odpowiedzi te mogą być początkiem zmiany stosunku do stereotypów i uprzedzeń.

W ubiegłym roku przyjęliśmy zaproszenie Instytutu Psychiatrii i Neurologii do uczestnictwa w Pikniku Zdrowotnym, dzięki czemu Biblioteka zaprezentowała się jako miejsce przyjazne osobom mającym problemy ze zdrowiem psychicznym.

Zawsze jesteśmy otwarci, by w naszych 28 placówkach w różnych częściach Mokotowa prezentować informację o ofercie MCZP, dzięki czemu Biblioteka, jako miejsce otwarte, jest dostępna dla różnych grup użytkowników. Wśród naszych czytelników są osoby z problemami psychicznymi, do których w dyskretny sposób może dotrzeć komunikat o możliwości skorzystania z pomocy.

Planowana była organizacja grup wsparciowych MCZP na terenie naszych placówek, co ostatecznie nie doszło do skutku z powodu kolejnych lockdownów, ale jesteśmy otwarci powrót do tego tematu.

W przyszłości liczymy na rozwój naszej współpracy, zgodnie z obustronnymi potrzebami i możliwościami.

Elżbieta Frankiewicz – z-ca dyrektora Biblioteki Publicznej Mokotów

ANEKS 11. Zapobieganie depresji i zachowaniom samobójczym

Załącznik A. Ulotka informacyjna i Karta Szybkiej Pomocy

MOKOTOWSKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z DZIELNICY MOKOTÓW

- Poradnia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży**
- Poradnia dla Dzieci z Autyzmem i Ich Rodzin**
adres e-mail: autyzm@ipin.edu.pl
Do obu poradni kontakt z rejestracją:
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. (22) 45 82 611
tel. (22) 84 24 012
e-mail: pzp@ipin.edu.pl
- Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży**
hospitalizacja całodobowa
Sekretariat
tel. (22) 45 82 631
e-mail: klinikadim@ipin.edu.pl

Sfinansowano w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Logos: Europejska Aliacja Przeciwko DEPRESJI, INTEGRACJA, MOKOTÓW, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, NFZ, Fundusze Europejskie, Rzeczpospolita Polska, Unia Europejska.

KARTA SZYBKIEJ POMOCY

U DOROSŁYCH, DZIECI I MŁODZIEŻY W STANACH PILNYCH tj. BEZPOŚREDNIEGO ZAGROZENIA ZDROWIA I ŻYCIA WYWOŁANYCH ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (m.in. tendencje samobójcze wypowiedziane lub obserwowane przez otoczenie):

TELEFON 112

Dyspozytor, dzięki uzyskanym od Państwa informacjom, zdecyduje czy oprócz karetki potrzebna jest dodatkowe wsparcie ze strony innych służb mundurowych w celu przetransportowania osoby w kryzysie do szpitala.

Logos: Europejska Aliacja Przeciwko DEPRESJI, Fundusze Europejskie, Rzeczpospolita Polska, Unia Europejska.

W SYTUACJACH MNIEJ PILNYCH U DOROSŁYCH DO 31.12.2022 R. ZALECANY KONTAKT DO JEDNOSTEK MOKOTOWSKIEGO CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO:

Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny
ul. Grottgera 25A, poniedziałek–piątek, godzina 8–18 (wyluczając dni świąteczne)
Można zgłaszać się bezpośrednio, osobiście lub telefonicznie pod nr:
22 840 66 44

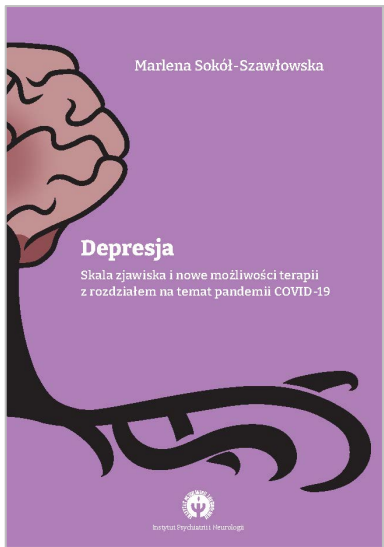
Mobilny Zespół Wsparcia Społecznego
poniedziałek–piątek, godzina 8–16 (wyluczając dni świąteczne)
intensywne, krótkoterminowe wsparcie w kryzysie
Można zgłaszać się telefonicznie pod nr:
570 971 290

(obie jednostki nie prowadzą wsparcia dla osób uzależnionych)

Sfinansowano w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Logos: MOKOTÓW, Europejska Aliacja Przeciwko DEPRESJI, Fundusze Europejskie, Rzeczpospolita Polska, Unia Europejska.

Załącznik B. Fragmenty upowszechnianych książek



Depresja
Skala zjawiska i nowe możliwości terapii z rozdziałem na temat pandemii COVID-19

Marlena Sokół-Szawłowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Spis treści

Wstęp 11

Rozdział 1. Obraz psychopatologiczny depresji 15

Wprowadzenie 15

1.1. Klasyfikacja manifestacji depresji 17

1.1.1. Zaburzenia nastroju, rumienność, anhedonia, dyfuzyja 18

1.1.2. Zaburzenia napięcia 19

1.1.3. Zaburzenia rytmów biologicznych i aktywności popołudniowych 21

1.1.4. LCV 19

1.1.5. Światopogląd depresyjny: zaburzenia poczucia „ja” i inne zaburzenia myślenia 22

1.1.6. Depresyjny wygląd i trudności w kontakcie 25

1.1.7. Zaburzenia funkcjonowania społecznego 26

1.2. Typy depresji 27

1.2.1. Typy historyczne – depresja endo- i egzogenna 27

1.2.2. Klasyfikacja depresji endogennej 28

1.2.3. Inne kliniczne obrazy depresji 30

1.3. Depresje związane z wiekiem 32

1.4. Oznaczenia związane z zdrowiem reprodukcyjnym 34

Podsumowanie 37

Rozdział 2. Klasyfikacje międzynarodowe i skala rozpoznawczym depresji 49

Wprowadzenie 40

2.1. Podział ze względu na przyczynę 41

2.2. Depresja jako jedna choroba 42

2.3. Aktualne kryteria diagnostyczne depresji w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5 42

2.4. Naturalistyczny przebieg depresji 48

2.5. Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych 48

2.6. Skala zjawiska depresji na świecie i w populacji Polaków 51

Podsumowanie 51

Rozdział 3. Przyczyny depresji 54

Wprowadzenie 54

3.1. Kys historyczny 54

3.1.1. Starożytność i początek ery nowożytnej 55

3.1.2. Średniowiecze 55

3.1.3. Wiek XVII–XIX 56

3.1.4. Rewolucja wieku XX 57

3.2. Wyodrębnienie opisywane biologiczne przyczyny depresji 57

3.2.1. Rola neurotransmiterów i hormonów w etiopatogenezie depresji 58

3.2.2. Czynniki genetyczne 60

3.2.3. Hipoteza zapalna 61

3.2.4. Stany somatyczne poprzedzające zachorowanie na depresję 63

3.2.5. Zmiany strukturalne i czynnościowe w OBN 64

3.2.6. Zaburzenia naturalnego zegara biologicznego 68

3.3. Psychologiczne koncepcje leżące u podstaw depresji 69

3.3.1. Teoria teorii psychoanalizy 69

3.3.2. Behawiorystyczna 70

3.3.3. Teoria poznawcza 70

3.3.4. Teoria nieprzystosowawczych schematów Younga 71

3.3.5. Teoria interpersonalna 72

3.3.6. Inne czynniki psychologiczne 73

3.3.7. W stronę psychologii pozytywnej 74

3.4. Nieprawidłowa dieta i niedostatek aktywności fizycznej 75

Podsumowanie 75

Rozdział 4. Współczesne metody leczenia depresji 80

Wprowadzenie 80

4.1. Psychoterapia i psychoedukacja 81

4.1.1. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń depresyjnych 81

4.1.2. Psychoterapia interpersonalna 84

4.1.3. Psychoedukacja 84

4.2. Biologiczne metody farmakologiczne leczenia depresji 85

4.2.1. Schemat farmakologicznego leczenia depresji 86

8

4.2.2. Zasady doboru leków do indywidualnej sytuacji i stanu pacjenta 90

4.3. Grupy leków przeciwdepresyjnych 91

4.3.1. Inhibitory wychwytu monoamin (NA, 5HT, DA) 92

4.3.2. Leki o głównym receptorowym mechanizmie działania 94

4.3.3. Inhibitory monoaminooksydazy 95

4.3.4. Leki przeciwdepresyjne o odmiennych mechanizmach działania 95

4.3.5. Profil objawów występujących u pacjenta a dobór leku 96

4.4. Inne niż przeciwdepresyjne leki stosowane w leczeniu depresji 97

4.4.1. Leki przeciwléwowe 97

4.4.2. Leki promujące sen 99

4.4.3. Atypowe leki przeciwpsychotyczne 100

4.4.4. Augmentacja (potencjalizująca) kuracji przeciwdepresyjnej 100

4.4.5. Niefarmakologiczne biologiczne metody leczenia depresji 101

4.5. Postępowanie w depresji lekoodpornej 103

4.6. Społecznie szkodliwe mity na ten temat ryzyka stosowania leków przeciwdepresyjnych 103

4.7. Psychodukacja i aktywność fizyczna w wspomaganiu leczenia depresji 104

4.8. Nowoczesne technologie w profilaktyce i leczeniu depresji 105

Podsumowanie 106

Rozdział 5. Depresja i inne zaburzenia psychiczne w dobie pandemii COVID-19 110

Wprowadzenie 110

5.1. Kwarantanna a zdrowie psychiczne – wyniki badań sprzed pandemii COVID-19 112

5.2. Przewidywania rozwoju sytuacji i wyzyczne eskalatorów 114

5.3. Reakcja psychologiczna na wybuch pandemii i restrykcje epidemiczne – wyniki badań w populacjach ogólnych z różnych rejonów świata 115

10

5.4. Pandemia COVID-19 a grupy społeczne szczególnie podatne na jej negatywne skutki 118

5.4.1. Osoby zaangażujące się w zaburzeniach psychicznych przed pandemią 119

5.4.2. Zdrowie psychiczne pacjentów chorujących na COVID-19 120

5.4.3. Założona powołana wywołana śmiercią osoby bliskiej z powodu COVID-19 123

5.4.4. Pracownicy ochrony zdrowia – wpływ pandemicznych przesłonek na ich kondycję psychiczną 124

5.4.5. Sytuacja dzieci i młodzieży podczas nauki zdalnej 126

5.4.6. Samotne osoby starsze podczas pandemii 127

5.5. Wybrane analizy kondycji psychicznej Polaków podczas pandemii COVID-19 128

Podsumowanie 130

Zakończenie 137




Dodatkowe praktyczne informacje dla różnych grup zawodowych 137


9

Publikacja jest częścią projektu „Książki o Depresji” oparte na wynikach międzynarodowych badań naukowych. Od rozwiazań teoretycznych nastąpiła forma przebiegu do praktycznych aspektów diagnostyki i leczenia. Książka jest skierowana do lekarzy i dla użytkowników. Wskazania na temat tej choroby wydanej w formie doświadczeń się, gdzie w Polsce można uzyskać profesjonalną pomoc dla choroby i jej następstw. W publikacji zostały uwzględnione również informacje dla rodziców i opiekunów wychowawczych z powodu COVID-19.

W ramach projektu „Książki o Depresji” oparte na wynikach międzynarodowych badań naukowych. Opisywane obrazy w formie obrazów i rysunków, które są skierowane do lekarzy i dla użytkowników. Wskazania na temat tej choroby wydanej w formie doświadczeń się, gdzie w Polsce można uzyskać profesjonalną pomoc dla choroby i jej następstw. W publikacji zostały uwzględnione również informacje dla rodziców i opiekunów wychowawczych z powodu COVID-19.

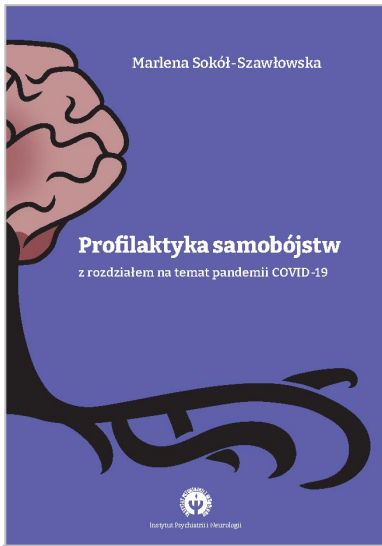
Fragment książki



ISBN 978-83-8255-465-5





Marlena Sokół-Szawłowska

Profilaktyka samobójstw
z rozdziałem na temat pandemii COVID-19



Spis treści

Wstęp 11

Rozdział 1. Zachowania samobójcze we współczesnym ujęciu 13

Wprowadzenie 13

1.1. Statystyki zachowań samobójczych w Polsce w latach 2013-2020 14

1.2. Podstawowe pojęcia stosowane w suicjologii 15

1.3. Psychologiczne funkcje zachowań samobójczych 16

1.4. Typy samobójstw uwzględniające interakcje jednostki ze społeczeństwem 17

1.5. Intencje zachowań samobójczych 17

1.6. Sposób myślenia i zachowania bezpośrednio poprzedzający zachowania samobójcze 19

1.7. Kategoryzacja samobójców 20

Podsumowanie 20

Rozdział 2. Czynniki ryzyka zachowań samobójczych i czynniki ochronne 23

Wprowadzenie 23

2.1. Czynniki ryzyka zachowań samobójczych 23

2.1.1. Poziom ogólnospołeczny 25

2.1.2. Czynniki ryzyka związane ze społecznością lokalną 28

2.1.3. Roleje więzi i rodziny 31

2.1.4. Indywidualne czynniki ryzyka 33

2.2. Czynniki chroniące przed zachowaniami samobójczymi 39

2.2.1. Poziom ogólnospołeczny 40

2.2.2. Społeczność lokalna 43

2.2.3. Roleje i więzi 44

2.2.4. Dojrzali uczestnicy środowiska 44

2.3. Czynniki ryzyka zachowań samobójczych w okresie rezerwowym 46

Podsumowanie 48

8

Rozdział 3. Uniwersalne strategie w profilaktyce zachowań samobójczych 55

Wprowadzenie 55

3.1. Kierunki oddziaływań zapobiegających zachowaniom samobójczym w populacji ogólnej 55

3.2. Kampanie społeczne i programy edukacyjne 56

3.2.1. Kampanie społeczne 57

3.2.2. Programy edukacyjne w obszarze zapobiegania samobójstwom 57

3.2.3. Ograniczenie dostępu do śmiercionośnych środków samobójczych 59

3.2.4. Wyższe dla medycy 61

3.2.5. Nieochrona mieszkańców społeczności i pomysł w kryzysach zawodowo-ekonomicznych 62

Podsumowanie 63

Rozdział 4. Profilaktyka zachowań samobójczych dla grup ryzyka 66

Wprowadzenie 66

4.1. Profilaktyka związana z czynnikami ryzyka w społecznościach i relacjach interpersonalnych 66

4.1.1. Osoby osiercone iś dotknięte samotnością i bólem bliskiego 66

4.1.2. Osoby, które doświadczyły traumy, zostały porażone w konfliktach zbrojnych lub w wyniku katastrof naturalnych 67

4.1.3. Osoby doświadczające różnych form długotrwałej przemocy 67

4.1.4. Osoby, które w wyniku różnych powtarzalnych okoliczności życiowych zostały związane do opuszczenia stałego miejsca zamieszkania 68

4.1.5. Wyznawcy 68

4.1.6. Osoby i grupy dyskryminowane w społeczeństwach 69

4.2. Profilaktyka związana z indywidualnymi czynnikami ryzyka 69

9

4.2.1. Diagnostyka i katechetyczne leczenie zaburzeń wywołanych zachowaniami samobójczymi w szpitalu psychiatrycznym 70

4.2.2. Opieka posthymna i wsparcie społeczności 72

4.2.3. Diagnostyka i prowadzenie osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami związanymi z utratą sensu i satysfakcją życiową 73

4.3. Strategie złożone (uniwersalnie ukierunkowane) 74

4.4. Liniowa opieka i obserwacja 75

4.4.1. Zarządzanie przypadkami 75

4.4.2. Centra Zdrowia Psychicznego w Polsce jako przykład koordynacji działań na rzecz zdrowia psychicznego 76

4.4.3. Tradycyjny model leczenia osób z tendencjami samobójczymi 76

4.5. Interwencje psychologiczne skuteczne w profilaktyce zachowań samobójczych 77

4.6. Zdalna opieka psychofizjologiczno-psychiatryczna 78

Podsumowanie 79

Rozdział 5. Pandemia COVID-19 a zachowania samobójcze 83

Wprowadzenie 83

5.1. Wpływ pandemii na czynniki ryzyka i ochronne zachowań samobójczych 84

5.2. Ogólnospołeczna profilaktyka zachowań samobójczych w ście pandemicznej COVID-19 88

5.2.1. Łagodzenie skutków bezrobocia, ubóstwa i izolacji 89

5.2.2. Zasady ograniczenia szkodliwego spożywania alkoholu i ograniczenia dostępu do środków samobójczych 91

5.2.3. Odpowiedzialne roleje w mediach oraz akcje edukacyjne 92

5.2.4. Dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej 94

5.3. Profilaktyka skierowana do grup szczególnie poszkodowanych podczas pandemii 95

10

5.3.1. Liniowa opieka i obserwacja dla osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi 96

5.3.2. Rozwiązania wspierające homogenne grupy społecznie zagrożone w czasie i po pandemii 97

5.3.3. Leczenie zaburzeń psychicznych 101

5.3.4. Interwencje w szkole 103

5.4. Wskaźniki samobójstwa w różnych krajach w pandemii COVID-19 i pakiet danych z poprzedniego powstania kryzysu 105

Podsumowanie 106

Zakończenie 113

Dodatkowe praktyczne informacje dla różnych grup zawodowych 114

Publikacja w kompleksowy sposób ujmuje zagadnienie zachowań samobójczych w kontekście salicy profilaktycznych (WHO) (dotyczy pandemii COVID-19). Podstawowe definicje, dostępne programy profilaktyczne i dowodowe skuteczne w zapobieganiu samobójstwom (w tym w kontekście salicy profilaktycznych) (WHO) (dotyczy pandemii COVID-19) (dotyczy pandemii COVID-19). Podstawowe definicje, dostępne programy profilaktyczne i dowodowe skuteczne w zapobieganiu samobójstwom (w tym w kontekście salicy profilaktycznych) (WHO) (dotyczy pandemii COVID-19).

„Profilaktyka zachowań samobójczych to system ciągłych i wielostronnych działań, które opierają się na koncepcjach salicy profilaktycznych (WHO) (dotyczy pandemii COVID-19) (dotyczy pandemii COVID-19). Podstawowe definicje, dostępne programy profilaktyczne i dowodowe skuteczne w zapobieganiu samobójstwom (w tym w kontekście salicy profilaktycznych) (WHO) (dotyczy pandemii COVID-19).”

Fragment książki



Brałam udział w projekcie POWER od listopada 2021 roku jako ekspertka przez doświadczenie. Miło było zobaczyć, że przedstawiciele różnych grup zawodowych są zainteresowani tematem depresji i prewencji samobójstw.

Uczestnicy chętnie zadawali pytania, co sprawiało, że każde spotkanie było inne.

Pytania uczestników pomogły mi jeszcze lepiej zintegrować i zrozumieć własne przeżycia. Mam nadzieję, że zostały rozwiane niektóre szkodliwe mity, takie jak:

- nie można rozmawiać z osobami z myślami samobójczymi o ich zamiarach, żeby nie podpowiadać im pomysłów i ich nie prowokować;
- jak ktoś raz miał myśli samobójcze, to już zawsze będzie je miał;
- ludzie, którzy popełniają samobójstwo, są słabi.
- Próbowałam obalić powyższe mity, dzieląc się swoją historią.

Moim zdaniem, zadawanie pytań „Jakie są Państwa oczekiwania od dzisiejszego spotkania? / Czego chcielibyście się dowiedzieć” na początku spotkania pomaga zaangażować publiczność. Spotkania były prowadzone online i mnie osobiście było przyjemniej dzielić się własnym doświadczeniem, gdy chociaż parę osób miało włączone kamery.

Mam nadzieję, że warsztaty będą nadal prowadzone i pomogą w budowaniu społeczności, która jest zaangażowana w poprawę jakości własnego życia i życia ludzi wokół.

Tetiana Kuzyshyn
prowadząca szkolenia

Aneks 12. Odpowiedzi na pytania zadawane po warsztacie destygmatyzacyjnym

Przedstawiono sumy odpowiedzi uczestników wszystkich warsztatów prowadzonych w latach 2020–2023.

- Czy przekazywane na warsztacie treści pomagają zrozumieć osoby po kryzysach psychicznych? (N = 1073)

Wcale nie pomagają	W niewielkim stopniu	Bardzo	Znacząco	Inne
0,3%	5,6%	71,4%	19,2%	3,5%

- Na ile ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat stygmatyzacji i autostygmatyzacji? 1 – najniższy, a 5 – najwyższy poziom wiedzy (N = 1064)

1	2	3	4	5
1,7%	5,9%	26,8%	45,0%	20,6%

- Jakie treści/ćwiczenia najbardziej Pana/Panią zainteresowały na warsztacie? Czy były takie? (N = 1440)

ICD 10	8,4%
Historia choroby	31,8%
Scenka	25%
Głosy	7,8%
Co chciałbym usłyszeć...	4,2%
Stygmatyzacja	6,9%
Autostygmatyzacja	4,4%
Dyskusja	5,7%
Informacja o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc	4,0%
Wskazówki profesjonalistki	1,0%

- Czy pogłębił/a Pan/Pani swoją umiejętność wspierania osób w/po kryzysie psychicznym?
(N = 1030)

tak	nie
95,1%	4,9%

- Czy widzi Pan/Pani możliwość przełożenia treści zawartych podczas szkolenia na swoją pracę zawodową? (N = 980)

tak	nie
91,9%	7,3%