

Standard mieszkalnictwa wspomaganego dla osób chorujących psychicznie



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Publikacja powstała w ramach projektu „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Standard mieszkalnictwa wspomaganego dla osób chorujących psychicznie

Standard mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie



Publikacja powstała w ramach projektu „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Standard mieszkalnictwa wspomagane- go dla osób chorujących psychicznie

AUTORZY:

Zespół ds. opracowania Standardu

EKSPERT MERYTORYCZNY:

prof. dr hab. Anna KANIOS

RECENZENT:

dr hab. n. med. Maria ZAŁUSKA, prof. Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego

© Copyright by Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Lublin 2022

ISBN 978-83-7789-685-3

Współpraca wydawnicza: Łukasiewicz – Instytut Technologii Eksploatacji, Radom

LIDER PROJEKTU

Województwo Lubelskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
ul. Diamentowa 2, 20-447 Lublin, tel. 81 528 76 50, fax.: 81 528 76 30,
e-mail: rops@lubelskie.pl, www.rops.lubelskie.pl

PARTNERZY PROJEKTU



Na okładce wykorzystano grafikę z zasobów portalu freepik.com

OPRACOWANIE WYDAWNICZE:

Marta Pobereszko, Joanna Iwanowska

OPRACOWANIE WYDAWNICZE, DRUK I OPRAWA:



Łukasiewicz – Instytut Technologii Eksploatacji
Wydawnictwo Naukowe
26-600 Radom, ul. K. Pułaskiego 6/10, tel. centr. (48) 364-42-41
e-mail: instytut@itee.lukasiewicz.gov.pl www.itee.lukasiewicz.gov.pl

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	9
Wprowadzenie	11
 Rozdział I. SYSTEM WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W POLSCE - ANALIZA TEORETYCZNA	 15
1. Rozumienie choroby psychicznej i zaburzenia psychicznego	15
1.1. Charakterystyka i klasyfikacja zaburzeń psychicznych	17
1.2. Etiologia i patogeneza zaburzeń psychicznych	21
1.3. Obraz kliniczny wybranych jednostek chorobowych stanowiących kryterium medyczne w procesie rekrutacji do mieszkań wspomaganych w niniejszym standardzie	22
2. Aspekty prawne ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.....	26
3. System leczenia i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce	30
3.1. System leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi.....	32
3.2. Rehabilitacja społeczna	34
3.3. Rehabilitacja zawodowa	36
4. Pozamedyczne czynniki wpływające na proces zdrowienia – umacnianie, wsparcie, nadzieja	39
4.1. Komunikacja terapeutyczna	42
4.2. Czynniki tworzące relację terapeutyczną	44
4.3. Specyfika kontaktu terapeutycznego z podopiecznym psychotycznym	45
4.4. Specyfika kontaktu terapeutycznego z podopiecznym w kryzysie	46
4.5. Podopieczny odmawiający kontaktu	47

4.6. Specyfika kontaktu z podopiecznym agresywnym	48
4.7. Specyfika kontaktu z podopiecznym depresyjnym	48
4.8. Kontakt z podopiecznym maniakalnym.....	49
4.9. Kontakt z podopiecznym przejawiającym cechy zaburzonej osobowości	50

Rozdział II. STANDARD MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH DLA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE 51

1. Idea mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie	51
2. Osoba chorująca psychicznie jako użytkownik mieszkania wspomaganego.....	58
3. Rekrutacja do mieszkania wspomaganego	59
4. Rodzaje i zakresy usług wspierających pobyt i aktywność osoby chorującej psychicznie w mieszkaniu wspomaganym	62
5. Personel mieszkania wspomaganego.....	67
6. Standard lokalu przeznaczonego na mieszkanie wspomagane dla osób chorujących psychicznie	68
7. Wdrażanie i finansowanie standardu	72

Rozdział III. SPECYFIKA MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH W POLSCE I UE 77

1. Przepisy prawne i wytyczne w zakresie prowadzenia mieszkań wspomaganych w ramach projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego	77
2. Mieszkania chronione w Polsce – aktualny stan prawny	81
3. Modele mieszkań wspomaganych na przykładzie lidera i partnerów projektu <i>Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym – przykłady polskich rozwiązań</i>	85
4. Modele mieszkań wspomaganych w Unii Europejskiej	90

REKOMENDACJE	103
BIBLIOGRAFIA	105
ANEKS	111
Załącznik 1. Formularz zgłoszeniowy do mieszkania wspomaganego	111
Załącznik 2. Zaświadczenie o stanie zdrowia	113
Załącznik 3. Umowa najmu mieszkania wspomaganego	114
Załącznik 4. Regulamin mieszkania wspomaganego	117
Załącznik 5. Plan Postępowania Kryzysowego	120
Załącznik 6. Indywidualny Plan Wsparcia	122
Załącznik 7. Karta konsultacji specjalisty	125
Załącznik 8. Rejestr zdarzeń i sytuacji wymagających interwencji ...	126

SŁOWO WSTĘPNE

Jako członek zespołu pracującego nad stworzeniem uniwersalnego standardu dotyczącego mieszkań wspomaganych dla osób, których kryzys psychiczny doprowadził do kilkukrotnej hospitalizacji, doświadczyłem w pewien „teoretyczny” (choć nie do końca) sposób trudów i radości, jakie stają się udziałem mieszkańców nowo tworzonych mieszkań wspomaganych. Chociaż mam za sobą epizod przebywania w mieszkaniu chronionym, ten nowy rodzaj aktywności w charakterze członka Zespołu ds. opracowania Standardu okazał się dla mnie bardzo wzbogacający, także w dalszej perspektywie mojego rozwoju. Jednocześnie mam poczucie, że praca, jaką wykonaliśmy, przyczyni się do rozwoju mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie. We wstępie do niniejszej publikacji chciałbym podkreślić kilka istotnych dla mnie kwestii.

Po pierwsze chcę zwrócić uwagę na fakt, że istnieje rzeczywista potrzeba stworzenia osobom chorującym psychicznie warunków do rozwoju i leczenia poza szpitalem i domem rodzinnym. Osoby chorujące psychicznie, których stan zdrowia ulega stopniowej poprawie, potrzebują pomocy w stopniowym usamodzielnianiu się i powrocie do aktywności społecznej. Taką pomoc mogą otrzymać w mieszkaniu wspomaganim. Dlatego tak istotne jest ujednolicenie zasad funkcjonowania tego typu lokali i wspierania ich mieszkańców, a właśnie temu służy niniejszy standard.

Kolejna – i w zasadzie kluczowa – kwestia jest związana z zachodnio-europejskim i południowo-europejskim podejściem do choroby psychicznej i leczenia osób nią dotkniętych. Chodzi o to, aby w leczeniu i wspieraniu osób chorych psychicznie kierować się przede wszystkim miłością, tak by wszelkie tego typu działania odbywały się w duchu personalizmu i zrozumienia. Kontrastuje to z wizją szpitala, gdzie chory traktowany jest jako jeszcze jeden anonimowy pacjent czy numer w statystykach. Humanizm w pracy z chorymi psychicznie jest szczególnie ważny ze względu na stygmatyzację czy niezrozumienie, z którymi mogą się oni spotkać w społeczeństwie.

Podejście pełne miłości jest ważniejsze niż samo stworzenie osobie chorej miejsca do życia i codziennego funkcjonowania. Objawy, których

chory doświadcza, można złagodzić przez bycie „z nim” i bycie „dla niego”. Jeśli osoba chorująca psychicznie zetknie się z empatią, istnieje duża szansa na to, że szybciej odnajdzie ona sens w swoich trudnych doświadczeniach, a także zacznie służyć innym. Jest to fundament, na którym powinien się opierać system leczenia środowiskowego.

Idea mieszkań wspomaganych związana jest ze zmianą sposobu leczenia osób chorujących psychicznie, z odejściem od modelu leczenia szpitalnego na rzecz modelu leczenia środowiskowego. Ten kierunek wydaje się jak najbardziej słuszny, choć z pewnością nie należy całkowicie zrezygnować z pomocy w formie hospitalizacji, gdy zajdzie taka potrzeba.

Niezwykle ważną rolę w procesie zdrowienia odgrywa sama osoba chora i jej nastawienie do doświadczanej choroby. Przede wszystkim powinna ona uświadomić sobie, że to właśnie chory ma decydujący wpływ na to, jak dalej potoczyć się proces jego zdrowienia. Nie wolno odbierać mu szansy na samorozwój i na autoterapię. Musi mieć wystarczającą przestrzeń do realizowania swoich potrzeb i spełniania marzeń. Oczywiście wszelkie aktywności zależeć będą od stanu jego zdrowia, ale nikt nie powinien pozbawiać chorego możliwości decydowania o sobie i o tym, jak chciałby spędzać czas. Oprócz wsparcia terapeutycznego, treningów aktywizujących społecznie i zawodowo, ważne są także zwykłe przyjemności, takie jak obejrzenie dobrego filmu czy gra w grę komputerową.

Standard opracowany przez nasz zespół jest efektem przemyśleń i dyskusji nad tym, jak stworzyć warunki gwarantujące możliwie najlepszą jakość życia i leczenia dla osób chorujących psychicznie. Życzyłbym sobie i innym, aby został zastosowany w praktyce z pożytkiem dla jego odbiorców.

Damian Ziarkowski

WPROWADZENIE

„S tandardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” to projekt konkursowy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, współfinansowany ze środków *Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym*.

Projekt był realizowany od 1 marca 2018 roku do 30 listopada 2022 roku przez trzy województwa: lubelskie – reprezentowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie w partnerstwie z Charytatywnym Stowarzyszeniem Niesienia Pomocy Chorym Misericordia; podkarpackie – reprezentowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie oraz Stowarzyszenie „Radość” w Dębicy; świętokrzyskie – reprezentowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach i Caritas Diecezji Kieleckiej. Jego celem było wypracowanie, wdrożenie i upowszechnienie standardu w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie.

Zaprezentowany poniżej standard wdrażany był w pięciu nowo utworzonych mieszkaniach wspomaganych na terenie pięciu różnych gmin (3 gmin w województwie lubelskim, 1 gminie w województwie podkarpackim i 1 gminie w województwie świętokrzyskim). Gminy¹ te są zróżnicowane pod względem sytuacji społeczno-gospodarczej:

- Lublin – gmina duża miejska, pełniąca funkcję powiatu grodzkiego;
- Głusk (woj. lubelskie) i Żyraków (woj. podkarpackie) – gminy wiejskie, graniczące z miastami o dużej aktywności gospodarczej;
- Masłów (woj. świętokrzyskie) – gmina duża, wiejska;
- Żmudź (woj. lubelskie) – gmina mała, wiejska, typowo rolnicza.

W pierwszym etapie projektu (marzec–październik 2018 r.) wyłonione zostały gminy, w których realizowany był pilotaż standardu. Powołano także zespół, który w trakcie dwudziestu cyklicznych spotkań miał

¹ Początkowo do projektu zgłosiła się gmina Łaziska, której przedstawiciele brali udział w I etapie projektu, tj. w opracowywaniu standardu mieszkań wspomaganych. Gmina ta wycofała się z udziału w projekcie w styczniu 2019 roku, a na jej miejsce została zrekrutowana gmina Żmudź.

za zadanie wypracować modelowe rozwiązanie w obszarze mieszkalnictwa wspomaganego. Członkowie zespołu uczestniczyli w dwóch wizytach studyjnych (wyjazdy do Włoch i do Holandii) w celu zapoznania się z funkcjonowaniem ośrodków wsparcia środowiskowego oraz rozwiązaniami w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego w innych krajach Unii Europejskiej. Wizyty te dostarczyły wielu inspiracji do tworzenia niniejszego standardu.

Równolegle z pracami zespołu prowadzone były badania społeczne „Analiza potrzeb osób chorujących psychicznie w zakresie wsparcia środowiskowego ze szczególnym uwzględnieniem mieszkań wspomaganych”. Wypracowany przez zespół standard został poddany konsultacjom w trzech województwach realizujących projekt oraz w całym kraju – zasięgnięto opinii instytucji i organizacji zajmujących się pracą z osobami chorującymi psychicznie.

W drugim etapie projektu (listopad 2018–sierpień 2022 r.) opracowany standard został wdrożony w pięciu wytypowanych wcześniej gminach. Obiekty przeznaczone na mieszkania wspomagane zostały zaadaptowane zgodnie z wytycznymi zawartymi w standardzie (niezbędne roboty remontowo-budowlane, wyposażenie mieszkań). Zrekrutowani zostali uczestnicy projektu – osoby chorujące psychicznie, które w trakcie szkoleń i spotkań grupowych i indywidualnych zostały odpowiednio przygotowane do korzystania z mieszkań wspomaganych. Została także zatrudniona kadra do każdego z pięciu mieszkań.

Po przeprowadzeniu pilotażu, w trzecim etapie projektu (do listopada 2022 r.) wypracowane zostały rekomendacje oraz zrealizowano cykl szkoleń w zakresie stosowania standardu adresowany do przedstawicieli NGO (jako jednostek prowadzących mieszkania wspomagane) oraz przedstawicieli JST (jednostek samorządu terytorialnego) – jako organów prowadzących mieszkania lub zlecających to zadanie organizacjom pozarządowym i wydających decyzje kierujące osoby chorujące psychicznie do tychże mieszkań. W projekcie zaplanowano także promocję standardu, która odbywać się będzie poprzez organizację konferencji poświęconych tematyce mieszkań wspomaganych, upowszechnianie wypracowanego modelu z wykorzystaniem mediów publicznych oraz dystrybucję dokumentu „Standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób chorujących psychicznie”.

Zespół ds. opracowania Standardu został powołany zarządzeniem Dyrektora Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie w dniu 23 maja 2018 roku. W skład zespołu weszli przedstawiciele lidera i partnerów projektu, gmin, w których powstały modelowe mieszkania wspomagane, przedstawiciel użytkowników mieszkań wspomaganych – osób

chorujących psychicznie oraz pięciu specjalistów z zakresu wsparcia środowiskowego dla osób chorujących psychicznie. Były to następujące osoby:

- 1) Katarzyna Fus – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
- 2) Małgorzata Mądry – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
- 3) Marta Młynarczyk – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
- 4) Anna Bekier – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
- 5) Anna Czczko – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
- 6) Ewelina Bembenek – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie
- 7) Monika Bernat – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie
- 8) Agnieszka Karyś – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Kielcach
- 9) Małgorzata Kula – Stowarzyszenie „Radość” w Dębicy
- 10) Paweł Morawczyński – Stowarzyszenie „Radość” w Dębicy
- 11) ks. Stanisław Słowik – Caritas Diecezji Kieleckiej
- 12) Jolanta Kowalik-Pietrzyk – Caritas Diecezji Kieleckiej
- 13) Arkadiusz Sadowski – Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia”
- 14) Grzegorz Hawryło – Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia”
- 15) Artur Kochański – lekarz psychiatra
- 16) Magdalena Stawiarska – opiekun mieszkania chronionego
- 17) Damian Ziarkowski – przedstawiciel środowiska osób chorujących psychicznie
- 18) Emilia Walęciuk-Warchocka – pielęgniarka ze specjalizacją pielęgniarstwa psychiatrycznego
- 19) Beata Jeleńska – psycholog
- 20) Magdalena Kaleniec – terapeuta środowiskowy
- 21) Agnieszka Bolibok – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Głusku
- 22) Zofia Rosołowska – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie
- 23) Bożena Watras – Ośrodek Pomocy Społecznej w Łaziskach
- 24) Edyta Wadas – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żyrakowie
- 25) Aneta Kułak – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Masłowie
- 26) Marek Orzelski – Wydział Spraw Mieszkaniowych Urzędu Miasta Lublin
- 27) Bożena Kołosińska – Gmina Łaziska
- 28) Katarzyna Wilk – Gmina Żyraków

Prace zespołu trwały od 28 maja do 31 października 2018 roku.

Niniejsza publikacja składa się z trzech rozdziałów oraz Aneksów.

Rozdział I zawiera teoretyczne wprowadzenie do tematu mieszkań wspomaganych. Przedstawiono w nim rozumienie podstawowych pojęć,

jakimi są choroba psychiczna i zaburzenie psychiczne. Scharakteryzowano zaburzenia psychiczne oraz zaprezentowano ich etiologię i patogenezę. Opisano obraz kliniczny wybranych jednostek chorobowych stanowiących kryterium medyczne w procesie rekrutacji do mieszkań wspomaganych w niniejszym standardzie. W rozdziale zawarto także charakterystykę wybranych aspektów prawnych ochrony zdrowia psychicznego w Polsce oraz systemu leczenia i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W bardzo szczegółowy sposób opisano pozamedyczne czynniki wpływające na proces zdrowienia. Ważnym elementem tej części rozważań jest specyfika kontaktu terapeutycznego z podopiecznym psychotycznym, z podopiecznym w kryzysie, z podopiecznym odmawiającym kontaktu, agresywnym, depresyjnym, maniakalnym, przejawiającym cechy zaburzonej osobowości.

Rozdział II ma charakter praktyczny. Poświęcony został opisowi wypracowanych przez zespół ekspertów rozwiązań dotyczących funkcjonowania mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie oraz procesowi ich tworzenia. Kolejne podrozdziały dotyczą charakterystyki osoby chorującej psychicznie jako użytkownika mieszkania wspomagane, rekrutacji do mieszkania wspomagane, rodzajów i zakresów usług wspierających pobyt i aktywność osoby chorującej psychicznie w mieszkaniu wspomagany. Zawarto również opis personelu mieszkania wspomagane. Istotną częścią standardu jest zaprezentowanie opisu lokalu przeznaczonego na mieszkanie wspomagane dla osób chorujących psychicznie, procesu wdrażania i finansowania standardu.

W rozdziale III zaprezentowano przepisy prawne i wytyczne w zakresie prowadzenia mieszkań wspomaganych w ramach projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz aktualny stan prawny mieszkań chronionych w Polsce. Przedstawiono modele mieszkań wspomaganych prowadzonych przez organizacje pozarządowe – partnerów projektu *Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie*. Kończącą część stanowi prezentacja modeli mieszkań wspomaganych w Unii Europejskiej, głównie na przykładzie Włoch i Holandii.

Ważnym elementem Standardu są rekomendacje mające praktyczny charakter.

W aneksie do Standardu zawarto wzory dokumentów potrzebnych do uruchomienia i prowadzenia mieszkania wspomagane dla osób chorujących psychicznie.

SYSTEM WSPARCIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W POLSCE – ANALIZA TEORETYCZNA

1. Rozumienie choroby psychicznej i zaburzenia psychicznego

W e współczesnej terminologii psychiatrycznej nie istnieje jednoznaczna definicja zdrowia psychicznego czy choroby psychicznej. Właściwie samo pojęcie choroby zostało wycofane z oficjalnej terminologii medycznej i zastąpione terminem *zaburzenie psychiczne*.

Częstokroć rozróżnienie między zaburzeniami psychicznymi a chorobą psychiczną ma jedynie umowne znaczenie. Jak zauważa S. Pużyński (2015), zwrot „choroba psychiczna” w zasadzie nie jest już aktualny w medycynie. Brakuje wyraźnego rozróżnienia pomiędzy pojęciem *zaburzenie psychiczne* a terminem *choroba psychiczna*, które wciąż jest powszechne poza dziedziną psychiatrii i medycyny.

W polskiej *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* nie zamieszczono definicji choroby psychicznej ani też osoby chorej psychicznie, chociaż terminy te występują w tekście ustawy wielokrotnie, podano natomiast (art. 3), że:

Ilekoć przepisy niniejszej ustawy stanowią o osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, 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 (art. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. z 2020 r. poz. 685).

W polskim systemie prawnym pojęciu choroby psychicznej nadać no specyficzne znaczenie, odrębne od znaczenia terminu „zaburzenie”. Osoby cierpiące na choroby psychiczne w Polsce mają większy dostęp do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych niż ogół osób z zaburzeniami psychicznymi, ale też tylko wobec osób z chorobą psychiczną jest możliwe postępowanie lecznicze bez ich zgody.

Choroba psychiczna (*mental illness*) to termin pochodzący z medycznego modelu zaburzenia psychicznego. Odnosi się do różnych anormalnych form zachowania, na tyle poważnych, że kolidują one ze zwykłym trybem życia. Obejmuje złe przystosowanie motywacyjne, emocjonalne i społeczne. Choroba psychiczna powoduje znaczącą dezorganizację zachowania i ogólnej sprawności umysłowej.

Z definicji tej można jedynie pośrednio wnosić, że osoba chora psychicznie to osoba wykazująca objawy psychotyczne, choroba psychiczna zaś to zaburzenie, w którym występują objawy psychotyczne.

Poza objawami psychotycznymi – omamami (halucynacjami) i urojeniami – o tym, że zaburzenie psychiczne osiąga postać choroby, świadczyć może nasilenie objawów oraz poziom dysfunkcji. W związku z tym do kategorii „choroba psychiczna” zaliczać będziemy np. ciężki epizod depresyjny, gdzie mimo braku objawów psychotycznych dana osoba zmaga się z dotkliwym cierpieniem i nie jest w stanie nawet w minimalnym stopniu wypełniać dotychczasowych ról życiowych (Pużyński, 2007).

Zaburzenia psychiczne (*mental disorder*) to utrata umiejętności efektywnego reagowania przez organizm człowieka na bodźce generowane przez środowisko zewnętrzne i wewnętrzne, utrata równowagi wewnętrznej i umiejętności społecznej adaptacji.

Istnieją dwie podstawowe klasyfikacje zaburzeń psychicznych:

1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, opracowana przez ekspertów powołanych przez Światową Organizację Zdrowia. W 1992 roku powstała już jej dziesiąta rewizja, zwana w skrócie ICD-10. Rozdział piąty ICD-10 zawiera klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.
2. Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny Zaburzeń Psychiczych DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Autorzy ICD-10 wyjaśniają, że termin „zaburzenie” (*disorder*) jest używany w całej klasyfikacji w celu uniknięcia poważniejszych wątpliwości dotyczących określenia „choroba”, nie jest terminem ścisłym i ma wskazać na istnienie układu klinicznie stwierdzalnych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniami funkcjonowania indywidualnego. Podobne stanowisko prezentują

autorzy DSM-5, którzy w odniesieniu do poszczególnych kategorii diagnostycznych wyodrębnionych w tej klasyfikacji również stosują termin „zaburzenie” (*disorder*). Zwracają jednocześnie uwagę, że nie ma on zadowalającej definicji operacyjnej – dotyczy to zarówno jego znaczenia, jak i granicy, które mogą być rozpatrywane w różnych kontekstach, np. distresu, dyskontroli, niesprawności, przyczyn, obrazu klinicznego, statystycznego odchylenia od normy.

1.1. Charakterystyka i klasyfikacja zaburzeń psychicznych¹

Zaburzenia psychiczne definiowane są jako szczególny splot dysfunkcji czynności psychicznych i zachowania zależny od uwarunkowań biologicznych, psychicznych, społecznych oraz duchowych właściwy danej osobie (Kaszyński, 2013, s. 52).

Zaburzenia dzielimy na:

- psychotyczne (tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zakłócenia świadomości sfery emocjonalnej i nastroju),
- niepsychotyczne obejmujące: nerwice, upośledzenie umysłowe (tak zwaną niepełnosprawność intelektualną), zespoły organiczne, poważne problemy osobowościowe, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i niektóre nieprawidłowości funkcjonowania sfery seksualnej.

Najgłębszy problem psychiczny jest definiowany jako choroba psychiczna.

Według T. Burnsa (za: Podgórska-Jachnik, Pietras, 2014, s. 42) *choroby psychiczne* to takie, które są związane w pierwszym rzędzie z zaburzeniami myśli, uczuć i zachowań, niezależnie od etiologii tych zaburzeń. Zaburzenia psychiczne mogą bowiem mieć również genezę natury fizycznej, a więc mogą być skutkiem chorób, które można określić somatycznymi (np. depresja jako skutek choroby nowotworowej). Niektóre z zaburzeń wynikają ze schorzeń neurologicznych, czyli zaburzeń układu nerwowego czy samego mózgu (np. są wynikiem choroby Parkinsona czy stwardnienia rozsianego). Choć wpływają one również na funkcjonowanie psychiki i umysłu, choroby te nie muszą być leczone przez psychiatrę, lecz przez neurologa.

¹ Rozdział napisany w znaczącej części na podstawie A. Kanios, A. Bocheńska-Brandt, M. Białach, Ł. Kwiatkowski (2021) *Sytuacja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i w Niemczech. Wybrane konteksty*, Lublin: Wyd. UMCS.

Choroba psychiczna to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym a światem urojeń i halucynacji. Urojenia definiowane są jako „zaburzenia treści myślenia polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, odpornych na wszelką argumentację i podtrzymywane mimo jawnych dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość” (Wciórka, 2010). Urojenia mogą być różnej treści: wielkościowe, posłannicze, prześladowcze, nihilistyczne.

Choroba psychiczna to stan rozbicia granic *własnego ja*, któremu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Przeważnie są one związane z doświadczeniem objawów chorobowych pozytywnych (jak: urojenia, omamy) oraz negatywnych (jak: bładość emocjonalna czyli stan, w którym chory izoluje się od świata zewnętrznego, wydaje się obojętny na obecność osób bliskich, nie odczuwa radości, smutku lub przyjemności). Innymi objawami negatywnymi są: zmniejszenie aktywności, społeczne wycofanie się, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia (Kaszyński, 2013, s. 53).

Od 1 stycznia 2022 r., w ponad 100 krajach, w tym również w Polsce obowiązuje Jedenasta Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11). W okresie opracowywania standardu mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie obowiązywała jeszcze wersja ICD-10; wg tej klasyfikacji do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zaliczamy:

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

Według raportu *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska* w badanej próbie (10 tys. respondentów) u 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych

Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja (za: Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012).

Tabela 1. Zaburzenia psychiczne w Polsce (dane liczbowe)

Grupa zaburzeń	Szczegółowe rozpoznanie	N (tys.)	%
Zaburzenia nerwicowe	Agorafobia	153,9	0,6
	Uogólnione zaburzenia lękowe	289,9	1,1
	Napady paniki	100,8	0,4
	Fobie społeczne	455,7	1,8
	Fobie specyficzne	1103,5	4,3
	PTSD	291,7	1,1
	Neurastenia	252,6	1
	Ogółem zaburzenia nerwicowe	2470,3	9,6
Zaburzenia nastroju (afektywne)	Depresja	766,2	3
	Dystymia	160,4	0,6
	Mania	101,1	0,4
	Ogółem zaburzenia nastroju	904,3	3,5
Zaburzenia impulsywne	Zaburzenia opozycyjno-buntownicze	61	0,2
	ADHD	11,2	0,0
	Zaburzenia zachowania	612,8	2,4
	Zaburzenia eksplozywne	204,7	0,8
	Ogółem zaburzenia impulsywne	906,9	3,5
Zaburzenia związane z używaniem substancji	Nadużywanie alkoholu, w tym:	3065,4	11,9
	uzależnienie od alkoholu	616,1	2,4
	Nadużywanie narkotyków, w tym:	371,7	1,4
	uzależnienie od narkotyków	69,6	2,3
	Ogółem zaburzenia związane z używaniem substancji	3297,1	12,8
Ogółem, przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne		6053,5	23,4

(na podstawie: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022)

Wśród zaburzeń psychicznych w Polsce do najczęstszych należą zaburzenia depresyjne. Zaburzenia depresyjne charakteryzuje indywidualne

poczucie bezradności i niepowodzenia. Osoba dotknięta depresją nie jest w stanie osiągać celów swoich działań. Epizod depresji dużej trwa minimum dwa tygodnie – zachowanie osoby w tym czasie jest wyraźnie inne niż do tej pory. W tym okresie musi pojawić się co najmniej pięć z poniższej listy objawów, które przyczyniają się do istotnych zmian w sposobie funkcjonowania jednostki. Jednym z nich jest utrzymujący się obniżony nastrój albo utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności. Obniżony nastrój może być ujawniany przez pacjenta w postaci subiektywnych skarg dotyczących braku nadziei, poczucia bezradności czy pustki; stan ten może również zostać zauważony przez osoby bliskie. Dodatkowymi kryteriami diagnostycznymi są: wahania w wadze ciała lub zwiększenie albo zmniejszenie apetytu; bezsenność lub nadmierna senność; spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe zauważalne przez innych; utrzymujące się zmęczenie, poczucie braku energii, poczucie braku własnej wartości, nieadekwatne poczucie winy; obniżenie zdolności poznawczych, pojawiające się myśli o śmierci, nawracające myśli samobójcze, a nawet tworzenie planów samobójstw, czy ostatecznie próby samobójcze. Wyniki badania EZOP wskazują na występowanie depresji dużej, czyli większego zaburzenia depresyjnego u 3% dorosłych Polaków, przy czym istotnie częściej występuje ono u kobiet (4%) aniżeli u mężczyzn (1,9%) (Zawadzka, Czarkowska, Grajewska-Kulda, 2017, s. 111–112).

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe – jeśli stan podwyższonego nastroju i wzmożonej aktywności przeplata się z obniżeniem nastroju i spadkiem aktywności oraz powtarzają się przynajmniej dwa nawroty takich wahań nastroju niespowodowane żadną konkretną przyczyną, można podejrzewać, że dana osoba cierpi na zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Występowanie przynajmniej trzech spośród następujących objawów świadczy o tym zaburzeniu: zawyżona samoocena lub postawa wielkościowa (poczucie onnipotencji); zmniejszona potrzeba snu; rozmowność lub przymus mówienia; gonitwa myśli lub subiektywne odczucie gonitwy myśli; łatwe rozpraszenie uwagi; zwiększenie aktywności ukierunkowanej na cel lub pobudzenie psychoruchowe (bezcelowa aktywność), a także nadmierne zainteresowanie aktywnościami obciążonymi wysokim ryzykiem negatywnych konsekwencji (np. nieprzemyślane inwestycje, przypadkowe kontakty seksualne, kompulsywne zakupy) (Zawadzka, Czarkowska, Grajewska-Kulda, 2017, s. 114).

Zaburzenia lękowe to najbardziej rozpowszechniona grupa wśród zaburzeń psychicznych, którą dotkniętych jest 10% populacji. Do tej grupy zaliczają się między innymi: separacyjne zaburzenie lękowe, zaburzenia paniczne, agorafobia, fobia swoista (izolowana), społeczne zaburzenie lękowe (fobia społeczna) i zaburzenie lękowe uogólnione. Fobie stanowią grupę zaburzeń, w której natężenie strachu jest nieproporcjonalnie

wysokie w stosunku do rzeczywistego zagrożenia, co w znaczący sposób ogranicza funkcjonowanie jednostki. Wśród fobii swoistych najczęściej rozpoznawane są fobie przed: zwierzętami, krwią, wysokością, zamkniętymi pomieszczeniami, lataniem samolotem i burzą. Kolejnym przykładem fobii są społeczne zaburzenia lękowe – fobia społeczna (*social anxiety disorder* – SAD). W przypadku tego zaburzenia strach u jednostki wywołują sytuacje społeczne, w których może ona spotkać się z oceną innych osób (Zawadzka, Czarkowska, Grajewska-Kulda, 2017, s. 115–116).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder* – OCD) przejawiają się w występowaniu obsesji, czyli natrętnych myśli lub/i kompulsji, czyli natrętnych czynności (fizycznych czy psychicznych). W tej grupie zaburzeń mieszczą się jeszcze inne zaburzenia pokrewne, m.in.: cielesne zaburzenie dysmorficzne związane z nieadekwatnym postrzeganiem własnego ciała (*dysmorfofobia*) czy kompulsyjne gromadzenie przedmiotów (zbieractwo patologiczne) (Zawadzka, Czarkowska, Grajewska-Kulda, 2017, s. 117).

1.2. Etiologia i patogeneza zaburzeń psychicznych

Do zaburzenia czynności psychicznych dochodzi zwykle w wyniku współdziałania wielu przyczyn etiologicznych. Tradycyjnie wyodrębnia się czynniki:

- a) **endogenne** – związane z predyspozycją genetyczną determinującą zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego w różnych okresach życia;
- b) **somatogenne** – znane czynniki patogenne i procesy chorobowe doprowadzające do zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego;
- c) **psychogenne** – czynniki związane z nieprawidłowym rozwojem psychicznym, społecznym uczeniem się oraz sytuacjami i wydarzeniami powodującymi stres psychiczny.

W nowych koncepcjach etiopatogenetycznych powstanie zaburzeń psychicznych rozpatruje się w kontekście predyspozycji i sytuacji zewnętrznej. **Predyspozycja** obejmuje:

- a) czynniki genetyczne związane z czynnością mózgu;
- b) nabyte zmiany biologiczne ośrodkowego układu nerwowego;
- c) rozwój psychiczny osobowości.

Sytuacja zewnętrzna obejmuje stres psychiczny (np. wydarzenie życiowe, konflikt wewnątrzpsychiczny) oraz działanie patogenicznych czynników fizycznych i biologicznych. Udział poszczególnych czynników

etiologicznych w patogenezie określonych zaburzeń i chorób psychicznych jest zróżnicowany i zwykle jeden z nich odgrywa w danym zaburzeniu rolę dominującą.

1.3. Obraz kliniczny wybranych jednostek chorobowych stanowiących kryterium medyczne w procesie rekrutacji do mieszkań wspomaganych w niniejszym standardzie

Niniejszy standard określa profil osoby chorującej psychicznie jako odbiorcy wsparcia w postaci mieszkania wspomagane. Mieszkanie wspomagane dla osób chorujących psychicznie adresowane jest do osób z rozpoznaniem choroby ze spektrum schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii i urojeniowych (F20–F29) lub/i zaburzeń afektywnych (F30–F39).

F20–F29 – Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe

F20 – Schizofrenia

Zaburzenia schizofreniczne obejmują zaburzenia myślenia, emocji i spostrzegania zmysłowego powodujące osobiste cierpienie i wpływające na zachowanie, cechują się specyficznym odbiorem siebie i otaczającej rzeczywistości.

Dla celów praktycznych przydatny jest podział wymienionych objawów na grupy (wymiary), które mają specjalne znaczenie w rozpoznawaniu schizofrenii i które często występują razem. Należą do nich:

1. Wymiar pozytywny (wytwórczy), m.in.:
 - a) echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz ich ugłaśnianie;
 - b) urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia;
 - c) głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta lub dyskutujące o pacjencie między sobą albo innego typu głosy omamowe.
2. Wymiar dezorganizacji: przerwy lub wstawki w toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowanych wypowiedzi, neologizmy, podniecenie, zastyganie lub giętkość woskowa, mutyzm i osłupienie, negatywizm.
3. Wymiar negatywny:
 - a) objawy takie jak: apatia, zubożenie i spłylenie wypowiedzi, nie-spójność reakcji emocjonalnych, wybuchowość lub niedostosowane reakcje emocjonalne;

- b) znacząca jakościowa zmiana niektórych aspektów indywidualnego zachowania, przejawiająca się utratą zainteresowań, bezcelowością, beczynnością, postawą zaabsorbowania sobą i społecznym wycofaniem się.
- 4. Wymiar afektywny: podwyższenie lub obniżenie nastroju, depresyjne/wielkościowe sądy.
- 5. Wymiar poznawczy: osłabienie pamięci, koncentracji, kojarzenia, wnioskowania.

F21 – Zaburzenie typu schizofrenii

Zaburzenie typu schizofrenii (*schizotypowe*) cechuje się ekscentrycznym zachowaniem oraz nieprawidłowościami myślenia i afektu przypominającymi te, które występują w schizofrenii, choć w żadnym etapie nie nabierają one cech specyficznych i charakterystycznych dla schizofrenii. Nie ma tu zmian dominujących, występować może każde z zaburzeń:

- niedostosowany i ograniczony afekt,
- dziwne, ekscentryczne lub niezwykle zachowanie albo wygląd,
- skłonność do społecznego wycofywania się, utrudnione relacje z innymi,
- podejrzliwość i nastawienia paranoidalne,
- natrętne lumenacje bez wewnętrznego oporu,
- niezwykle doświadczenia percepcyjne z włączeniem iluzji somatosensorycznych lub innych, depersonalizacja i derealizacja,
- rozwlekłe, metaforyczne, nadmiernie wypracowane lub stereotypowe myślenie,
- niekiedy przemijające epizody quasi-psychotyczne.

Zaburzenie ma przebieg przewlekły ze zmiennym nasileniem. Niekiedy przechodzi w jawną schizofrenię.

F22 – Uporczywe zaburzenia urojeniowe

Grupę tę tworzą różne zaburzenia, a ich najbardziej wyrazistą charakterystykę kliniczną stanowi obecność urojeń, których nie można zaklasyfikować jako organicznych, schizofrenicznych ani afektywnych.

F23 – Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne

Kluczowe cechy tego zaburzenia to:

- ostry początek (rozwią się w ciągu 2 tygodni) jako podstawowa cecha określająca całą grupę,
- obecność typowego zespołu,
- obecność towarzyszącego ostrego stresu.

F24 – Indukowane zaburzenie urojeniowe

Rzadkie zaburzenie urojeniowe podzielane przez dwie osoby lub niekiedy przez więcej osób, które są ze sobą silnie związane emocjonalnie. Tylko jedna z nich przejawia właściwe zaburzenia psychiatryczne, u drugiej urojenia są one wyłącznie indukowane i zwykle ustępują, gdy osoby te zostają od siebie oddzielone. Źródłowe urojenia u osoby dominującej, jak i urojenia indukowane mają zazwyczaj przewlekły charakter, ich treść jest albo prześladowcza, albo wielkościowa. Osoba, u której powstały urojenia indukowane, przeważnie jest zależna od osoby z pierwotną psychozą lub jej podporządkowana.

F25 – Zaburzenia schizoafektywne

Zaburzenia te charakteryzują się tym, że objawy afektywne i schizofreniczne osiągają porównywalne nasilenie w trakcie tego samego epizodu choroby, występują jednocześnie lub w ciągu kilku dni po sobie.

F30-F39 – Zaburzenia nastroju (afektywne)

F30 – Epizod maniakalny

Do podstawowych objawów manii należą:

- podwyższenie nastroju – świetne samopoczucie, radość, szczęście, skłonność do żartów, brak adekwatnych reakcji emocjonalnych na wydarzenia przykre,
- zaburzenia tempa procesów psychicznych – szybkie myślenie, sprawna pamięć, ale wyraźna trudność skupienia uwagi; wzmożony napęd psychoruchowy, poczucie niespożytej energii i brak męczliwości (chorzy są nader ruchliwi, „wszędzie obecni”),
- zaburzenia rytmów biologicznych,
- zaburzenia emocji (dysforia).

Objawy wtórne manii to zmniejszony krytycyzm, niedostrzeganie trudności i przeszkód w realizacji podejmowanych działań, u części chorych występują urojenia wielkościowe. Chorzy ujawniają wiele powierzchownych zainteresowań, podejmują liczne inicjatywy, których z reguły nie kończą.

F31 – Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Zaburzenia te charakteryzują się występowaniem dwóch lub więcej epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonym nastrojem i aktywnością w postaci podwyższenia nastroju, wzmożonej energii i aktywności (*hipomania lub mania*) lub obniżenia nastroju oraz spadku energii i aktywności

(depresja). Charakterystyczny jest powrót do stanu zdrowia pomiędzy epizodami.

F32 – Epizod depresyjny

Obraz kliniczny depresji obejmuje objawy osiowe (podstawowe) oraz liczne nieswoiste objawy wtórne, będące prawdopodobnie reakcją osobo-wości chorego na pojawienie się objawów podstawowych.

Do objawów osiowych zaliczamy:

- obniżenie nastroju,
- osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych,
- zaburzenia rytmów biologicznych,
- lęk (nazywany *lękiem wolnoptyńczym*).

Należy podkreślić, że żaden z wymienionych (zwłaszcza spośród podstawowych) objawów sam w sobie nie jest charakterystyczny dla zespołu depresyjnego i może występować w innych zaburzeniach psychicznych, w niektórych chorobach somatycznych lub jako skutek uboczny farmakoterapii. Dopiero pojawienie się wszystkich tych objawów nadaje zespołowi depresyjnemu obraz specyficzny i odgrywa podstawową rolę w diagnostyce różnicowej depresji.

Objawy wtórne to:

- zaburzenia myślenia, w których dominują oceny depresyjne, takie jak: poczucie winy, depresyjna negatywna ocena siebie, swojego postępowania, zdrowia, szans wyleczenia, depresyjna ocena własnej sytuacji, przyszłości, przeszłości, ogólne zniechęcenie i brak chęci do życia, myśli i tendencje samobójcze,
- zaburzenia aktywności złożonej.

F33 – Zaburzenia depresyjne nawracające

W przebiegu choroby występują wyłącznie zespoły depresyjne, oddzielone okresami znacznej poprawy lub zdrowia. U części osób zaburzenia depresyjne wykazują uporządkowany, powtarzający się rytm nawracania, niekiedy związany z porą roku, u niektórych zaś depresja występuje niemal wyłącznie późną jesienią i zimą (depresja sezonowa). U wielu chorych nawroty skutecznie dezorganizują aktywność życiową, są przyczyną długich okresów niezdolności do aktywności zawodowej.

F34 – Uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju (afektywne)

Zaburzenia nastroju mają charakter przewlekły i zmienne nasilenie, większość epizodów nie osiąga stopnia uprawniającego do rozpoznawania hipomanii czy łagodnej depresji. Utrzymują się one przez wiele lat,

a niekiedy przez większą część dorosłego życia pacjenta, są przyczyną przygnębienia i ograniczają jego możliwości życiowe (zob. Pużyński, Wciórka, 2000; Seligmann, Walker, Rosenhan, 2003).

2. Aspekty prawne ochrony zdrowia psychicznego w Polsce

Osoby cierpiące na choroby psychiczne powinny być otoczone szczególną ochroną, opieką i życzliwością. Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia ochrony zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce jest *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego*, która swym zakresem podmiotowym obejmuje osoby:

- 1) chorujące psychicznie – wykazujące zaburzenia psychotyczne;
- 2) upośledzone umysłowo;
- 3) wykazujące inne zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Ustawa obejmuje ochroną także osoby, które wskutek choroby lub upośledzenia umysłowego nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie mają możliwości korzystania z opieki innych osób. Najważniejsze zasady omawianej ustawy to:

- 1) promocja zdrowia psychicznego,
- 2) szczególna ochrona praw pacjenta.

Ustawa określa m.in., że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa.

Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne (art. 1 i 2, rozdz. 1 Ustawy).

Głównymi zadaniami w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce według art. 2 są:

- 1) promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka (zapobieganie zaburzeniom),
- 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki

i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,

- 3) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego (z punktu 1, 2 i 3) należą do zadań własnych samorządów, województw, powiatów i gmin, a także do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia i zadań ministrów właściwych do charakteru działań.

W 2006 r. w szpitalach psychiatrycznych rozpoczęli działanie Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy poprzez możliwość bezpośredniego kontaktu z pacjentami na oddziałach udzielają im pomocy i wsparcia. Kolejnym przełomem było wpisanie w 2008 r. do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, którego I edycja była realizowana w latach 2011–2015. II edycja NPOZP na lata 2017–2022 została przyjęta w 2017 r., w którym to również wpisano do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego. Program ten wystartował w 2018 r. W tym samym roku rozpoczęły się w Polsce projekty deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, gdzie główną ideą jest przejście z leczenia skoncentrowanego na izolacji w szpitalu, tzw. model izolacyjny, na rzecz rozwijania środowiskowej opieki psychiatrycznej. W ramach pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego uruchomiono Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży.

Celem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest wykorzystanie wszystkich zasobów społecznych w celu włączenia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w proces zdrowienia, a w dalszej perspektywie zapewnienie im jak najszybszego powrotu do pełnienia ról społecznych i pełnowartościowego uczestnictwa w życiu społeczności.

Działania wynikające z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego mają charakter zadań wieloprofilowych, realizowanych przy zaangażowaniu wielu różnych resortów. Ma to w założeniach stanowić o jego powszechności i sile. Oprócz ministra zdrowia w realizację zadań programu mają włączyć się również ministrowie: sprawiedliwości, obrony narodowej, rodziny, pracy i polityki społecznej, edukacji i nauki, spraw wewnętrznych i administracji, cyfryzacji jak również Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy lokalne (województw, powiatów i gmin).

Cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego są następujące:

- 1) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, a w jej ramach:

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
 - udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;
- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Tutaj przewidziano następujące działania:
- opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu, a w jego ramach: gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu.

Innymi celami tego programu są również:

- promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zaburzeniom,
- rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu zdrowia psychicznego (*Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*).

Aktem prawnym mającym charakter uzupełniający wobec ustawowych zadań samorządów gmin w zakresie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin jest program *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi*. Podstawą prawną dla programu jest artykuł 23 ust. 1 pkt 7a ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.

Celami szczegółowymi pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi są:

1. Aktywizacja społeczna, psychiczna oraz fizyczna osób z zaburzeniami psychicznymi.
2. Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Integracja osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym.
4. Wsparcie dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

W ramach pierwszego celu, jakim jest aktywizacja społeczna, psychiczna oraz fizyczna osób z zaburzeniami psychicznymi, preferuje się następujące działania:

- spotkania terapeutyczne, mające na celu zrozumienie własnej sytuacji, poprawę kontaktu z otoczeniem,
- warsztaty mające na celu rozwój zainteresowań i umiejętności, które wpłyną pozytywnie na samoocenę uczestników i będą prowadziły do ich usamodzielnienia,
- działania wspierające rehabilitację społeczną dzieci,
- aktywności uwzględniające indywidualne zainteresowania osób z zaburzeniami psychicznymi,
- imprezy rekreacyjne, które służą rozwojowi aktywności społecznej i fizycznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz inne innowacyjne formy spędzania czasu wolnego.

W ramach celu drugiego nakreślono następujące działania:

- poszerzenie oferty środowiskowych form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin,
- upowszechnienie wiedzy na temat tych form wsparcia,
- kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje kadry pracującej z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

W zakresie integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym zaleca się działania mające na celu rozwój nowych form i metod wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, realizację przedsięwzięć, których celem jest podnoszenie świadomości społecznej na ten temat, a także inicjowanie wspólnych działań osób z zaburzeniami psychicznymi i osób zdrowych (np. pikniki, wystawy, koncerty prezentujące twórczość osób z zaburzeniami psychicznymi).

W ramach wsparcia dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi przewidziane są działania mające na celu:

- rozwój wsparcia środowiskowego,
- spotkania terapeutyczne mające na celu wzmocnienie lub poprawę relacji członków rodzin z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
- szkolenia, kursy i warsztaty dla rodzin,
- tworzenie i wsparcie grup samopomocowych dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi (*Program Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi*, 2017, s. 5–6).

Na dzień dzisiejszy można stwierdzić, że w obszarze ochrony zdrowia psychicznego polskie ustawodawstwo jest pełne i wyczerpujące. Znaleźć w nim można właściwą regulację zagadnień i problemów, jakie występują w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi oraz w organizowaniu ich życia codziennego. W Polsce coraz więcej instytucji zajmuje się promocją

zdrowia osób chorych psychicznie, wsparciem środowiskowym i aktywizacją społeczno-zawodową. Są to głównie organizacje pozarządowe działające w formie stowarzyszeń i fundacji.

3. System leczenia i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce

Poprawa sytuacji życiowej osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga nie tylko leczenia i rehabilitacji zdrowotnej, ale także skutecznych działań w zakresie upowszechniania różnych form wsparcia i pomocy oferowanych przez instytucje życia społecznego. Świadczenia udzielane osobom z zaburzeniami psychicznymi w Polsce podzielić można na dwa rodzaje: świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej i świadczenia z zakresu wsparcia społecznego. Świadczenia te udzielane są w ramach powszechnej opieki zdrowotnej i w ramach pomocy społecznej. We współczesnej psychiatrii od lat odchodzi się od instytucjonalnego modelu leczenia, stawiając na terapię środowiskową, choć nie zawsze pacjenci i ich rodziny są skłonni do zamiany szpitala na alternatywne miejsce leczenia. Z modelem środowiskowym wiązą się liczne korzyści, m.in. jest on bardziej dostępny, ogranicza negatywne aspekty leczenia (izolacja), ułatwia przestrzeganie praw pacjentów i przywraca im godność. Deinstytucjonalizacja lecznictwa psychiatrycznego i tworzenie nowych form opieki wymagają właściwego dopasowania wsparcia do potrzeb i deficytów społecznego funkcjonowania podopiecznych, uwzględnienia kontekstu zarówno medycznego, jak i społeczno-kulturowego.

Model środowiskowy opieki psychiatrycznej to dążenie do niwelowania potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej poprzez umożliwienie osobom z zaburzeniami psychicznymi alternatywnych form pomocy wobec pobytu w szpitalu i przybliżanie ich do miejsc zamieszkania chorych takich jak: aktywne poradnie z szeroką ofertą terapeutyczną, mobilne zespoły środowiskowe oferujące w zwiększonym zakresie możliwość świadczenia pomocy w domu chorego, placówki terapii i rehabilitacji w warunkach pobytu dziennego.

Obok pomocy zdrowotnej, w modelu środowiskowej opieki oferuje się wiele różnych, dostosowanych do potrzeb form wsparcia społecznego (np. pomoc bytowa, mieszkaniowa, kryzysowa) i uczestnictwa (różne formy wspomaganie nauki, chronionego lub wspomaganego zatrudnienia, poradnictwa zawodowego). Istotnymi cechami opieki środowiskowej są: dostępność pomocy, jej indywidualizacja i dostosowanie, koordynacja

i zachowanie ciągłości wtedy, gdy jest ona potrzebna. Warunkiem efektywnego funkcjonowania takiego systemu jest także odpowiedzialna i otwarta na potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi społeczność lokalna.

Model psychiatrycznej opieki środowiskowej cechuje zatem deinstytucjonalizacja, upodmiotowienie, odpowiedzialność, nastawienie na społeczność (wspólnotę). W odniesieniu do opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oznacza to przeniesienie ciężaru pomocy z instytucji szpitala psychiatrycznego do ośrodków pomocy, organizacji pozarządowych umiejscowionych w środowisku lokalnym. Upodmiotowienie oznacza odejście od postrzegania tych osób jako potrzebujących ciągłej opieki na rzecz stwarzania możliwości wyboru i większej autonomii. Z kolei odpowiedzialność, to działanie ukierunkowane na społeczność lokalną, która powinna stwarzać osobom z zaburzeniami psychicznymi odpowiednie środowisko życia, cechujące się akceptacją i pozytywnymi postawami (Załuska, 2015, s. 8).

Jak zauważa D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras (2014) w modelu psychiatrii środowiskowej ważne jest spełnienie następujących wytycznych:

1. Pacjent leczony jest we własnym środowisku społecznym, w miejscu zamieszkania.
2. W proces leczenia włączona jest rodzina pacjenta i społeczność lokalna.
3. Podmiotem leczącym jest interdyscyplinarny zespół terapii środowiskowej złożony z m.in. psychiatry, psychologa, psychoterapeuty, pracownika socjalnego, pedagoga, asystenta rodziny, prawnika.
4. Obowiązek organizacji podmiotów opieki środowiskowej spoczywa na władzach samorządowych.
5. Terapia pacjenta w środowisku społecznym sprzyja powrotowi chorego do pełnego życia społecznego, daje poczucie wsparcia i współuczestnictwa.
6. Powszechność terapii środowiskowej zapobiega procesom stygmatyzacji społecznej.

Leczenie według modelu środowiskowego wymaga podjęcia następujących działań:

- rozbudowywania sieci placówek środowiskowych leczenia psychiatrycznego: poradni, oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, najlepiej w zintegrowanej postaci Centrum Zdrowia Psychicznego;
- umiejscowienia łóżek psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych wraz z przekształceniem dużych szpitali psychiatrycznych w mniejsze jednostki (do 300 łóżek) i zlokalizowane bliżej miejsca zamieszkania chorego;

- stworzenia mechanizmu ekonomicznego sprzyjającego wcześniejszemu podejmowaniu leczenia w środowiskowych placówkach niestationarynych i ograniczaniu rozmiarów niezbędnej hospitalizacji, m.in. poprzez zwiększanie efektywności i skracaniu czasu trwania leczenia szpitalnego;
- zmiany organizacji oddziału psychiatrycznego zapewniającej odchodzenie od funkcji izolacyjnej na rzecz funkcji readaptacyjnej (tworzenie wspólnoty terapeutycznej, współpraca z rodziną, treningi domowe), a także kompleksowej terapii łączącej oddziaływania natury biologicznej (np. farmakologiczne) z oddziaływaniami psychicznymi i społecznymi;
- organizowania w lokalnych środowiskach oparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej wykazują poważne trudności w funkcjonowaniu;
- udostępniania osobom niepełnosprawnym z powodu zaburzeń psychicznych lub wychodzącym z choroby różnych form aktywizacji zawodowej w ramach działań rehabilitacyjnych, zatrudnienia wspieranego lub wspomagane oraz przedsiębiorczości społecznej;
- kształtowania w społeczeństwie postaw otwartości, życzliwości i akceptacji wobec osób z problemami zdrowia psychicznego, sprzyjających ich włączeniu w życie lokalnej społeczności,
- koordynowania różnych form leczenia, oparcia społecznego i rehabilitacji w lokalnym środowisku, tak aby na każdym etapie chorowania i zdrowienia zapewnić osobom potrzebującym pomoc dostosowaną do ich potrzeb;
- tworzenia sieci centrów zdrowia psychicznego jako ośrodków oferujących zintegrowaną i kompleksową, środowiskową opiekę psychiatryczną dla osób zamieszkujących na obszarze określonej społeczności lokalnej (powiat, grupa powiatów, duża gmina lub dzielnica wielkiego miasta), zarządzanej przez odpowiedzialny samorząd lokalny (Zaluska, 2015, s. 21).

3.1. System leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi

W Polsce pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi oferują takie placówki jak:

- *poradnie zdrowia psychicznego* – przyjmują osoby z wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych, przy czym nie jest wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Mimo dynamicznego rozwoju tej formy opieki zakres oferowanych w nich świadczeń

jest niejednakowy. Połowa dysponuje rozbudowaną ofertą, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych także sesje psychoterapii indywidualnej oraz rzadziej inne świadczenia. Pozostałe oferują usługi ograniczone do podstawowego poradnictwa lekarsko-psychologicznego, bądź wyłącznie lekarskiego (*Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, 2014, s. 49*). Oprócz poradni zdrowia psychicznego funkcjonują poradnie odwykowe, zajmujące się leczeniem osób uzależnionych od alkoholu, oraz poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, które obejmują opieką osoby uzależnione od środków psychoaktywnych innych niż alkohol;

- *poradnie psychologiczne* – uzupełniają działalność poradni zdrowia psychicznego;
- *zespoły leczenia środowiskowego* – mają charakter interdyscyplinarny, tworzą je psychiatrzy, psycholodzy, pielęgniarki, pracownicy socjalni, terapeuci środowiskowi bądź też inni specjaliści. Zapewniają kompleksową opiekę psychiatryczną, w szczególności osobom z ciężkim przebiegiem choroby psychicznej, niewspółpracującym w leczeniu. Podstawową zasadą, na której opiera się działanie takich zespołów, jest praca z pacjentem w jego środowisku naturalnym (wizyty domowe). Istotnym zadaniem zespołów leczenia środowiskowego jest także edukacja i udzielanie wsparcia rodzinie pacjenta oraz innym ważnym osobom z jego otoczenia, takim jak sąsiedzi czy współpracownicy. Zespoły leczenia środowiskowego są szczególnie ważną formą, przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku (*Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, 2014, s. 49*);
- *oddziały dzienne* jako forma leczenia pacjentów, u których dotychczasowe leczenie ambulatoryjne było nieskuteczne lub jako kontynuacja leczenia po pobycie na oddziale całodobowym. Oddział dzienny pełni funkcję diagnostyczno-terapeutyczną, a pacjent przebywa w nim minimum pięć godzin dziennie. Głównym zadaniem tej formy leczenia jest osiągnięcie poprawy funkcjonowania pacjentów i ich samopoczucia, redukcja objawów i zapobieganie nawrotom choroby, pomoc w podjęciu aktywności społecznej i zawodowej. Oddziaływania terapeutyczne stosowane w tego typu placówkach, poza farmakoterapią, to: psychoterapia, psychoedukacja, treningi umiejętności społecznych, trening funkcji poznawczych, terapia zajęciowa i inne formy terapii grupowej. Praca terapeutyczna odbywa się na zasadzie społeczności terapeutycznej i jest dostosowana do stanu i możliwości danego

pacjenta. Oddziały dzienne mogą być sprofilowane na: ogólnopsychiatryczne, leczenia zaburzeń nerwicowych, rehabilitacyjne, dla dzieci i młodzieży, dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;

- *oddziały całodobowe* – pacjent przebywa tu przez całą dobę i otrzymuje kompleksowe świadczenia (tj. diagnoza, leczenie, rehabilitacja i pielęgnacja). W szpitalach psychiatrycznych najczęściej wyodrębniane są oddziały o różnych profilach (przeważnie ogólnopsychiatryczne, ale też psychogeriatryczne, leczenia ostrych zespołów abstynencyjnych, leczenia zaburzeń afektywnych). Psychiatryczne leczenie szpitalne zorganizowane jest w Polsce w szpitalach psychiatrycznych i na oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych;
- *hostele terapeutyczne* – przeznaczone dla pacjentów, którzy opuścili niedawno szpital, zapewniają im całodobowe zakwaterowanie w warunkach zbliżonych do domowych, na ściśle określony czas (do 9 miesięcy). Personel może być obecny przez całą dobę lub tylko w ciągu dnia. Celem pobytu w hostelu jest zwiększenie umiejętności codziennego funkcjonowania pacjentów, monitorowanie objawów choroby i zapewnienie ciągłości leczenia;
- *zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)* – zapewniają opiekę długoterminową osobom przewlekle chorującym psychicznie. Główny nacisk kładzie się tu na farmakoterapię i opiekę, w mniejszym zaś stopniu na rehabilitację. Są formą opieki, wyrosłą z jednej strony z dawnych domów pomocy społecznej, pozostawionych na początku transformacji w resorcie zdrowia, a z drugiej – z części dużych szpitali psychiatrycznych, z których wydzielono część obiektów wraz z pacjentami przewlekle hospitalizowanymi, którzy całkowicie utracili kontakt ze swoim środowiskiem (*Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, 2014, s. 49*).

3.2. Rehabilitacja społeczna

W Polsce rehabilitację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi zapewniają:

- *środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi* – są to dzienne ośrodki oferujące rehabilitację społeczną i wsparcie. Program rehabilitacji polega na treningach umiejętności społecznych, terapii zajęciowej oraz różnych formach aktywizacji społecznej. Środowiskowe domy samopomocy są miejscami, w których podopieczni, czyli najczęściej osoby niepełnosprawne intelektualnie lub wykazujące

zaburzenia psychiczne, uczą się samodzielnego funkcjonowania. Organizowanie i funkcjonowanie tego typu placówek reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy. Unormowane prawnie instytucje przeznaczone są więc dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym) oraz dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych (Mirosław, 2016, s. 319);

- *specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi* – adresowane głównie do osób przejawiających duże trudności w funkcjonowaniu społecznym. Realizowane są przez regularne wizyty domowe terapeutów. Obejmują szeroki zakres działań, tj. pomoc w przełamywaniu izolacji, interwencje kryzysowe oraz wspieranie w procesie leczenia. W myśl Art. 50 ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 1 i 66) ta forma usług przysługuje:
 1. *Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych.*
 2. *Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.*
 3. *Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.*
 4. *Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.*
 5. *Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia:*
 - *kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi* – służą podtrzymaniu kontaktów społecznych przez osoby chorujące psychicznie oraz ich integracji ze środowiskiem. W klubach organizowane są spotkania tematyczne, wspólne rozwijanie zainteresowań (literatura, muzyka itp.). Nie sprawdza się tu listy obecności ani nie jest wyznaczany zakres obowiązków, nie trzeba deklarować częstotliwości uczestnictwa. Każdy, kto ma za sobą epizod choroby psychicznej i leczenia psychiatrycznego, może przychodzić do klubu codziennie, raz w tygodniu czy nawet raz na kilka miesięcy, by

spotkać osoby, które mają podobne doświadczenia, co zmniejsza poczucie osamotnienia i społecznego wyobcowania. Grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie działają na rzecz zdrowia i ochrony zdrowia, lokują się dość niezależnie od instytucji państwowych. Prowadzone są głównie przez organizacje pozarządowe (jak fundacje, stowarzyszenia i związki wyznaniowe) i przeciwdziałają osamotnieniu oraz zapewniają wsparcie. Mogą one spełniać wiele funkcji, m.in. afiliacyjną, ekspresyjną oraz pomocową. Grupy samopomocowe opierają się na potencjale wszystkich uczestników i to właśnie w grupie poszukują rozwiązania wspólnego dla wszystkich uczestników (Zadrozna, 2019, s. 66);

- *mieszkania chronione*, które mają na celu przywracanie osobom chorującym psychicznie umiejętności społecznych w warunkach samodzielnego mieszkania i tym samym umożliwiają im powrót do prawidłowego funkcjonowania społecznego. „Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną” (*Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku*, art. 53), (zob. też. Krajewska, 2020, s. 52);
- *domy pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi* – zabezpieczają potrzeby bytowe, opiekuńcze i pielęgnacyjne podopiecznych. DPS-y realizują też programy aktywizujące i podnoszące sprawność mieszkańców przez udział w terapii zajęciowej i rehabilitacji leczniczej. Zapewniają także dostęp do badań lekarskich, specjalistycznej diagnozy oraz świadczeń terapeutycznych i psychologicznych, zaopatrzenie w odpowiednie leki i przedmioty ortopedyczne.

3.3. Rehabilitacja zawodowa

W Polsce rehabilitacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi służą:

- *warsztaty terapii zajęciowej* – to miejsca realizacji procesu kompleksowej rehabilitacji wobec dorosłych osób niepełnosprawnych potrzebujących wsparcia i profesjonalnej pomocy na drodze przystosowywania się do aktywnego życia, szczególnie zawodowego i społecznego. W zajęciach uczestniczą osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności,

najczęściej intelektualnej, ze schorzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością sprzężoną, z dysfunkcją ruchu, słuchu, wzroku, ale też osoby przewlekłe chore (Wojtasiak, 2017, s. 74). Są to dzienne ośrodki przygotowujące do podjęcia zatrudnienia. Oferują dość intensywny program rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Zawierają elementy wsparcia zawodowego polegające na doradztwie zawodowym i pomocy w zdobywaniu miejsc pracy. Kładą nacisk na nabywanie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia pracy;

- *zakłady aktywności zawodowej* – są to zakłady pracy, których celem statutowym jest aktywizacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a także osób posiadających umiarkowany stopień niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, niepełnosprawność intelektualną lub chorobę psychiczną. Gmina, powiat oraz fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych, może utworzyć wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostkę i uzyskać dla niej status zakładu aktywności zawodowej, jeżeli co najmniej 70% osób zatrudnionych w tej jednostce stanowią osoby niepełnosprawne. W kraju funkcjonuje obecnie 123 zakłady aktywności zawodowej (GUS 2020, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*);
- *zakłady pracy chronionej* – są to przedsiębiorstwa przystosowane do zatrudniania osób niepełnosprawnych. Do głównych celów ich funkcjonowania należy nie tylko wypracowanie zysku, jak w każdej firmie, ale także aktywizacja zawodowa osób, które nie poradziłyby sobie na otwartym rynku pracy. Pracodawca starający się o statut zakładu pracy chronionej ma możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (Granosik, Czupryniak, 2017);
- *centra integracji społecznej* – są to instytucje, które mają charakter edukacyjny, a jednym z elementów edukacji może być praca ich podopiecznych w ramach działalności handlowej, usługowej lub wytwórczej. Działalność Centrum Integracji Społecznej (CIS) została określona w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. Nr 43, poz. 225). Celem działalności CIS jest reintegracja społeczna i zawodowa osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy, wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym. Efektem uczestnictwa w CIS jest zdobycie umiejętności pozwalających na podjęcie pracy u pracodawcy, rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej lub podjęcie wspólnych działań m.in. w ramach

- spółdzielni socjalnej (*Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym*, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU-20031221143/T/D20031143L.pdf>, dostęp z dnia 13.02.2022 r.);
- *kluby integracji społecznej* – mają na celu udzielanie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinom w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, w powrocie do pełnienia ról społecznych oraz w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych jako wartości na rynku pracy. W klubach integracji społecznej można organizować i prowadzić w szczególności:
 - 1) programy zatrudnienia tymczasowego mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilno-prawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia;
 - 2) poradnictwo prawne;
 - 3) działalność samopomocową w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych. Uczestnictwo w klubach integracji społecznej jest dobrowolne (*Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym*, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20031221143>, dostęp z dnia 13.02.2022 r.);
 - *przedsiębiorstwa społeczne* – jest to forma aktywności społeczno-gospodarczej prowadzonej przez organizację pozarządową, spółdzielnię socjalną czy spółkę handlową nienastawioną na zysk. Z założenia zyski z działalności przedsiębiorstwa społecznego nie zwiększają dochodu udziałowców czy właścicieli, tylko są przeznaczone na realizację celów społecznych lub rozwój pracowników i integrację ich wspólnoty. Definiując przedsiębiorstwa społeczne, trzeba zwrócić uwagę także na ich dychotomiczny wymiar. Tego rodzaju przedsięwzięcia mają bowiem charakter zarówno ekonomiczny i przedsiębiorczy, jak również społeczny. Za główne zasady funkcjonowania przedsiębiorstw społecznych uznaje się partycypacyjną i społeczną przedsiębiorczość, zatrudnienie i spójność społeczną, wzajemną ochronę i pomoc społeczną oraz rozwój lokalny. Szczególne obszary aktywności przedsiębiorstw społecznych to usługi socjalne, ochrona zdrowia, produkcja rolnicza, rzemiosło, usługi dla mieszkańców, edukacja (Bogacz-Wojtanowska, 2008, s. 20).

4. Pozamedyczne czynniki wpływające na proces zdrowienia – umacnianie, wsparcie, nadzieja

Zdrowienie jest procesem, a nie rezultatem i każdy może je określać na swój sposób, stawiać sobie własne cele. Za podstawę procesu zdrowienia uważa się umacnianie (*empowerment*). Umacnianie jest poczuciem osobistej siły i efektywności, poczuciem uzyskiwania kontroli nad swoim życiem. Umacnianie wiąże się z nadzieją – elementem niezbędnym dla niezależnego życia i zdrowienia. Źródło umacniania w programach prowadzonych przez pacjentów jest związane z poczuciem sprawstwa i wpływu na rzeczywistość (Prot-Klinger, 2013, s. 106–107).

Upodmiotowienie, umacnianie jest pojęciem uniwersalnym. Obejmuje wszystkich potrzebujących lub marginalizowanych, np.: mniejszości etniczne, młodzież i ludzi starych, niektóre grupy zawodowe.

Umacnianie jest procesem, poprzez który osoba uzyskuje zasoby: osobiste, instytucjonalne i społeczne, które pozwalają zdobyć większą kontrolę nad środowiskiem i realizować aspiracje. Zawiera możliwości nabycia i przećwiczenia nowych umiejętności, poszerzania wiedzy o zasobach i pełnym korzystaniu z nich, współpracy z innymi dla wspólnego celu, poszerzaniu sieci wsparcia społecznego, nabywaniu umiejętności przywódczych itp. Przyjęcie umacniania jako idei pozwala na zmianę sposobu myślenia społecznego na temat osób marginalizowanych, „udziela im głosu i prawa do wysłuchania”, zapewnia możliwość samostanowienia, stawia Osobę w centrum uwagi (Anczewska, 2010, s. 116).

Wsparcie społeczne (łac. *auxilium sociale*) to określenie, które zalicza się do centralnych pojęć współczesnej psychologii. Terminem wsparcie społeczne określa się „wszelką pomoc na rzecz jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których (jednostka lub grupa) samodzielnie nie byłaby w stanie przezwyciężyć (Kawula, 1999, s. 338).

H. Sęk i R. Cieślak (2004, s. 14–15) wyróżniają wsparcie strukturalne i funkcjonalne. W ujęciu strukturalnym wsparcie definiują jako obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocową wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji”. Podejście funkcjonalne określa wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej.

W literaturze przedmiotu wymienia się pięć zasadniczych płaszczyzn wsparcia społecznego: instrumentalne, emocjonalne, informacyjne, rzeczowe, duchowe².

Kluczową rolę w procesie włączania osoby chorującej psychicznie we wspólną przestrzeń odgrywa osoba terapeuty. Z jednej strony powinien on towarzyszyć podopiecznemu w chorobie, akceptować go i rozumieć, nadawać sens przeżyciom chorego i porządkować jego wewnętrzny świat. Z drugiej strony wszakże powinien być też wrażliwy na jego sytuację w świecie zewnętrznym – samotność, bezdomność, bezrobocie, społeczne odrzucenie, słabe więzi rodzinne, zniszczone więzi społeczne, trudności w dotarciu do placówki medycznej, załatwieniu sprawy w urzędzie, niemożność powrotu do szkoły, na uczelnię, wszechobecną komercjalizację. Ważnym zadaniem terapeuty – opiekuna osoby chorej psychicznie będzie zatem scalenie tych dwóch perspektyw: słabego, opuszczonego człowieka i chaotycznej, nieco zepsutej rzeczywistości, w której musi funkcjonować.

Wśród cech terapeuty związanych z utrzymaniem pozytywnego związku terapeutycznego i sprzyjających zmianie wyróżnia się między innymi bezwarunkową pozytywną akceptację pacjenta, empatię, bycie w zgodzie z własnymi odczuciami oraz otwieranie się przed pacjentem

² **Wsparcie instrumentalne** to forma instruktażu, który polega na udzielaniu informacji dotyczących konkretnych strategii postępowania. Ten rodzaj zachowań wspierających może również przybierać postać modelowania u osoby wspomaganej, efektywnych sposobów zaradczych.

Wsparcie informacyjne (poznawcze) polega na wymianie informacji dotyczących skuteczności działań podejmowanych przez osobę wspomaganą. Umożliwia osobie wspieranej dokonanie pełniejszej oceny sytuacji, położenia życiowego i problemu. Często przyjmuje formę dzielenia się własnymi doświadczeniami przez osobę wspomagającą przeżywającą podobne trudności (zwłaszcza w grupach samopomocowych).

Wsparcie rzeczowe (materialne) obejmuje swoim zakresem wszelką pomoc finansową, rzeczową, a także podejmowanie bezpośrednich działań na rzecz osoby znajdującej się w trudnej sytuacji.

Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu w toku interakcji pozytywnych emocji odzwierciedlających troskę, akceptację i przychylne nastawienie do wspomaganej osoby. Celem zachowań wspierających jest również wzmocnienie (lub wytworzenie) poczucia przynależności, opieki i podniesienia samooceny osoby wspomaganej. Dzięki interakcji wsparcia jednostki cierpiące i przeżywające trudne sytuacje mogą wyrazić swoje obawy, smutek, uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć. Ten rodzaj wsparcia występuje najpowszechniej i nawet jeśli nie przyczynia się do rozwiązania problemu, jest zwykle oczekiwany.

Wsparcie duchowe to rodzaj oddziaływania psychologicznego, którego celem jest psychiczne wzmocnienie osoby będącej w stanie apatii, bezradności, marazmu. Ten rodzaj wsparcia odnosi się do sytuacji krytycznych, kryzysów egzystencjalnych, gdy inne formy wspomagania nie wystarczają. Przedmiotem wsparcia duchowego są traumatyczne wydarzenia, ból, cierpienie. Polega ono na współodczuwaniu – duchowym towarzyszeniu drugiemu człowiekowi. W hospicjach czy zespołach opieki paliatywnej taka forma wsparcia jest szczególnie zasadna (Matecka, 2010, s. 76–77).

w celu ułatwiania mu dostępu do własnej indywidualności. Interesujące i ważne są zmienne wskazane przez pacjentów jako pomocne w psychoterapii – poczucie bycia rozumianym przez terapeutę, ułatwianie osiągnięcia wglądu, wsparcie, uczciwość terapeuty, okazana troska i zainteresowanie (Sosnowska, Prot-Klinger, Scattergood, Paczkowska, Smolicz, Ochocka, 2011, s. 725).

Do zadań terapeuty należy w szczególności:

- współudział w leczeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez uczestnictwo w planowaniu i realizacji terapii w wymiarze indywidualnym i społecznym, prowadzenie stałej oceny jej postępów oraz wybór adekwatnych oddziaływań psychospołecznych,
- stała dostępność dla podopiecznego, zapewniająca ciągłość opieki zdrowotnej i oparcia społecznego,
- integracja i koordynacja oddziaływań różnych placówek i specjalistów (nawet w wypadku bogatej oferty środowiskowej brak koordynacji może skutkować nieuzyskaniem pomocy zgodnej z potrzebami, np. z powodu niepełnej informacji lub niedostatecznej współpracy między placówkami),
- edukowanie otoczenia pacjenta w zakresie problematyki choroby psychicznej,
- tworzenie i rozwijanie sieci oparcia społecznego,
- kontakt ze szkołą/uczelnią i pomoc w powrocie do placówki oświatowej oraz w reintegracji z grupą rówieśniczą,
- ułatwienie kontaktu z systemem orzeczniczym bądź urzędem pracy,
- ułatwienie kontaktu z pracodawcą i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia.

Rehabilitacja powinna być prowadzona na każdym etapie leczenia i procesu aktywizacji, z uwzględnieniem różnorodnych oddziaływań wobec osoby chorującej. Działaniom ukierunkowanym na pracę z podopiecznym powinny towarzyszyć interwencje w jego otoczeniu społecznym – wśród członków jego rodziny, ale także w środowisku, w którym odbywa się leczenie i przygotowanie do pełnienia ról społecznych. Zasada prowadzenia rehabilitacji na każdym etapie zdrowienia podopiecznego wyraźnie wskazuje na potrzebę integrowania różnych podejść i uwzględniania różnych miejsc.

Do najważniejszych zasad rehabilitacji zaliczamy:

- Zasadę partnerstwa, która zakłada współudział osoby chorującej psychicznie w jej rehabilitacji. Objawy chorobowe, utrwalona bierność i poczucie izolacji społecznej powodują, że podopieczny wymaga często długotrwałej pracy opartej na bliskiej relacji terapeutycznej, która pozwala przezwyciężyć lęk, osiągać drobne sukcesy i obudzić motywację.

- Zasadę kompleksowości i wielostronności oddziaływań. Zasada ta potwierdza potrzebę wszechstronnego organizowania systemu pomocy. Ma to szczególne znaczenie w postępowaniu terapeutycznym wobec osób chorujących przewlekłe – usunięcie objawów chorobowych rzadko zapewnia tutaj sukces terapeutyczny. Leczenie nie powinno się zatem sprowadzać tylko do podawania leków, ale konieczne są również stosowne oddziaływania psycho- i socjoterapeutyczne, a troska o zdrowie psychiczne powinna być zorientowana na chorą osobę oraz na jej otoczenie społeczne.
- Zasadę optymalnej stymulacji. Osoby chorujące psychicznie są niezwykle wrażliwe, co można uznać za korzyść, ale i zagrożenie. Oznacza to, że mogą one wiele osiągnąć, pod warunkiem że stosować się będzie właściwe obciążenia – adekwatne do ich aktualnego stanu zdrowia i zdolności adaptacyjnych.
- Zasadę stopniowania trudności (powiązaną z zasadą optymalnej stymulacji). Nie powinno się wymagać od osoby, która opuszcza po kilku miesiącach oddział całodobowy, wykonywania tych samych zadań, jakim może sprostać osoba po roku uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej. Każda technika i miejsce terapii wymagają postępowania „krok po kroku”.
- Zasadę powtarzalności oddziaływań, która wynika z potrzeby nieraz wielokrotnego powtarzania tych samych czynności w celu utrwalenia nabywanych umiejętności. Zasada ta uwzględnia nawracający charakter chorób psychicznych, z czym niekiedy wiąże się konieczność uczenia się od nowa tych samych czynności po kolejnych nawrotach (Meder, 2000).

Rehabilitacja psychiatryczna może być realizowana w różnych formach, jednakże w każdym przypadku najważniejsza jest właściwa relacja terapeutyczna. Aby zbudować dobrą relację, terapeuta musi nawiązać kontakt z osobą chorującą.

4.1. Komunikacja terapeutyczna

Komunikacja terapeutyczna to pomoc kierowana do ludzi, którzy przeżywają różnego rodzaju kryzysy psychiczne związane zarówno ze sferą emocji, myślenia, jak i postrzeganiem rzeczywistości. W trakcie tego procesu rodzi się specyficzna relacja interpersonalna, którą określa z jednej strony choroba i osobista sytuacja życiowa pacjenta, a z drugiej postawa i podejście osoby udzielającej pomocy. Podstawę do nawiązania terapeutycznej komunikacji stanowi poznanie osoby chorującej i jej psychologicznej sytuacji: cech osobowości, cech choroby i trudności, jakie ona

stwarza w zaspokojeniu podstawowych potrzeb psychicznych, przeżyć, potrzeb, wyobrażeń i oczekiwań. W komunikacji terapeutycznej kluczowe jest angażowanie wewnętrznych zasobów psychicznych osoby chorującej, takich jak: posiadana wiedza i umiejętności, poczucie własnej wartości i wewnętrznego oparcia, nadzieja, poczucie sensu podejmowanych działań i przeżywanych doświadczeń, motywacja do wyzdrowienia czy zdolność do odreagowania emocjonalnych napięć. Terapeuta powinien być otwarty na punkt widzenia pacjenta, wrażliwy także na niewerbalne komunikaty, a jednocześnie dążyć do jasnego postawienia problemu i angażować pacjenta we wspólne poszukiwanie jego rozwiązania. Celem jest wzrost świadomości swojej choroby lub zaburzeń, definiowanie problemów, próba korekty niewłaściwych spostrzeżeń czy zachowań. Komunikacja terapeutyczna ma jednak za zadanie przede wszystkim pomóc osobie chorującej w samorealizacji, odzyskaniu/poprawieniu kontaktów z innymi ludźmi, a także w adaptacji do sytuacji życiowej, gdy pewne zmiany są szczególnie trudne do osiągnięcia.

„Swoistym rodzajem komunikacji jest komunikowanie terapeutyczne. W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka faz komunikowania się. Pierwsza faza ma na celu zapoczątkowanie procesu komunikowania. Jej celem jest wzajemne poznanie się, zdobycie potrzebnego zaufania. Dlatego ważne jest zwracanie się do klienta tak, jakby sobie życzył, zauważenie zmian w jego wyglądzie czy zaoferowanie swojego czasu, uwagi, obecności.

Druga faza służy podtrzymywaniu komunikowania, budowaniu dalszej akceptacji i zrozumieniu przez osobę chorującą istoty leczenia, zaakceptowaniu osoby chorującej, podtrzymaniu kontaktu. Ważną rolę odgrywa odzwierciedlanie oraz kierowanie do osoby chorującej wypowiedzianych przez nią pytań, myśli, odczuć, a nawet żądań, aby chory mógł dokładne zrozumieć to, co sam powiedział, a odpowiedź rozmówcy nakłoniła go do refleksji nad jego wypowiedziami. Istotną kwestią jest także dokładne i wyczerpujące przekazywanie osobie chorującej informacji, warunkujące jej adaptację w procesie leczenia oraz eliminujące jej lęki i niepokoje. Kolejnym ważnym elementem komunikacji terapeutycznej jest możliwość wykorzystania milczenia, silnie wpływającego na stan emocjonalny pacjenta, często stymulującego napięcie niezbędne do ujawnienia ważnych informacji, pogłębiającego już poznane dane i dającego czas na podjęcie decyzji, rozważanie alternatyw, a jednocześnie stwarzającego możliwość obserwacji komunikatów niewerbalnych oraz zachęcanie do podjęcia tematów interesujących pacjenta i kontynuowania kontaktu. Trzecia faza zwana fazą porządkującą komunikowanie ma na celu ukierunkowanie dialogu na poszukiwanie wspólnie z osobą chorującą zgodnej oceny zdarzeń, słów i myśli – słuchanie z zainteresowaniem, zadawanie pytań potwierdzających, że rozmówca zrozumiał sens wypowiedzi

pacjenta i rozważanie czy to, co słyszy od niego, może mieć jakieś inne znaczenie, nadawanie sensu niektórym nieprecyzyjnym i niewyraźnym wypowiedziom (klaryfikowanie), dające nie tylko korzyść informacyjną, ale także rozjaśniające myśli pacjentowi, a także podsumowanie/zamknięcie rozmowy, wysuwając konstruktywne wnioski.

Ostatnim etapem jest faza pogłębiająca komunikowanie. Elementami tego procesu jest werbalizacja (przeżyć, odczuć pacjenta) – nazywanie tego co osoba chorująca sygnalizuje, urealnianie rzeczywistości (przeżyć, odczuć pacjenta, zwłaszcza urojeń i omamów), zachęcenie chorego do działań w przyszłości i pracy nad własnym postępowaniem – wskazanie na alternatywne możliwości postrzegania rzeczywistości, podjęcie próby poszukiwania źródeł emocji – zaproponowanie pacjentowi refleksji nad stanem emocjonalnym i bezpośrednimi przyczynami tego stanu, zachęcenie do szukania związku pomiędzy zachowaniem pacjenta oraz otoczenia a jego uczuciami. Zaproponowanie współpracy poprzez takie relacje, w których chory może rozpoznać swoje problemy oraz zachęta osoby chorującej przez rozmówcę do projektowania przyszłych działań poprzez pracę nad swoimi problemami, do umożliwienia im między innymi wzięcie w swoje ręce odpowiedzialności za własne postępowanie kończy proces komunikacyjny” (Kułak-Bejda, Bejda, Waszkiewicz, 2019, s. 350–351).

4.2. Czynniki tworzące relację terapeutyczną

Według J.C. Czabały (1997) czynniki tworzące relację terapeutyczną to:

1. Kształtowanie samej relacji terapeutycznej.
2. Odrażenie emocjonalne podopiecznego.
3. Zmniejszenie napięcia.

Podstawą relacji terapeutycznej jest budowanie poczucia bezpieczeństwa, szczerość i głęboka empatia terapeuty wobec podopiecznego. Terapeuta nie musi się zgadzać ze swoim podopiecznym co do oceny przyczyny jego trudnej sytuacji. Chodzi tu raczej o próbę zrozumienia jego cierpienia, które być może uruchomiło wiele mechanizmów obronnych i przyczyniło się do zniekształceń percepcyjnych rzeczywistości. Bardzo ważne jest także poszanowanie godności pacjenta i przyznanie mu prawa do odmiennego zachowania wynikającego z choroby. Relacja terapeutyczna kształtowana w ten sposób buduje w podopiecznym zaufanie do samego siebie.

Terapeuta powinien odznaczać się także elastycznością. Ważne jest bowiem dostosowanie sposobu komunikacji do rodzaju zaburzeń podopiecznego lub do jego stanu psychicznego w danym momencie (Czabała, 1997).

W opiece psychiatrycznej, zwłaszcza w podejściu środowiskowym, terapeuta staje przed zadaniem nawiązania z pacjentem więzi, przewidując długotrwałą wzajemną współpracę. Uważa się, że taki terapeuta powinien budzić zaufanie pacjenta, umieć uwzględnić jego autorytet, a także zachowywać bezpieczne granice relacji.

Terapeuta zapewnia pacjentowi, korzystającemu przez lata z instytucji leczniczych, autonomię i niezależność w relacji z nim oraz ośrodkiem psychiatrycznym. Poznaje i stara się zrozumieć przeżycia chorego, tworzy bezpośrednią relację pełną ciepła i szacunku, a także zachowuje postawę elastyczności i optymizmu oraz tolerancji wobec psychopatologii.

Relacja terapeutyczna jest uznawana za główny czynnik przynoszący zmianę, a to, co w niej najbardziej istotne, to bycie razem z drugą osobą, bezwarunkowa jej akceptacja, empatia i spójność działań terapeuty.

4.3. Specyfika kontaktu terapeutycznego z podopiecznym psychotycznym

Zachowania osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne (zespoły paranoidalne, urojeniowe, omamowe) wynikają ze zmienionej percepcji i interpretacji otoczenia, dlatego wydają się dziwaczne i niezrozumiałe. Osoby te odznaczają się niezwyklej wrażliwością, którą można określić jako podstawowy brak poczucia wewnętrznego bezpieczeństwa. Często postrzegają otoczenie jako wrogie i zagrażające, a dodatkowo mają zazwyczaj bardzo niskie poczucie własnej wartości. Dlatego odczuwają lęk przed zbliżeniem się i zależnością od innych ludzi, ale równocześnie bardzo potrzebują tego kontaktu i tęsknią za bliskością drugiego człowieka. Początkowo wiele uczuć rozgrywa się u nich na płaszczyźnie wewnętrznej, a uczucia te starają się ukryć przed otoczeniem za fasadą konwencjonalnych zachowań i powierzchownych kontaktów. Gdy dołączają się typowe objawy psychotyczne (urojenia, omamy, halucynacje), chorzy nie są już w stanie utrzymać właściwego kontaktu z rzeczywistością. Zaczynają przypisywać innym własne fantazje i bardzo mocno odbierają obecność i zachowania innych osób. Często nie odczuwają przepływu czasu, a w ostrych fazach choroby przeszłość, teraźniejszość i przyszłość skupiają się dla nich w jednym punkcie. Towarzyszy im przy tym obezwładniający lęk, co powoduje, że wycofują się z kontaktów z otoczeniem i zamykają się w świecie własnych przeżyć.

Osoby cierpiące na psychozy potrzebują przede wszystkim zapewnienia o przyjaznym nastawieniu do nich i możliwości zapewnienia im ochrony i bezpieczeństwa. Potrzebują zrozumienia i akceptacji, a przede wszystkim szacunku dla ich indywidualności. Chorzy urojeniowi

wymagają jasnych i jednoznacznych komunikatów, gdyż niejasności składają do interpretacji urojeniowych.

Dobrze jest pozyskać zaufanie i poznać świat przeżyć chorego, nie dewaluując go lecz pokazując możliwości innych interpretacji niż urojeniowe, czy dystansowania się do doznań halucynacyjnych. Relacja zaufania między chorym z zaburzeniami psychiatrycznymi i opiekunem, otwarta komunikacja na temat przeżyć chorego, pozwoli na wczesne rozpoznanie pojawiających się zaostrzeń choroby i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Przede wszystkim jednak pomoże choremu w odreagowaniu negatywnych napięć i poczucia zagrożenia, a tym samym przekona go o potrzebie leczenia.

4.4. Specyfika kontaktu terapeutycznego z podopiecznym w kryzysie

Kryzys jest stanem braku wewnętrznej równowagi. Może mieć charakter przejściowy albo przewlekły. Kryzys pojawia się w odpowiedzi na sytuację postrzeganą jako przełomowa, w której dochodzi do wyczerpania się zasobów indywidualnych i środowiskowych służących walce z przeciwnościami losu (Kubacka-Jasiecka, 2003, s. 149). Można go rozpatrywać jako zjawisko rozwojowe lub pozbawione charakteru rozwojowego, jako specyficzną reakcję na jakieś szczególne zdarzenie bądź splot zdarzeń, analizując tę reakcję niezależnie od wieku jednostki. Kryzys występuje wtedy, kiedy zaistnieje sytuacja trudna i nowa, i brak nam wypracowanych i sprawdzonych rozwiązań lub sposobów postępowania, by sobie z nią poradzić. Człowiek zmuszony jest wówczas do samodzielnego poszukiwania nowej formy adaptacji, zmiany sposobu zachowania, stopniowego przyjmowania nowych postaw, a nawet podjęcia nowego stylu życia. W sytuacji kryzysowej dotychczasowe zasady funkcjonowania zawodzą, a nowy sposób rozumienia świata jeszcze się nie pojawił. W związku z tym kryzys wywołuje uczucie napięcia, niepewności losu, silny stres. Jeśli człowiek przechodzi ze starej sytuacji do nowej, to powoduje to czasowy regres i utratę stabilności (Sygulska, Krupska, 2019, s. 93–94).

Sytuacja kryzysowa świadczy o jakimś momencie zwrotnym w życiu człowieka. Jest to stan charakteryzujący się dużym napięciem emocjonalnym, towarzyszą mu przerażenie, obawa przed utratą kontroli, poczucie bezradności oraz niepokój o własne życie i zdrowie.

Osoba w takim stanie ma ograniczone możliwości poradzenia sobie z problemem, który go wywołał, dlatego bezwzględnie wymaga pomocy. Terapeuta powinien przede wszystkim zapewnić jej wsparcie

emocjonalne, ale w tej sytuacji należy też wykorzystać dostępne mechanizmy wsparcia społecznego. Bardzo ważnym elementem jest także wstępna ocena poziomu zagrożenia życia i zdrowia dotkniętej kryzysem osoby. Wszystkie te działania powinny iść w parze z oddziaływaniem terapeutycznym, czyli pracą nad obniżeniem lęku, wsparciem emocjonalnym oraz wzbudzaniem nadziei. Podczas pracy terapeutycznej istotne jest zachęcanie podopiecznego do mówienia o trudnej sytuacji oraz okazywanie mu zrozumienia i pełnej akceptacji dla jego bólu. Bardzo ważne jest także wsparcie podopiecznego w próbach samodzielnego poradzenia sobie z daną sytuacją. Towarzyszenie i aktywne słuchanie powoduje, że osoba w kryzysie powoli „zdejmuje z siebie” brzemień napięcia emocjonalnego, a dodatkowa pomoc ze strony otoczenia społecznego (np. w załatwieniu spraw urzędowych, w opiece nad dziećmi) pozwoli jej na wyciszenie się i przededefiniowanie problemu.

Szczególnym rodzajem kryzysu jest próba samobójcza. Jest to moment, gdy terapeuta musi szybko rozpoznać, jak duże jest prawdopodobieństwo, że komunikaty przerodzą się w czyny. Kontakt z osobą w kryzysie powinien polegać na okazaniu jej życzliwości, zrozumienia dla jej sytuacji oraz pełnej gotowości do udzielenia potrzebnej pomocy. Ważna jest postawa terapeuty wobec destrukcyjnych planów podopiecznego. Powinien on kategorycznie odrzucić samobójstwo jako sposób rozwiązania sytuacji kryzysowej oraz starać się przenieść ciężar dyskusji na problemy podopiecznego – w kategoriach celu, do jakiego dąży, i przeszkód, jakie stoją na drodze do jego osiągnięcia. Podczas rozmowy terapeutycznej należy się skoncentrować na ustaleniu czynników zewnętrznych uruchamiających stan kryzysu oraz możliwościach przeciwdziałania takim sytuacjom w przyszłości.

4.5. Podopieczny odmawiający kontaktu

Szczególnie trudnym zadaniem dla terapeuty jest praca z osobą odmawiającą kontaktu. Przełamywanie niechęci podopiecznego powinno się odbywać w znanym mu miejscu, najlepiej w domu, w otoczeniu bliskich mu osób. W tym wypadku terapeuta musi wykazać się intuicją i wyczuciem, nawiązać rozmowę tak, by podopieczny mógł swobodnie się wypowiedzieć. Niestety czasem próby nawiązania kontaktu z taką osobą nie przynoszą efektu. Jeżeli stan podopiecznego jest stabilny i nie ma zagrożenia dla niego samego oraz jego najbliższych, wówczas należy odczekać i poprzestać jedynie na obserwacji. W przeciwnym razie trzeba zasięgnąć opinii lekarza i podjąć decyzje co do dalszych działań.

4.6. Specyfika kontaktu z podopiecznym agresywnym

Jak pisze J. Meder (2007), powstanie napięcia i agresji u osób z zaburzeniami psychicznymi ma przyczynę wewnętrzną, chorobową. Spośród objawów chorobowych źródłem ukierunkowanej agresji wobec wybranych osób mogą być urojenia i omamy. Dezorientacja i pobudzenie wiążą się z uogólnioną agresją dotyczącą osób przypadkowych. Depresja może prowadzić do zachowań autodestrukcyjnych lub nieoczekiwanej agresji, która z punktu widzenia podopiecznego ma charakter obronny lub zapobiegający katastrofie życiowej, a jej obiektem są osoby bliskie.

Nawiązanie kontaktu terapeutycznego z osobą agresywną bywa trudne, lecz jest możliwe i przynosi podopiecznemu ulgę, dlatego nie należy rezygnować z podejmowania dialogu. Jest to szczególnie ważne, gdy podopieczny daje nam do zrozumienia, że odczuwa napięcie emocjonalne. Po upewnieniu się, że w jego zasięgu nie ma żadnych ostrych przedmiotów, możemy spróbować rozładować to napięcie przez szukanie dlań zastępczych obiektów (podanie papierosa, zaproponowanie gimnastyki).

Podczas próby nawiązania kontaktu terapeuta powinien podkreślać szacunek względem rozmówcy i życzliwe zainteresowanie jego problemami, bez lekceważenia czy demonstrowania dystansu. Należy stworzyć odpowiednie warunki do rozmowy, zasygnalizować gotowość poświęcenia rozmówcy takiej ilości czasu, jaka będzie konieczna. Podczas rozmowy ważne jest rzeczowe zachowanie terapeuty, który powinien unikać zbędnych interpretacji, moralizowania czy prezentowania własnych przekonań. Jeżeli uda nam się uspokoić podopiecznego, powinien on zdać sobie sprawę z naszej gotowości do udzielenia mu wsparcia w eliminowaniu i zapobieganiu agresji. W takiej relacji terapeuta wchodzi w rolę rzecznika interesów podopiecznego.

4.7. Specyfika kontaktu z podopiecznym depresyjnym

W psychiatrii terminem „depresja” określa się szczególny rodzaj zaburzeń nastroju oraz emocji. Jako choroba może mieć różny przebieg: łagodny, umiarkowany i ciężki. Jest on uwarunkowany nasileniem objawów, wśród których można wymienić obniżenie nastroju, utratę zainteresowań i zdolności cieszenia się, spadek aktywności oraz męczliwość.

Niestety liczba osób dotkniętych problemem depresji stale rośnie i dlatego uważana jest ona za jedno z największych zagrożeń zdrowotnych współczesnego świata. U osób z chorobami depresyjnymi występują różne objawy, zróżnicowane indywidualnie, ale także uzależnione

chorobami współistniejącymi. Za typowe objawy uznawane są zmęczenie i spadek energii, pesymizm, poczucie winy, bezwartościowości i bezradności, bezsenność, wczesne przebudzenia lub nadmierne spanie, niepokój, drażliwość, utrata przyjemności w życiu, trudności z koncentracją, podejmowaniem decyzji, zapamiętywaniem szczegółów, trwale przygnębienie, lęk, „puste” uczucia oraz myśli/próby samobójcze. Wygląd chorego charakteryzuje uboga mimika, smutny lub napięty wyraz twarzy, monotonny głos, spowolnione tempo wypowiedzi, ociężałe ruchy lub niepokój ruchowy (częsta zmiana pozycji ciała w czasie siedzenia, manipulowanie palcami rąk). Depresji towarzyszą także często uporczywe bóle w klatce piersiowej, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, bóle głowy, podbrzusza lub pleców, które bardzo często dominują nad innymi objawami (Kułak-Bejda, Bejda, Waszkiewicz, 2019).

W tym wypadku terapeuta wchodzi w rolę osoby współczującej, ciepłej, okazującej pełne zrozumienie. W procesie budowania relacji z chorym należy zdać sobie sprawę z jego trudności w udzielaniu odpowiedzi i przetwarzaniu informacji. Kontakt z osobą cierpiącą na zaburzenia depresyjne wymaga od terapeuty ogromnego taktu i cierpliwości. Terapeuta powinien wyciszyć emocje i swoim wewnętrznym spokojem i towarzyszeniem zapewnić poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwić wypowiedzenia się na nurtujące tematy. Podopiecznego należy wspierać, tłumaczyć mu objawy chorobowe i konieczność zmiany postawy, lecz komunikaty powinny być proste, a czasami wystarczy towarzyszenie w milczeniu i uważność.

4.8. Kontakt z podopiecznym maniakalnym

Zespół maniakalny charakteryzuje się zarówno zmianą wyglądu, zachowania, jak i objawami psychopatologicznymi. Epizod maniakalny zaczyna się nagle, a jego oznaki to euforyczny nastrój, gonitwa myśli, brak snu i spontaniczne zachowania, które stoją w opozycji do ogólnie przyjętych norm. Osoba w manii wierzy w swoje nadzwyczajne zdolności i możliwości. Nawiązanie z nią kontaktu wymaga cierpliwości, zrozumienia i ustępstw ze strony terapeuty, ale także stanowczości. Nie należy wchodzić w dyskusje z podopiecznym, by nie wprowadzać go w stan wzmożonej drażliwości. W większości przypadków osoba w manii wymaga pomocy lekarza, co z pełnym przekonaniem powinniśmy zakomunikować podopiecznemu, a w razie jego odmowy poddania się leczeniu, musimy dalej negocjować, dopóki nie znajdziemy argumentów, które do niego trafią (Puzyński, 1999).

4.9. Kontakt z podopiecznym przejawiającym cechy zaburzonej osobowości

Osobowość to zespół trwałych wzorców myślenia, odczuwania i zachowania, charakteryzujący indywidualny styl życia i sposób adaptacji jednostki. Osobowość jest efektem współdziałania czynników konstytucjonalnych, rozwojowych i doświadczeń społecznych. Zaburzenia osobowości i zachowania natomiast to rozmaite rodzaje funkcjonowania „mające jakość choroby”. Zaburzenia osobowości są głęboko zakorzenionymi i utrwalonymi wzorcami zachowania, mają charakter sztywnych, niedostosowanych do sytuacji reakcji na rozmaite okoliczności, zachodzących zarówno w życiu wewnętrznym, psychicznym jednostki, jak i w interakcjach społecznych. Reakcje te skrajnie różnią się od tego, jak przeciętna jednostka spostrzega, myśli, czuje, a w szczególności wchodzi w relacje z innymi. Zaburzenia osobowości uważa się za jedną z przyczyn powstawania innych chorób: nerwic, psychoz, uzależnień itp.

Zaburzenia osobowości wynikające z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego określa się jako „charakteropatie” i odróżnia od zaburzeń uwarunkowanych psychospołecznie. „Charakteropatia” związana jest często z zachowaniami aspołecznymi i antyspołecznymi. Jej przyczyna tkwi w uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego o różnej etiologii, toteż wyróżniamy charakteropatię pourazową, alkoholową, w następstwie zapalenia mózgu, zespół po wstrząśnieniu mózgu (dawniej encefalopatia), charakteropatię wynikającą z naczyniowego uszkodzenia OUN i inne. Podopieczni z zaburzeniami osobowości mają trudności w przezwyciężeniu konfliktów wewnętrznych, zmieniają plany życiowe, kryteria oceny własnej wartości, opinie, relacje z innymi ludźmi. W stosunku do siebie przyjmują wrogą postawę, czują wstręt, nienawiść do siebie, nie znajdują w sobie oparcia. Występują u nich zachowania autodestrukcyjne: samookaleczenia (podcinanie żył, przypalanie ciała), myśli, plany i próby samobójcze. Te autodestrukcyjne zachowania są zwykle poprzedzone i powodowane zagrożeniem separacją, a pacjenci odczuwają silny lęk przed porzuceniem. Oczekują od innych – np. od terapeutów, bliskich – większej uwagi. Samookaleczenia zdarzają się podczas rozstań i często przynoszą pacjentom ulgę przez to, że „mogą coś poczuć” lub wyrazić. W takich przypadkach podopieczny powinien mieć jednego terapeutę i ściśle określone zasady kontraktu terapeutycznego. Zdrowienie pacjenta polega na tym, że terapeuta funkcjonuje dla pacjenta jako jego ego. Ego pacjenta o rozlanych granicach jest źródłem choroby, stąd rolą terapeuty jest jasne określenie granic, a wskazaniem dla pacjenta jest ich nieprzekraczanie (Ciulkin-Kosiorek, 2000).

STANDARD MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH DLA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

1. Idea mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie

Mieszkania wspomagane dla osób chorujących psychicznie stanowią istotny element w systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej oraz wpisują się w proces deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w Europie. Ewolucja w systemie opieki psychiatrycznej została zapoczątkowana w latach siedemdziesiątych XX wieku w Trieście, we Włoszech. Franco Basaglia, powołany w 1971 roku na stanowisko dyrektora szpitala psychiatrycznego San Giovanni w Trieście, rozpoczął pionierską pracę nad zmianą modelu opieki psychiatrycznej z instytucjonalnego na środowiskowy. W 1973 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała Triest za pilotażowe centrum procesu deinstytucjonalizacji opieki nad zdrowiem psychicznym. W 1980 roku szpital psychiatryczny San Giovanni został zamknięty – jako pierwszy w Europie, a w ciągu trzech kolejnych dekad wypracowany został model opieki środowiskowej, który jest wzorcowy w skali narodowej i światowej.

Decentralizację wielu funkcji społecznych przeprowadzono m.in. w Niemczech, Włoszech, Holandii, Norwegii, Hiszpanii, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Danii, Francji i Stanach Zjednoczonych (Grewiński, 2021). W Polsce proces decentralizacji funkcji społecznych trwał od początku lat 90. XX w. i dotyczył przekazywania zadań samorządowym jednostkom terytorialnym. Samorządy miały za zadanie przede wszystkim instytucjonalizować zadania społeczne, czyli budować, tworzyć instytucje, które jako podmioty polityki społecznej zajmujące się różnorodnymi zagadnieniami i potrzebami miały posiadać odpowiednią infrastrukturę społeczną, kadry (służby społeczne), procedury i przede wszystkim miały posiadać standardy usług społecznych. Stąd też wysiłek wielu samorządów przez

ostatnich 30 lat skoncentrowany był głównie na tym, żeby tworzyć instytucje społeczne. Władze samorządowe zainwestowały w to spore środki finansowe, nie tylko własne, ale pozyskiwane także z UE, kredytów i pożyczek, czy też z programów centralnych. Po 30 latach inwestycji społecznych w instytucje można powiedzieć, że wiele zrobiono, aby stworzyć w Polsce sieć dobrze działających podmiotów asekurujących przed różnymi ryzykami i oferujących usługi pod konkretne potrzeby społeczne (Grewiński, Lizut, 2021).

Idea deinstytucjonalizacji została szczegółowo opisana w dokumencie pn. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, listopad 2012 (podtytuł: *Wytyczne w zakresie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w przypadku dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz osób starszych w Europie*). Wytyczne te opracowała Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności w listopadzie 2012 roku, a projektem zarządzała Fundacja Lumos. W konsultacjach brało udział wiele organizacji, które dbały, aby wytyczne odnosiły się do wszystkich grup użytkowników – dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym i osób starszych. Były to m.in. Europejskie Stowarzyszenie Świadczeniodawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych, Europejskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Europejska Sieć na rzecz Niezależnego Życia/Europejska Koalicja na rzecz Mieszkalnictwa w Otwartym Środowisku i Europejska Organizacja Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Wytyczne są skierowane do polityków i wyższych rangą urzędników służby cywilnej odpowiedzialnych za takie obszary polityki jak: opieka zdrowotna, mieszkalnictwo, edukacja, kultura, zatrudnienie i transport. Zdaniem autorów dokumentu mogą one być wykorzystywane na wszystkich szczeblach, w tym również przez gminy i regiony odpowiedzialne za świadczenie usług oraz zarządzanie nimi w skali lokalnej.

Europejscy eksperci zdefiniowali pojęcie zakładu oraz medykalizacji jako czynników utrudniających włączenie społeczne osób niepełnosprawnych, w tym chorujących psychicznie. I tak zakładem jest każda placówka opieki stacjonarnej – szpital psychiatryczny, dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy. Osoby przebywające w zakładach są odizolowane od społeczeństwa, muszą mieszkać i przebywać razem z innymi podopiecznymi (na jednej sali, w jednym oddziale), poddając się wymogom organizacyjnym instytucji kosztem indywidualnych potrzeb. W efekcie tracą kontrolę nad decyzjami, które ich dotyczą, i nad swoim życiem.

Medykalizacja lub też podejście medyczne polega na tym, że oceniając osoby niepełnosprawne, specjaliści koncentrują się jedynie na stanie ich zdrowia oraz na eliminacji ich deficytów przez działania czysto medyczne i korygujące, możliwe do przeprowadzenia tylko w instytucji zamkniętej. W efekcie osoba chorująca psychicznie zostaje odizolowana od społeczeństwa i ograniczona w swym obszarze wolności, co może prowadzić do łamania praw człowieka.

Ocena stanu osoby chorującej psychicznie powinna mieć charakter całościowy, uwzględniający jej sytuację rodzinną, społeczną, mieszkaniową i finansową. Oznacza to przyjęcie do wiadomości, że głównym czynnikiem upośledzającym ludzi są bariery w ich otoczeniu. Likwidacja tych barier przez włączenie osób chorujących psychicznie w lokalne środowisko przyczyni się do ich zdrowienia i pełnej integracji ze społeczeństwem. (*Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, s. 141–142).

W międzynarodowych standardach powszechnie apeluje się o zapewnienie osobom chorującym psychicznie szerokiego wyboru form terapii – psychoterapii indywidualnej i grupowej, terapii przez sztukę, sport, dostępu do pomieszczeń rekreacyjnych i ćwiczeń na świeżym powietrzu, jak również możliwości w zakresie edukacji i zatrudnienia w celu wzmocnienia ich niezależnego funkcjonowania. Wiele krajów Unii Europejskiej zaczęło wprowadzać zmiany w sposobie zapewnienia opieki i wsparcia osobom niepełnosprawnym, w tym chorującym psychicznie, zastępując niektóre lub wszystkie stacjonarne zakłady lecznicze usługami świadczonymi na poziomie społeczności lokalnych. W przeciwieństwie do zakładów stacjonarnych usługi te powinny wspierać w jak największym stopniu niezależne życie osób chorujących psychicznie, uczyć je samodzielności, umiejętności budowania relacji z drugim człowiekiem i współpracy. Istotnym elementem przejścia od opieki instytucjonalnej do życia w społeczności jest zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych, które dają użytkownikom pełny wybór i kontrolę nad tym, gdzie, jak oraz z kim mieszkają. Dla wielu osób niepełnosprawnych podstawową kwestią jest dostępność fizyczna oraz przystępność cenowa mieszkań, które nie prowadzą do izolacji, a zarazem są bezpieczne. W związku z tym należy wdrożyć politykę zapewniającą dostęp do mieszkań wspomaganych i socjalnych oraz zwiększenie liczby mieszkań lub domów budowanych zgodnie z zasadami uniwersalnego projektowania.

Prawo do mieszkania jest jednym z podstawowych praw człowieka, podobnie jak posiłek, ubranie, świadczenia medyczne i socjalne. Brak mieszkania wyklucza każdą jednostkę z dostępu do funkcjonowania w rolach społecznych, z dostępu do edukacji, rynku pracy i życia rodzinnego.

Z kolei mieszkanie w warunkach niekomfortowych lub w toksycznej atmosferze daje poczucie braku bezpieczeństwa i braku kontroli nad własnym życiem.

Osoby przewlekle chorujące psychicznie mają duże problemy z reintegracją społeczną i zawodową lub z utrzymaniem się w rolach społecznych i w miejscach pracy. Większość z nich nie podejmuje aktywności zawodowej lub próby te kończą się porażką. W efekcie utrzymują się z bardzo niskich dochodów (tj. renta lub zasiłek i świadczenia z pomocy społecznej), co uniemożliwia samodzielne mieszkanie. Najczęściej mieszkają z rodziną, a jeśli są to osoby samotne lub rodzina nie radzi sobie z ich kryzysami, zmuszone są egzystować w domach pomocy społecznej lub zakładach opiekuńczo-leczniczych. Instytucje te w większości pozbawiają osoby chorujące samodzielności, możliwości rozwoju i chęci do aktywnego życia. Następuje stopniowe obniżenie ich umiejętności społecznych, a nawet izolacja społeczna, co dodatkowo przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Trzeba także podkreślić, że osoby przewlekle chorujące psychicznie, które nie chcą się poddać opiece instytucjonalnej oraz nie mają dokąd wrócić, niejednokrotnie pozostają bezdomne.

„Własny kąt” – w postaci mieszkania wynajmowanego, socjalnego czy wspomagane – stanowi zatem niezbędny element w procesie reintegracji społeczno-zawodowej osoby chorującej psychicznie. Daje poczucie stabilności i zakorzenienia w środowisku lokalnym, przyczynia się do budowania lub wzmocnienia swojej tożsamości i poczucia własnej wartości.

W ogólnoeuropejskich wytycznych eksperci, powołując się na badania w dziedzinie problemów ze zdrowiem psychicznym, sugerują, że do najlepszych praktyk w zakresie zapewnienia mieszkań ze wsparciem należą:

- mieszkania rozproszone – mieszkania i domy takie same jak zamieszkiwane przez większość ludzi, rozmieszczone równomiernie w dzielnicach mieszkalnych wśród reszty populacji (mieszkanie jest miejscem zamieszkania, a nie leczenia),
- dostęp do podstawowych usług w dziedzinie opieki zdrowotnej i usług socjalnych,
- zapewnienie elastycznego, zindywidualizowanego wsparcia, które umożliwia niezależne życie we własnym mieszkaniu, a jednocześnie w ramach społeczności,
- indywidualny wybór: użytkownik może zdecydować, czy chce żyć samotnie, czy z innymi osobami, i z jakiego rodzaju wsparcia chce skorzystać.

Zaleca się również, aby świadczenie opieki społecznej nie było powiązane z zapewnieniem mieszkania. W ten sposób użytkownik będzie miał

większe możliwości wyboru otrzymywanego wsparcia, a zmiana miejsca zamieszkania nie będzie oznaczać konieczności zmiany świadczeniodawcy i odwrotnie (*Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, s. 95).

Przystępując do pracy nad standardem, nasz zespół rozważał, który model mieszkania jest lepszy dla zdrowienia i rozwoju osoby chorującej psychicznie – opiekuńczy czy usamodzielniający. Dotychczas stosowany termin „mieszkania chronione”, obowiązujący w wypadku mieszkań prowadzonych przez ośrodki pomocy społecznej, zakłada stałą opiekę i wsparcie dla osób chorujących psychicznie. Pojawia się także pytanie o znaczenie określenia „chronione” – czy chcemy chronić wrażliwą, chorującą osobę przed niesprzyjającym jej społeczeństwem, czy też społeczeństwo przed budzącym niepokój, groźnym pacjentem?

Wydaje się, że termin „wspomagane” trafnie oddaje ideę niezależnego życia mieszkańca, który jest wspierany i stymulowany przez personel terapeutyczny na miarę jego potrzeb i oczekiwań. Przy opracowywaniu standardu rozważane były zatem następujące zagadnienia związane z organizacją wsparcia w mieszkaniu wspomaganim (MW) i potrzebami jego mieszkańców:

- Czy pobyt w mieszkaniu wspomaganim ma charakter terapeutyczny i czy korzystanie ze wsparcia terapeutycznego jest obowiązkowe dla mieszkańca?
- Czy usługi terapeutyczne powinny być świadczone w mieszkaniu czy na zewnątrz?
- Czy regulamin nakłada na mieszkańca pewne obowiązki (tj. odnośnie do zażywania leków, systematycznej konsultacji w poradni zdrowia psychicznego, systematycznego korzystania z form wsparcia środowiskowego, w tym uczęszczania do dziennych ośrodków wsparcia) lub konieczność podjęcia aktywności zawodowej?
- Jaki powinien być koszt mieszkania, żeby nadmiernie nie obciążać finansowo mieszkańców, a jednocześnie przyzwyczajać ich do odpowiedzialności w samodzielnym życiu?

Należy zwrócić uwagę, że większa ilość form wsparcia i/lub ich większa częstotliwość zwiększa poczucie bezpieczeństwa osoby chorującej psychicznie, ale też zwiększa jej zależność terapeutyczną. Badania prowadzone wśród mieszkańców mieszkań wspomaganych opisane w „The Harvard Mental Health Letter” z 2005 roku koncentrowały się na analizie trzech aspektów:

1. Jak osoba chorująca psychicznie doświadcza opieki i warunków mieszkaniowych?

2. Jak osoba chorująca psychicznie doświadcza relacji z innymi osobami w mieszkaniu?
3. Jak osoba chorująca psychicznie doświadcza relacji z opiekunami mieszkania?

Większość osób chorujących psychicznie bardzo sobie ceniła autonomię, brak obowiązku uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych lub swobodny ich wybór, przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia ze strony organizacji/instytucji prowadzącej mieszkania wspomagane. Badani skarżyli się natomiast na konieczność odnawiania kontraktu na mieszkanie raz na trzy lata, co zmniejszało ich poczucie stabilności.

Mieszkańcy podkreślali, że cieszy ich obecność innych osób w mieszkaniu, jak również opiekuna, z którym mogą się podzielić swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą. Gdy byli zdani tylko na siebie, bez zorganizowanych zajęć i wsparcia terapeutycznego – częściej rodziły się sytuacje konfliktowe między mieszkańcami. W sytuacji gdy terapeuta jest „w gotowości”, ale nie organizuje systematycznych zajęć czy spotkań, wiele osób chorujących psychicznie ma problem ze zwracaniem się o pomoc. Badani zaznaczali także, jak ważna jest postawa zespołu terapeutycznego, który traktuje ich z empatią i szacunkiem, jak przyjaciół, a nie pacjentów.

Znaczna część badanych twierdziła, że przed zamieszkaniem w mieszkaniu wspomaganim nie miała zapewnionej ciągłości opieki i częściej trafiała do szpitala. Personel mieszkania wspomagane, monitorując stan zdrowia mieszkańców i zapewniając interwencję w razie kryzysu, daje im poczucie bezpieczeństwa. Zdaniem większości z nich idealnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie stałej opieki ambulatoryjnej połączonej ze wsparciem w ramach mieszkania wspomagane. Jak wynika z badania, wszyscy cenią sobie przynależność do nieformalnych grup wsparcia, klubów samopomocy, a jednocześnie akcentują, że warto wyjść z kręgu osób chorujących psychicznie i realizować pewne aktywności na zewnątrz, w lokalnym środowisku, z ludźmi, którzy mają podobne zainteresowania.

Członkowie Lubelskiego Stowarzyszenia „JESTEŚMY” zrzeszającego osoby po kryzysach psychicznych przedstawili w trakcie prac Zespołu ds. opracowania Standardu swoje oczekiwania i potrzeby związane z życiem w mieszkaniach wspomaganych. Przyznali, że niezwykle istotne jest kreowanie poczucia sprawczości wśród osób chorujących psychicznie. Nie należy ich otaczać nadmierną troską, ale prowadzić z nimi partnerski dialog i uświadamiać, że w życiu dużo zależy od nich samych, od ich świadomych wyborów. Personel mieszkań wspomaganych powinien być jednak czujny wobec symptomów nawrotu choroby i w razie konieczności motywować mieszkańca w kryzysie do podjęcia leczenia, tak aby można było uniknąć hospitalizacji, zwłaszcza przymusowej.

Osoby chorujące psychicznie preferują bardziej indywidualne podejście terapeutyczne niż zajęcia grupowe oraz mniejszą liczbę zajęć, ale takich, z których wynoszą konkretne treści. Nadmierna aktywność i wygórowane wymogi związane z procesem reintegracji społecznej mogą je przytłoczyć i wpędzić ponownie w kryzys. Potrzebują więcej odpoczynku, wyciszenia, czasu na „nicnierobienie”. Jak stwierdził jeden z członków stowarzyszenia, odnosząc się do wszelkich ośrodków wsparcia: „Nie chodzi o to, żeby to był warsztat produkujący zdrowych ludzi. Więcej swobody działania, wyboru, decydowania o sobie!”.

Według członków Stowarzyszenia „JESTEŚMY” mieszkanie wspomagane mogłoby być miejscem prowadzenia zajęć nie tyle terapeutycznych, ile aktywizujących w obszarze relacji społecznych, rozwoju kulturalnego i zawodowego. Stąd postulat zajęć zarówno z doradcą zawodowym, coachem, jak i z animatorem, który motywowałby mieszkańców do rozwijania ich twórczych zainteresowań.

Wiele osób po przebytych kryzysie odczuwa potrzebę obcowania z kulturą i sztuką, gdyż działa to na nich uzdrawiająco. Ważna jest też dbałość o kondycję fizyczną, dlatego w mieszkaniu mile widziane byłyby podstawowe sprzęty z siłowni. Osoby chorujące psychicznie potrzebują wsparcia w integracji ze środowiskiem społecznym, toteż jedną z propozycji zajęć dla mieszkańców jest animacja prowadzona na zewnątrz, w najbliższym sąsiedztwie, włączająca we wspólne działania dzieci, młodzież i osoby starsze. Członkowie stowarzyszenia podkreślali także, że proces reintegracji zawodowej przebiega w różnym tempie u różnych osób i zależy od ich indywidualnej wrażliwości, skutków ubocznych zażywania leków etc. Czasami trzeba zrezygnować z pracy, która mogłaby się jedynie przyczynić do nawrotu choroby lub pogłębienia kryzysu psychicznego.

Osoby chorujące psychicznie uważają, że mieszkania wspomagane powinny być usytuowane w mniejszych obiektach (do pięciu mieszkań wspomaganych w jednym budynku) lub rozproszone w różnych obiektach – w innym wypadku mieszkańcy mają wrażenie, że nadal pozostają pod skrzydłami instytucji. Ich zdaniem mieszkania tego typu powinny być przeznaczone dla osób chorujących psychicznie znajdujących się w ciężkiej sytuacji rodzinnej, finansowej lub lokalowej, a przez to pozbawionych poczucia bezpieczeństwa. Mieszkania powinny być otwarte dla osób nie tylko z danej gminy, ale także z całego powiatu czy nawet województwa.

Jaakko Seikkula, fiński psychoterapeuta, twórca podejścia oparte-go na Otwartym Dialogu, podkreśla, że w procesie zdrowienia ważniejsze od leczenia farmakologicznego jest położenie nacisku na dialog, zaufanie i oddawanie decyzyjności. Pozwala to na większą koncentrację na osobie chorego. Seikkula zauważa również, że niejednokrotnie samo

współuczestniczenie z osobą chorującą w doświadczaniu danych emocji wystarczy, by w tym właśnie momencie nastąpiła zmiana w kierunku zdrowienia. Szczególnie ważny jest tu bezwarunkowy szacunek dla mówiącego, tworzenie otwartych, życzliwych wzajemnych relacji, bez dążenia do zmiany drugiej osoby. Człowiek rodzi się w relacjach i w nich żyje, a związki z innymi stają się czynnikiem organizującym jego psychikę.

Zgodnie z takim podejściem istotne staje się angażowanie mieszkańców mieszkań wspomaganych w ich proces zdrowienia i rozwoju, ich aktywne uczestniczenie w tworzeniu Indywidualnego Planu Wsparcia, a z czasem możliwość stopniowego oddawania im odpowiedzialności i decyzyjności. Rola terapeuty/opiekuna nadal pozostaje kluczowa, jednak nabiera nowego znaczenia, zmienia się on bowiem w przewodnika i towarzysza wspierającego proces zdrowienia przez swoją obecność, czujność, gotowość wysłuchania, podzielenia się wiedzą, doświadczeniem i własnymi emocjami, pozostawiając osobie chorującej możliwość wyboru i własnych poszukiwań (Seikkula, Alakare, Aaltonen, Holma, Rasinkangas, Lehtinen, 2003).

2. Osoba chorująca psychicznie jako użytkownik mieszkania wspomagane

Zgodnie z art. 53 Ustawy o pomocy społecznej, mieszkanie wspomagane (w Ustawie zwane mieszkaniem chronionym) jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę.

Mieszkanie wspomagane, zwane dalej MW, ma zapewniać warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

Niniejszy standard określa profil osoby chorującej psychicznie jako odbiorcy wsparcia w postaci mieszkania wspomagane. W rozumieniu art. 3 pkt 1 lit. a) Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego jest to osoba wykazująca zaburzenia psychotyczne. Mieszkanie wspomagane dla osób chorujących psychicznie jest adresowane zatem do osób pełnoletnich, kobiet i mężczyzn, w wieku aktywności zawodowej (18–60 lat), z rozpoznaniem choroby ze spektrum schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii i urojeniowych (F20–F29 według klasyfikacji ICD-10) lub/i zaburzeń afektywnych (F30–F39 według klasyfikacji ICD-10) pozostających w leczeniu psychiatrycznym od min. 12 miesięcy. Oprócz kryterium medycznego przy kwalifikacji do mieszkań wspomaganych

niezwykle istotne będą kryteria funkcjonalne, a więc rozpoznanie zasobów osoby chorującej psychicznie, które pozwolą jej funkcjonować i rozwijać się w trakcie pobytu w MW, oraz deficytów, nad jakimi będzie musiała pracować przy wsparciu personelu terapeutycznego. Do mieszkania mogą być przyjęte osoby starsze, powyżej 60 roku życia, jeśli są zdolne do aktywności społecznej i zawodowej, tzn. pracują zarobkowo lub wolontarystycznie lub uczęszczają do dziennych ośrodków wsparcia.

Zakłada się, że kandydat do MW:

- pozostaje w stałym leczeniu psychiatrycznym,
- jest zdolny do podstawowych czynności samoobsługowych,
- posiada sprawność motoryczną umożliwiającą samodzielne poruszanie się w mieszkaniu i w terenie,
- jego kondycja psychofizyczna nie wymaga leczenia szpitalnego,
- posiada motywację i potencjał do usamodzielnienia się i rozwijania umiejętności społecznych.

Do mieszkania wspomagane dla osób chorujących psychicznie **nie mogą być kierowane**:

- osoby z czynnym uzależnieniem od alkoholu, innych substancji psychoaktywnych lub uzależnieniami behawioralnymi,
- osoby z głębokimi zaburzeniami osobowości i/lub zachowania,
- osoby z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym,
- osoby, które negują chorobę i odmawiają leczenia,
- osoby ze skłonnością do agresji lub autoagresji,
- osoby z zagrożeniem samobójczym,
- osoby wymagające stałej, całodobowej opieki innych osób,
- osoby z aktywnymi chorobami zakaźnymi.

3. Rekrutacja do mieszkania wspomagane

Rekrutację do mieszkania wspomagane przeprowadza jednostka prowadząca mieszkanie wspomagane. Ogłasza nabór kandydatów do mieszkania na swojej stronie internetowej, na tablicy ogłoszeń, w placówkach leczniczych i jednostkach pomocy społecznej.

W ogłoszeniu zawarty jest wykaz dokumentacji, jaką kandydat powinien dostarczyć osobiście lub pocztą:

- formularz zgłoszeniowy – Załącznik nr 1 do Standardu,
- zaświadczenie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do mieszkania w MW wydane przez lekarza psychiatrę – Załącznik nr 2 do Standardu

- (zaświadczenie powinno być aktualizowane raz w roku, już na etapie przebywania w MW),
- zaświadczenie o braku przeciwwskazań do mieszkania grupowego wydane przez lekarza rodzinnego,
 - dokumentacja medyczna – karty informacyjne leczenia szpitalnego lub kopia dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego (do wglądu w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej),
 - oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych, opracowane przez podmiot prowadzący mieszkanie zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami.

Dodatkowo kandydat może przedłożyć:

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
- opinię psychologa/terapeuty odnośnie do jego funkcjonowania społecznego,
- rekomendacje z ośrodków wsparcia, w których przebywał/przebywa.

Na rozmowę kwalifikacyjną zostają zaproszeni kandydaci spełniający wymogi formalne, tj. rozpoznanie choroby psychicznej i doświadczenie minimum 12-miesięcznego leczenia psychiatrycznego.

Podmiot prowadzący powołuje zespół kwalifikujący osoby do mieszkania wspomagane składający się z 3–5 osób, który stanowią:

- przedstawiciel podmiotu prowadzącego mieszkanie/personelu zatrudnionego w mieszkaniu,
- psycholog (obligatoryjnie),
- pracownik socjalny z Ośrodka Pomocy Społecznej (OPS) – gminy, na terenie której funkcjonuje mieszkanie wspomagane.

W pierwszym etapie rekrutacji zespół analizuje złożone przez kandydatów dokumenty. W drugim etapie rekrutacji odbywają się rozmowy indywidualne każdej osoby z zespołem kwalifikującym. Rozmowa ta powinna się odbyć najpóźniej do dwóch tygodni od dostarczenia dokumentacji przez kandydata.

Zespół powinien zbadać sposób funkcjonowania społecznego kandydata; dowiedzieć się czy pracuje, bierze udział w projekcie aktywizującym społecznie i/lub zawodowo lub czy uczęszcza na zajęcia w ośrodku wsparcia – jakiego typu. Jeśli jest to uzasadnione, pracownik socjalny z OPS powinien przeprowadzić wywiad środowiskowy jako uzupełnienie niezbędnych informacji o przyszłym mieszkańcu.

Kryteria, jakimi kieruje się zespół kwalifikujący przy podejmowaniu decyzji o przyznaniu mieszkania, to:

- funkcjonowanie psychospołeczne kandydata do mieszkania,
- motywacja do usamodzielnienia się,
- sytuacja rodzinna i mieszkaniowa.

Zasadą powinno być, że do MW przyjmuje się osoby, które oprócz tego, że spełniają podstawowe kryterium medyczne – rozpoznanie choroby psychicznej, mają też motywację do rozwijania się, niezależnie od aktualnego poziomu samodzielności oraz potrzebują wsparcia socjalnego (brak mieszkania; brak możliwości finansowych, aby utrzymać się w aktualnym lokum; środowisko rodzinne niesprzyjające zdrowieniu).

Kandydatowi do MW może towarzyszyć osoba wspierająca, posiadająca istotne informacje o jego funkcjonowaniu (np. członek rodziny lub inna bliska osoba, opiekun prawny lub faktyczny, koordynator leczenia, terapeuta). Po rozmowie z potencjalnymi mieszkańcami i analizie ich dokumentacji zespół kwalifikujący podejmuje decyzję i informuje zainteresowanych o wyniku postępowania rekrutacyjnego telefonicznie oraz przesyła informację pocztą.

Kandydat zakwalifikowany do mieszkania podpisuje umowę najmu mieszkania (załącznikiem do umowy jest *Regulamin mieszkania wspomagane*go i *Plan Postępowania Kryzysowego*), w której jest określony okres pobytu i poziom odpłatności za mieszkanie.

Pierwszy, próbny okres pobytu trwa od 3 do 6 miesięcy; następnie umowa najmu jest przedłużana na rok. Jeśli osoba chorująca psychicznie nadal potrzebuje wsparcia w mieszkaniu wspomagany – umowa najmu jest przedłużana na kolejny rok; zakłada się, że w niektórych przypadkach umowa ta może być zawarta na czas nieokreślony.

Wysokość odpłatności za mieszkanie wspomagane ustala podmiot prowadzący MW, po konsultacji z pracownikiem OPS (który może mieć lepszy wgląd w rzeczywistą sytuację finansową i rodzinną osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu).

Osoby ubezwłasnowolnione mogą również ubiegać się o możliwość zamieszkania w MW i tym samym wziąć udział w rekrutacji, pod warunkiem wyrażenia pisemnej zgody opiekuna prawnego na zamieszkanie podopiecznego w mieszkaniu wspomagany. W takiej sytuacji jest bezwzględnie wymagana obecność tegoż opiekuna jako osoby towarzyszącej kandydatowi w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej i podpisywanie przez obie osoby wszystkich uzgodnień. W trakcie pobytu osoby ubezwłasnowolnionej w mieszkaniu konieczne będzie pozostawanie opiekuna prawnego w stałym kontakcie z koordynatorem mieszkania.

Osoby nieprzyjęte z powodu braku miejsc zostaną wpisane na listę oczekujących. Osoby, które złożyły wniosek po okresie rekrutacji i spełniają wymogi formalne, zostają dopisane do listy oczekujących według kolejności zgłoszeń i są kwalifikowane zgodnie z wcześniej ustalonymi zasadami rekrutacji.

4. Rodzaje i zakresy usług wspierających pobyt i aktywność osoby chorej psychicznie w mieszkaniu wspomagany

Osoby chore psychicznie funkcjonują na różnych poziomach zarówno jeśli chodzi o radzenie sobie z chorobą, jak i umiejętności społeczne czy aktywność społeczno-zawodową.

Nie jest jednak zasadne tworzenie mieszkań wspomaganych o różnych profilach. Nie jest również zasadne wytyczanie z góry okresu pobytu w mieszkaniu.

Sytuacja, gdy w jednym mieszkaniu/domu współmieszka osoby o różnym stopniu funkcjonowania społecznego, wyzwala dynamikę grupy – jednych motywuje do rozwoju, w innych pobudza empatię i zdolność do udzielania wsparcia. Osoby chore psychicznie mogą tworzyć w obrębie mieszkania wspomagane grupę samopomocową, a zadaniem personelu jest rozeznac indywidualne potrzeby każdej z nich oraz udzielać im adekwatnego wsparcia.

Zakłada się, że każda osoba, która ma wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, będzie się rozwijać w swoim tempie, a w przyszłości sama zdecyduje o wyprowadzeniu się z mieszkania. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że niektóre osoby, mimo zaangażowania we własny rozwój i korzystania z oddziaływań terapeutycznych, mogą nigdy nie uzyskać gotowości, aby żyć w pełni samodzielnie.

Każdy z mieszkańców będzie otrzymywał wsparcie w formach i wymiarze dostosowanych do jego indywidualnej sytuacji, potrzeb i możliwości.

Pobyt w mieszkaniu wspomagany ma za zadanie rozwijać umiejętności społeczne mieszkańców i można podzielić go na trzy etapy:

Etap I – budowanie samodzielności

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego,
- nabywanie umiejętności samodzielnego zażywania leków,
- kształtowanie nawyku dbania o zdrowie i higienę osobistą,
- nauka przygotowania prostych posiłków,
- budowanie prawidłowej struktury dnia: dbałość o wygląd, czynności porządkowe, zakupy, spędzanie wolnego czasu,
- nawiązywanie znajomości z innymi mieszkańcami,
- nabywanie orientacji w najbliższej okolicy,
- zapoznanie się z możliwościami korzystania z sieci oparcia społecznego (np. ŚDS, WTZ, Klub samopomocy),
- nabywanie umiejętności zarządzania własnymi finansami.

Etap II – umacnianie zasobów

- utrzymanie prawidłowej struktury dnia,
- samodzielne i racjonalne planowanie wydatków na najbliższy okres (np. kilka dni, tydzień),
- nabywanie umiejętności poruszania się środkami masowej komunikacji,
- budowanie trwałej współpracy z lekarzem psychiatrą/psychologiem,
- nabywanie umiejętności współpracy i współdziałania w grupie,
- budowanie relacji w najbliższym środowisku i w rodzinie,
- nabywanie umiejętności nawiązywania kontaktu z osobami spoza najbliższego otoczenia,
- nauka rozpoznawania i reagowania na tzw. objawy zwiastunowe,
- nauka radzenia sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi,
- rozwijanie własnych zainteresowań.

Etap III – przygotowanie do pełnej aktywności społeczno-zawodowej

- nabywanie umiejętności samodzielnego załatwiania spraw administracyjnych,
- nabywanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych,
- nabywanie umiejętności podtrzymywania relacji i wzajemnego wspierania się,
- nauka rozpoznawania własnych potrzeb i zasobów,
- kształtowanie odpowiedzialności za własny rozwój – podnoszenie poziomu edukacji, kwalifikacji zawodowych i zdobywanie doświadczenia przez udział w kursach, szkoleniach, stażach czy przez studia,
- nabywanie umiejętności samodzielnego poszukiwania pracy, prezentowania się na rozmowie kwalifikacyjnej,
- nabywanie umiejętności organizacji pracy.

Indywidualna ścieżka każdej osoby wygląda inaczej. Zakłada się możliwość uczestnictwa we wszystkich trzech etapach aktywizacji, jednak nie każdy mieszkaniec potrzebuje ich w takim samym zakresie. W trakcie pobytu w mieszkaniu wspomagany jedni przechodzą przez wszystkie trzy etapy rozwoju, inni pozostają na pierwszym lub drugim etapie. Jeszcze inni w momencie zamieszkania funkcjonują na tyle dobrze, że potrzebują głównie wsparcia w zdobyciu i utrzymaniu pracy.

W czasie pierwszych miesięcy (okres próbny) personel MW poznaje mieszkańców, ich potencjał i deficyty. Mieszkańcy z kolei muszą mieć czas na adaptację w nowym środowisku, wzajemne poznanie się i umocnienie w decyzji o pobytku w mieszkaniu.

W ciągu miesiąca od podpisania umowy najmu, każdy mieszkaniec z koordynatorem mieszkania wspomagane opracowuje swój

Indywidualny Plan Wsparcia (zwany dalej IPW), określający rodzaje wsparcia oraz ich minimalny wymiar czasowy.

Po okresie 1 roku dokonywana jest ocena poziomu funkcjonowania mieszkańca – ewaluacja; jeśli zachodzi potrzeba, aby mieszkaniowiec nadal pozostał w MW, Indywidualny Plan Wsparcia jest modyfikowany stosownie do jego potrzeb i możliwości.

Stałą formą wsparcia dla wszystkich mieszkańców jest zebranie społeczności (1 x w tygodniu), na którym obecność jest obowiązkowa oraz indywidualny kontakt z koordynatorem mieszkania, elastycznie dostosowany do potrzeb mieszkańca, ale niewykraczający poza godziny pracy koordynatora.

Osoby, które nie korzystają z żadnego systemu wsparcia poza mieszkaniem wspomaganiem, otrzymują wsparcie w wymiarze minimum 5 godz. tygodniowo; pozostali mieszkańcy, którzy pracują, uczęszczają do ośrodków wsparcia lub uczestniczą w różnych formach aktywizacji poza mieszkaniem, mogą również otrzymywać wsparcie stosownie do swych potrzeb – stale lub okresowo.

Formy wsparcia oferowane w mieszkaniu wspomaganiem to m.in. psychoedukacja, trening lekowy, wsparcie psychologiczne, trening umiejętności społecznych, trening umiejętności praktycznych, higieniczny, kulinarny, budżetowy, organizacji czasu wolnego, doradztwo zawodowe, wsparcie w szukaniu pracy.

Mieszkańcy są jednocześnie stale motywowani do aktywizacji społecznej i/lub zawodowej poprzez korzystanie z oferty ośrodków wsparcia, udziału w projektach, szkoleniach i stażach.

Poniżej omówiono poszczególne formy wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. Są to:

1) Psychoedukacja

Zajęcia te koncentrują się na przekazaniu i uporządkowaniu wiedzy o chorobie psychicznej, o czynnikach przyczyniających się do zachorowania, ich wzajemnej zależności oraz o ich wpływie na przebieg choroby. Prowadzący omawia teorie powstawania choroby, jej przebiegu, rodzaje objawów, rokowania. Uczestnicy zachęcani są do dzielenia się swoimi doznaniem i przeżyciami z okresu kryzysu psychicznego, co ułatwia zrozumienie i oswojenie tych doświadczeń oraz dostrzeżenie, że inni ludzie również w podobny sposób odbierają świat. Zajęcia kształtują umiejętności z zakresu radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, które mogą doprowadzić do rozwinięcia się kryzysu psychicznego. Mieszkańcy uczą się rozpoznawać sygnały zbliżającego się epizodu choroby i skutecznie na nie reagować. Rolą psychoedukacji jest motywowanie osób chorujących psychicznie do świadomej współpracy w leczeniu i do korzystania ze wsparcia społecznego.

2) Trening lekowy

Rozwija wiedzę o stosowanych lekach psychotropowych, ich działaniu i objawach ubocznych. Wyrabia nawyk systematycznego ich przyjmowania, uczy, jak zapobiegać lub łagodzić objawy uboczne, motywuje do świadomego uczestnictwa w procesie leczenia.

3) Wsparcie psychologiczne

Jest metodą pomocy doraźnej, polegającą na utrzymaniu zdrowia psychicznego i rozwoju człowieka poprzez różnego rodzaju strategie interwencji poznawczej, emocjonalnej, behawioralnej lub systemowej, które dotyczą problemów psychicznych oraz rozwoju osobistego.

4) Treningi usamodzielniające:

- trening dbania o wygląd i higienę osobistą.

Trening polega na motywowaniu do dbania o higienę całego ciała, uczy zasad higieny oraz adekwatnego i gustownego ubierania się;

- trening umiejętności praktycznych.

Trening polega na rozwijaniu umiejętności praktycznych niezbędnych przy prowadzeniu gospodarstwa domowego, m.in. obsługi sprzętów gospodarstwa domowego, organizacji czasu i miejsca pracy;

- trening kulinarny.

Trening polega na odtwarzaniu, nabywaniu i podtrzymywaniu umiejętności samodzielnego przygotowywania posiłków, w tym prostych gorących posiłków, oraz obsługi sprzętu kuchennego (piekarnik, mikrofalówka, robot kuchenny, zmywarka). Celem zajęć jest także wykształcenie nawyków zdrowego odżywiania się i prawidłowego przechowywania produktów oraz umiejętności planowania zakupów artykułów niezbędnych do przygotowania posiłku;

- trening budżetowy.

Celem treningu jest nabywanie orientacji w cenach różnych produktów, umiejętności racjonalnego planowania wydatków, a także poznanie zasad funkcjonowania instytucji finansowych na rynku oraz konsekwencji zaciągania zobowiązań;

- trening organizacji czasu wolnego.

Celem treningu jest kształtowanie umiejętności aktywnego spędzania czasu wolnego (rozwijanie zainteresowań sportem, kulturą, zajęcia rekreacyjne, wycieczki, prace ogrodnicze, udział w imprezach kulturalnych).

5) Trening umiejętności społecznych

Celem treningu jest rozwijanie umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, kształcenie umiejętności współpracy i komunikowania się w grupie na zasadach otwartości,

partnerstwa i wzajemności, aktywności w życiu społecznym i odpowiedzialności. Dzięki nim osoby chorujące mogą wypracować nowe lub udoskonalić już posiadane techniki zachowań i komunikowania się z innymi.

6) Doradztwo zawodowe

Doradztwo zawodowe jest procesem pomagania ludziom w osiągnięciu lepszego zrozumienia siebie samego w odniesieniu do rodzaju pracy i środowiska pracy, w odniesieniu do wyboru właściwego zawodu, zmiany zatrudnienia oraz właściwego dostosowania zawodowego.

Celem doradztwa zawodowego jest zapoznanie osoby radzącej się z:

- jej możliwościami i zainteresowaniami z punktu widzenia dostosowania zawodowego,
- możliwościami zawodowymi na rynku pracy,
- warunkami ekonomicznymi określonych prac i zawodów,
- przeciwwskazaniami i szczególnymi wymaganiami z punktu widzenia minimalnego i najlepszego poziomu dostosowania zawodowego,
- sposobami poszukiwania pracy,
- sposobami kontaktowania się z pracodawcą (Bańka, 2016, s. 16).

7) Wsparcie w szukaniu pracy i w początkowym okresie zatrudnienia

Poszczególne treningi/konsultacje prowadzi psycholog/terapeuta środowiskowy/ koordynator mieszkania/ inne osoby przygotowane merytorycznie do konkretnej formy wsparcia.

Każdy mieszkaniec pozostaje w systematycznym kontakcie ze swoim lekarzem psychiatrą. Koordynator mieszkania ma wiedzę o lekach zażywanych przez mieszkańca i ich dawkowaniu; ma również możliwość skontaktować się z lekarzem prowadzącym w razie występowania niepokojących objawów chorobowych.

W przypadku kryzysu psychicznego personel MW podejmuje działania interwencyjne, które mogą zapobiec jego rozwinięciu i konieczności umieszczenia mieszkańca w szpitalu. W wyjątkowych sytuacjach, na terenie mieszkania wspomagane może być wprowadzone tymczasowe wsparcie w postaci dyżuru nocnego koordynatora mieszkania/innej osoby z personelu. Uzasadnieniem dla wprowadzenia takiej formy wsparcia może być np.:

- szczególna sytuacja zdrowotna mieszkańca/mieszkańców,
- występowanie niepokojących zachowań u mieszkańca/mieszkańców MW,
- wystąpienie innych okoliczności powodujących u mieszkańców zaburzenia emocjonalne lub stany lękowe zagrażające ich zdrowiu.

5. Personel mieszkania wspomaganego

W prowadzeniu mieszkania wspomaganego najważniejszą rolę odgrywa koordynator mieszkania.

Do jego zadań należy w szczególności:

- a) koordynacja działań o charakterze administracyjnym, w tym czuwanie nad właściwym użytkowaniem mieszkania przez jego mieszkańców;
- b) bieżące monitorowanie poziomu funkcjonowania społecznego i stanu zdrowia mieszkańców i reagowanie w sytuacji kryzysowej czy zaprzestania zażywania leków;
- c) wspieranie mieszkańców w rozwiązywaniu ich problemów osobistych i załatwianiu spraw urzędowych;
- d) koordynacja usług świadczonych w mieszkaniu wspomaganim;
- e) wspieranie mieszkańca w realizacji IPW oraz dokonywanie wraz z personelem corocznej oceny poziomu funkcjonowania mieszkańca;
- f) współpraca z rodzinami mieszkańców;
- g) pomoc w rozwiązywaniu konfliktów pomiędzy mieszkańcami – rola mediatora;
- h) prowadzenie treningów;
- i) kontakt z lekarzem prowadzącym mieszkańca.

Koordynatorem mieszkania wspomaganego może być:

- a) osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z następujących zawodów: pedagoga, psychologa, pracownika socjalnego, terapeuty środowiskowego lub zajęciowego, pielęgniarki, fizjoterapeuty, ratownika medycznego, asystenta osoby niepełnosprawnej oraz posiada minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie (do doświadczenia poza zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę zalicza się wykonywanie usług w ramach umów cywilnoprawnych, odbyte staże, praktyki oraz wolontariat)

lub

- b) osoba posiadająca inne wykształcenie (minimum średnie) i co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie.

Koordynator mieszkania wspiera maksymalnie 7 mieszkańców. Jeśli w MW przebywa więcej osób, podmiot prowadzący mieszkanie zatrudnia dodatkową osobę jako opiekuna. Opiekun powinien posiadać takie same kwalifikacje jak koordynator mieszkania.

W mieszkaniu wspomaganim dostępni są także psycholog i terapeuta środowiskowy/zajęciowy w wymiarze czasowym dostosowanym do

potrzeb mieszkańców. Powinni oni posiadać min. 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie.

Dodatkowo w mieszkaniu może być zatrudniony doradca zawodowy i/lub trener pracy (preferowane osoby z doświadczeniem w pracy z osobami chorującymi psychicznie), który mógłby pomóc mieszkańcom w aktywnym poszukiwaniu pracy oraz wspierać ich w początkowym okresie pracy zawodowej.

Zarówno doradca zawodowy, jak i trener pracy powinni być zatrudnieni na taki okres, który pozwoli stopniowo osiągnąć efekty w pracy z mieszkańcem.

Przy realizacji konkretnych treningów i wsparcia personel MW może współpracować ze specjalistami z różnych dziedzin, np. pielęgniarka, pracownik socjalny, prawnik, coach, animator, asystent zdrowienia, kucharz, dietetyk, trener/fizjoterapeuta.

Personel mieszkania wspomagane spotyka się systematycznie na zebraniach min. 1 raz w miesiącu oraz wg bieżących potrzeb. Ponadto poddaje się stałej superwizji i w miarę potrzeb i możliwości uczestniczy w szkoleniach podnoszących kompetencje w pracy z osobą chorującą psychicznie.

6. Standard lokalu przeznaczonego na mieszkanie wspomagane dla osób chorujących psychicznie

Zgodnie z założeniami projektu *Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym* standard lokalu przeznaczonego na mieszkanie wspomagane powinien uwzględniać zasady uniwersalnego projektowania.

Według definicji propagowanej przez Centrum Universal Design działające przy Uniwersytecie Północnej Karoliny (North Carolina State University) „Projektowanie uniwersalne jest to projektowanie produktów środowiska, programów i usług w taki sposób, by mogły być użyte przez wszystkich ludzi, w możliwie szerokim zakresie, bez potrzeby adaptacji lub specjalnego projektowania”. Koncepcja ta została stworzona przez amerykańskiego architekta Ronalda Mace’a i początkowo odnosiła się do projektowania architektonicznego.

Należy dodać, że nie można oczekiwać, że produkt spełni oczekiwania i potrzeby wszystkich użytkowników, można jedynie dążyć do rozszerzenia grupy usatysfakcjonowanych nim użytkowników. Projektowanie

uniwersalne powinno być traktowane raczej jako kierunek i sposób myślenia niż ścisła metoda.

Koncepcja uniwersalnego projektowania oparta jest na ośmiu regułach:

- 1) równe szanse dla wszystkich – równy dostęp do wszystkich elementów środowiska, np. przestrzeni, przedmiotów, budynków itd.;
- 2) elastyczność w użytkowaniu – różnorodny sposób użycia przedmiotów ze względu na możliwości i potrzeby użytkowników;
- 3) prostota i intuicyjność w użyciu – takie projektowanie przestrzeni i przedmiotów, aby ich funkcje były zrozumiałe dla każdego użytkownika, bez względu na jego doświadczenie, wiedzę, umiejętności językowe czy poziom koncentracji;
- 4) postrzegalność informacji – przekazywana za pośrednictwem przedmiotów i struktur przestrzeni informacja ma być dostępna w trybie dostępności zarówno wzrokowej, słuchowej, jak i dotykowej;
- 5) tolerancja na błędy – minimalizacja ryzyka błędnego użycia przedmiotów oraz ograniczanie niekorzystnych konsekwencji przypadkowego i niezamierzonego użycia danego przedmiotu;
- 6) niewielki wysiłek fizyczny podczas użytkowania – takie projektowanie przestrzeni i przedmiotów, aby korzystanie z nich było wygodne, łatwe i nie wiązało się z wysiłkiem fizycznym;
- 7) rozmiar i przestrzeń wystarczające do użytkowania – odpowiednie dopasowanie przestrzeni do potrzeb jej użytkowników;
- 8) percepcja równości – równoprawny dostęp do środowiska, korzystania ze środków transportu i usług powszechnych jest zapewniony w taki sposób, aby korzystający nie czuł się w jakikolwiek sposób dyskryminowany czy stygmatyzowany (Moduły zajęć projektowania uniwersalnego w ramach wybranych obszarów kształcenia, NCBiR, https://archiwum.ncbr.gov.pl/fileadmin/POWER/03.05...PUN_19/zalacznik_nr_13_-_Modele_projektowania_uniwersalnego.pdf).

Uniwersalne projektowanie nie wyklucza możliwości zapewniania dodatkowych udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, jeżeli jest to potrzebne. Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 roku, którą Polska ratyfikowała 6 września 2012 roku, oraz Wytocznice w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014–2020 definiują „racjonalne usprawnienie” (*reasonable accommodation*) jako „konieczne i stosowne modyfikacje i adaptacje niewiążące się z nieproporcjonalnymi i nadmiernymi obciążeniami, wprowadzane w określonych przypadkach dla zapewnienia osobom

niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami”.

Mechanizm racjonalnego usprawnienia oznacza możliwość sfinansowania specyficznych działań dostosowawczych, uruchamianych wraz z pojawieniem się w projektach realizowanych z polityki spójności (w charakterze uczestnika lub personelu projektu) osoby z niepełnosprawnością. Zastosowanie racjonalnych usprawnień umożliwia osobom niepełnosprawnym realizowanie ich potrzeb przez eliminowanie barier występujących w otoczeniu.

Zgodnie z ideą uniwersalnego projektowania mieszkania wspomagane dla osób chorujących psychicznie powinny być usytuowane w okolicy zapewniającej mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa, a jednocześnie szeroki kontakt z innymi ludźmi. Mogą mieć zarówno formę pojedynczych mieszkań, jak i domów jednorodzinnych, o charakterze koedukacyjnym. Nie jest wskazane, aby były usytuowane na pozbawionych infrastruktury peryferiach, gdzie mieszkańcy będą się czuć odizolowani od społeczeństwa i zepchnięci na margines. Istotne jest, aby w pobliżu znajdowały się sklepy, minimum powierzchni zielonej umożliwiającej rekreację oraz dobra komunikacja publiczna z centrum miasta.

Dopuszcza się również możliwość zlokalizowania MW w kompleksie innych placówek prowadzących projekty czy działania o podobnym charakterze.

Minimalna powierzchnia użytkowa na jedną osobę w mieszkaniu wspomaganim wynosi 12 m². W mieszkaniu powinny znajdować się pokoje jedno- i/lub dwuosobowe. Jedna łazienka z toaletą powinna przypadać na 4 osoby, ewentualnie jedna łazienka z wyodrębnioną toaletą może przypadać na 5 osób.

Jeśli wśród kandydatów ubiegających się o miejsce w mieszkaniu wspomaganim pojawi się osoba chorująca psychicznie poruszająca się na wózku inwalidzkim lub z dysfunkcją narządu ruchu i takie miejsce zostanie jej przyznane, podmiot prowadzący mieszkanie dokona adaptacji lokalu, tak aby nie było w nim barier architektonicznych lub zapewni tej osobie miejsce w innym odpowiednio dostosowanym lokalu.

W mieszkaniach wielopokojowych (minimum 3 pokoje mieszkalne) oprócz pokoi mieszkalnych powinny znajdować się:

- salon/jadalnia – przeznaczone do wspólnego użytkowania,
- kuchnia lub aneks kuchenny,
- łazienka,
- oddzielna toaleta lub wydzielona miska ustępowa w łazience,
- przestrzeń komunikacji wewnętrznej.

Ponadto zaleca się zapewnienie oddzielnego pokoju lub – w przypadku niedużego mieszkania – wydzielenie specjalnego miejsca do przeprowadzania rozmów indywidualnych.

W kawalerce i w mieszkaniu 2-pokojowym oprócz pokoju mieszkalnego powinny znajdować się kuchnia lub aneks kuchenny, łazienka z wydzieloną miską ustępową oraz przestrzeń komunikacji wewnętrznej.

Wyposażenie pokoju mieszkalnego:

- łóżko lub tapczan z pościelą (dla każdej osoby),
- szafa ubraniowa + wieszaki (dla każdej osoby),
- szafka nocna (dla każdej osoby),
- krzesło lub fotel,
- stolik lub biurko,
- regał lub półki,
- oświetlenie dostosowane do pomieszczenia,
- rolety lub karnisz i zasłony,
- dywan lub chodnik,
- kosz na bieliznę.

Wyposażenie kuchni:

- kuchenka bądź płyta elektryczna lub indukcyjna,
- piekarnik,
- zlewozmywak,
- zmywarka,
- lodówka,
- meble kuchenne,
- okap,
- sprzęt i naczynia do przygotowywania i spożywania posiłków,
- oświetlenie dostosowane do pomieszczenia,
- rolety lub karnisz i firanki.

Wyposażenie łazienki:

- wanna lub natrysk,
- umywalka,
- pralka,
- miska ustępowa, jeżeli nie ma wydzielonej toalety,
- lustro,
- wieszaki,
- szafki lub półki
- oświetlenie dostosowane do pomieszczenia.

W wypadku wydzielonej toalety oprócz miski ustępowej powinna znajdować się w niej umywalka.

Wyposażenie salonu:

- stół z krzesłami (w liczbie takiej, ilu jest mieszkańców),

- kanapa bądź sofa lub minimum 2 fotele,
- stolik kawowy,
- telewizor (+ ewentualnie antena/dekoder),
- radio,
- telefon,
- oświetlenie dostosowane do pomieszczenia,
- rolety lub karnisz i zasłony.

Przestrzeń komunikacji wewnętrznej powinna być wyposażona w szafę lub wieszak, szafkę na buty, lustro, dostosowane oświetlenie.

Dodatkowe wyposażenie mieszkania stanowią: odkurzacz, żelazko, deska do prasowania, składana suszarka na bieliznę, kosz na śmieci, robot kuchenny.

Jeśli chodzi o wykończenie mieszkania, zaleca się:

- odświeżenie ścian,
- w łazience, toalecie, kuchni i przestrzeni komunikacji wewnętrznej – położenie podłogi łatwo zmywalnej,
- w łazience, toalecie i kuchni w częściach narażonych na kontakt z wodą i tłuszczem – położenie glazury,
- zapewnienie wentylacji w łazience, toalecie i kuchni,
- ogrzewanie,
- zapewnienie zabezpieczeń przeciwpożarowych na poziomie jak w budynkach wielorodzinnych,
- zabezpieczenie standardowym zamkiem.

W razie potrzeby zaleca się docieplenie ścian.

Standardowe udogodnienia to stałe łącze internetowe, telewizja.

Opcjonalne udogodnienia to sprzęt sportowy i turystyczny (np. rower). Opcjonalnie w mieszkaniu mogą znaleźć się też inne meble, sprzęty i akcesoria uzasadnione potrzebami mieszkańców.

7. Wdrażanie i finansowanie standardu

Ustawa o pomocy społecznej przypisuje gminom zadanie prowadzenia i zapewnienia miejsc w mieszkaniach chronionych (art. 17 ust. 1 pkt 12), a powiatom – zadanie prowadzenia mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy (art. 19 pkt 11). Ustawa określa, że mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego (art. 53 ust. 3). Zgodnie z art. 6 pkt 5 jako jednostki organizacyjne pomocy społecznej zostały określone: regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, dom

pomocy społecznej, placówka specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodki wsparcia i ośrodki interwencji kryzysowej. Jednak prowadzenie mieszkań chronionych jako zadanie własne przypisane jest tylko gminom (art. 17 ust. 1 pkt 12 – prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych) i powiatom (art. 19 pkt 11 – prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy).

Mieszkania chronione prowadzone są przez gminy i przez organizacje pozarządowe (samodzielnie lub jako zadanie zlecone przez gminę w drodze konkursu). W każdym wypadku środki przeznaczone na ten cel są niewystarczające. Ponadto przekazywanie tych środków w drodze konkursu na czas określony nie stanowi stabilnego finansowania tego zadania.

Organizacje pozarządowe, które prowadzą mieszkania chronione finansują je:

- ze środków gminy w ramach dotacji na realizację zadania zleconego,
- ze środków pozyskiwanych w ramach funduszy zewnętrznych, w tym środków UE (EFS),
- ze środków PFRON,
- z funduszy pozyskanych w ramach przekazywania 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego,
- z zysku z prowadzonej działalności gospodarczej,
- z płatności uiszczanych przez mieszkańców.

Sytuacja ta powoduje, że w praktyce różne są standardy mieszkań zarówno jeśli chodzi o zakres i jakość udzielanego wsparcia, warunki lokalowe, jak i odpłatność uiszczaną przez mieszkańców.

Mieszkania wspomagane stanowią niezbędny element w procesie usamodzielniania, samostanowienia i reintegracji społecznej osób chorujących psychicznie dlatego **powinny być dostępne dla tych osób TERYTORIALNIE I CENOWO.**

Stanowią również alternatywę dla rehabilitacji czy zamieszkiwania osób chorujących psychicznie w dużych instytucjach, gdzie jednostka nie może w pełni osiągnąć dobrostanu psychicznego. Dlatego w systemie wsparcia środowiskowego powinno powstawać dużo nowych mieszkań wspomaganych równolegle z procesem zmniejszania liczby łóżek szpitalnych i miejsc w domach pomocy społecznej. Aby można było osiągnąć te cele, **konieczne jest wprowadzenie przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej rozwiązań systemowych oraz dodatkowego, stałego finansowania zarówno nowych, jak i już funkcjonujących mieszkań wspomaganych, niezależnie od podmiotu prowadzącego.**

Inspirującym przykładem może być tu rozwiązanie zastosowane w latach dziewięćdziesiątych przez rząd holenderski. W 1993 roku

Ministerstwo Zdrowia wydało dokument „Among Others”, w którym planowano zastąpienie domów pomocy społecznej mieszkaniem chronionymi, zmniejszenie liczby przyjęć do szpitali i rozwój ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej ukierunkowanej na wsparcie w środowisku. W 1993 roku został utworzony tymczasowy Care Renewal Fund (Fundusz Odnowy Opieki). Były to środki zaoszczędzone na zmniejszeniu budżetu szpitali w związku z redukcją łóżek oraz skierowane na finansowanie rozwoju opieki ambulatoryjnej, wsparcia środowiskowego, zarządzania procesem leczenia (*case management*) i współpracy między jednostkami samorządowymi w tych obszarach. W latach 1996–2002 następowała stopniowa redukcja przyjęć szpitalnych, a jednocześnie realizowano wiele projektów z obszaru psychiatrycznej opieki domowej, *case management*, rehabilitacji zawodowej i inicjatyw użytkowników (osób chorujących) (Muusse, Van Rooijen, 2015).

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej zarówno gminy, jak i powiaty mają za zadanie prowadzić domy pomocy społecznej o zasięgu gminnym i ponadgminnym. Pobyt w takim domu powinien opłacać mieszkaniec (opłata nie powinna jednak przekraczać 70 procent jego dochodu) lub jego małżonek, w dalszej kolejności zstępni (dzieci lub wnuki) oraz wstępni (rodzice). W razie niewywiązywania się tych osób z obowiązku opłaty za pobyt w DPS opłaty wnosi zastępczo gmina, z której dana osoba została skierowana. Do tego rodzaju sytuacji dochodzi bardzo często, gdyż zarówno osoby chorujące psychicznie, jak i ich rodziny nie mają wystarczających środków finansowych, aby pokryć w całości koszty związane z utrzymaniem w domu pomocy społecznej.

W 2021 roku na terenie miasta Lublin średni miesięczny koszt utrzymania jednego mieszkańca w domach pomocy społecznej wynosił od 4 716,07 zł do 5 556,56 zł (Zarządzenie Nr 74/3/2021 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 23 marca 2021 r.) Dla porównania średni koszt utrzymania mieszkańca w mieszkaniu chronionym dla osób niepełnosprawnych prowadzonym przez Dom Pomocy Społecznej im. św. Jana Pawła II (jednostka organizacyjna Miasta Lublin) wynosił 508,02 zł miesięcznie, a średni koszt jednej godziny wsparcia specjalistycznego wynosił 15,75 zł (dane uzyskane z zasobów MOPR Lublin).

Koszty prowadzenia mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie są zatem nieporównywalnie niższe niż koszty utrzymania tych osób w domach pomocy społecznej.

Kierując osoby chorujące psychicznie do mieszkań wspomaganych zamiast do domów pomocy społecznej, gmina mogłaby poczynić znaczne oszczędności w obszarze pomocy społecznej, a część z nich przeznaczyć na tworzenie i prowadzenie nowych mieszkań wspomaganych oraz dofinansowanie na właściwym poziomie mieszkań już istniejących.

Ważne jest, aby osoba chorująca psychicznie ponosiła odpłatność, nawet symboliczną, za zajmowane mieszkanie. Zarządzanie wysokością miesięcznych kosztów pobytu jest bowiem elementem procesu przejmowania odpowiedzialności za własne finanse oraz przygotowania do samodzielnego życia w środowisku.

Wysokość odpłatności za mieszkanie wspomagane powinna być ustalana w odniesieniu do średniego kosztu utrzymania mieszkania w przeliczeniu na jednego mieszkańca, przy założeniu, że na koszty utrzymania składają się opłaty czynszowe, opłaty za zużycie energii elektrycznej i ciepłej, gazu, wody, odprowadzenie ścieków, wywóz śmieci, Internet itp. Jednocześnie odpłatność za pobyt w mieszkaniu wspomagany powinna uwzględniać sytuację zdrowotną, bytową i materialną mieszkańca.

Wysokość odpłatności powinna być podana do wiadomości osoby, której przyznano pobyt w mieszkaniu wspomagany lub ustalona z rodziną osoby chorującej psychicznie. Po wniesieniu opłaty za pobyt i wsparcie w mieszkaniu wspomagany kwota dochodu pozostała do dyspozycji mieszkańca nie powinna być niższa niż 100% kryterium dochodowego (to jest 776 zł na dzień 1 stycznia 2022 r).

W sytuacji gdy dochód mieszkańca wynosi 100% kryterium dochodowego lub poniżej, mieszkaniec jest zwolniony z opłat za pobyt i wsparcie w mieszkaniu wspomagany.

Tabela 2. Dochód osoby a wysokość odpłatności za pobyt w mieszkaniu wspomagany – PROPONOWANY SPOSÓB WYLICZENIA ODPLATNOŚCI

Dochód osoby określony wg kryterium art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej	Wysokość odpłatności za pobyt w mieszkaniu wspomagany i świadczone w nim wsparcie
100% i poniżej	nieodpłatnie
powyżej 100 do 150%	20%
powyżej 150 do 200%	40%
powyżej 200 do 250%	60%
powyżej 250 do 300%	80%
powyżej 300%	100%

W wyjątkowych sytuacjach organ prowadzący może czasowo zwolnić mieszkańca z obowiązku ponoszenia odpłatności za mieszkanie wspomagane, odroczyć termin płatności lub rozłożyć zaległość na raty.

W sytuacji otrzymania dofinansowania ze źródeł zewnętrznych na prowadzenie mieszkania rekomenduje się, aby podmiot prowadzący mieszkanie wspomagane zmniejszył mieszkańcom kwotę odpłatności za pobyt.

SPECYFIKA MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH W POLSCE I UE

1. Przepisy prawne i wytyczne w zakresie prowadzenia mieszkań wspomaganych w ramach projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego

Standard mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym jest zgodny z następującymi aktami prawnymi oraz wytycznymi krajowymi i unijnymi:

- 1) Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 roku ratyfikowana przez Polskę dnia 6 września 2012 roku (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169);
- 2) Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 326 z 26.10.2012);
- 3) Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 roku o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz. U. z 2016 r., poz. 1219);
- 4) Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014–2020 (Minister Inwestycji i Rozwoju), obowiązujące od 11 kwietnia 2018 roku;
- 5) Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020, obowiązujące od 9 stycznia 2018 roku;
- 6) Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, obowiązujące od listopada 2012 roku.

W opracowanym standardzie przyjęto definicję mieszkania wspomagane zawartą w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Regionalnego na lata 2014–2020, obowiązujących od 9 stycznia 2018 roku (Podrozdział 6.4 Mieszkania chronione i mieszkania wspomagane).

Według tej definicji **mieszkanie wspomagane to usługa społeczna świadczona w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowująca osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniająca pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia**. Mieszkanie lub dom może być prowadzone w formie mieszkania:

- a) **treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia**. Usługa ma charakter okresowy i przeznaczona jest dla osób mających trudności w samodzielnym funkcjonowaniu oraz ma na celu osiągnięcie przez nich częściowej lub całkowitej samodzielności, m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji;
- b) **wspieranego, stanowiącego alternatywę dla pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę**. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego (w przypadku potrzeby zapewnienia opieki w zastępstwie za opiekunów faktycznych). Służy osobom niesamodzielnym i osobom z niepełnosprawnościami, wymagającym wsparcia w formie usług opiekuńczych lub asystenckich.

Mieszkanie socjalne nie jest formą mieszkania wspomagane.

„Mieszkanie wspomagane” to zatem szersze pojęcie niż stosowany dotychczas termin mieszkania chronione. Mieszkania chronione są również formą mieszkań wspomaganych, z tym że ich forma organizacyjna i standard wynikają z Ustawy z dnia 12 marca 2014 roku o pomocy społecznej i aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.

Zarówno w mieszkaniach chronionych, jak i w mieszkaniach wspomaganych w ramach wsparcia zapewnia się:

- a) usługi wspierające pobyt osoby w mieszkaniu, w tym usługi opiekuńcze, usługi asystenckie;
- b) usługi wspierające aktywność osoby w mieszkaniu, w tym trening samodzielności, pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne, integrację osoby ze społecznością lokalną.

Liczba miejsc w mieszkaniu wspomagany nie może być większa niż 12. W wypadku mieszkań wspomaganych w formie mieszkań wspieranych możliwe jest tworzenie miejsc pobytu okresowego (opieka

wytnieniowa) lub stałego. Usługi pobytu okresowego nie mogą mieć jednak charakteru jedynie turnusów rehabilitacyjnych.

Wsparcie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego dla istniejących mieszkań chronionych lub mieszkań wspomaganych jest możliwe wyłącznie pod warunkiem zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług w danym mieszkaniu, bez pogorszenia jakości świadczonych usług. Podmioty otrzymujące to dofinansowanie zobowiązują się jednocześnie do zachowania trwałości miejsc świadczenia usług w mieszkaniach chronionych lub wspomaganych.

Usługa mieszkania wspomagane zarówno treningowego, jak i wspierane musi odpowiadać definicji usług świadczonych w lokalnej społeczności oraz standardom określonym w załączniku nr 1 do Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020.

Według tychże wytycznych **usługi świadczone w lokalnej społeczności to usługi świadczone w interesie ogólnym, umożliwiające osobom, których dotyczą, niezależne życie w środowisku lokalnym.** Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny i społeczności lokalnej, a gdy nie jest to możliwe, gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Są to usługi świadczone w sposób:

- a) zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby) oraz jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym;
- b) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą;
- c) zapewniający, że odbiorcy tych usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
- d) gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców.

Warunki, o których mowa w pkt a)–d), muszą być spełnione łącznie.

Do mieszkań wspomaganych kieruje się osoby na podstawie:

- a) wniosku o przyznanie pomocy w formie usług w mieszkaniu wspomagany;
- b) w przypadku osób chorujących psychicznie – zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza prowadzącego, w tym lekarza rodzinnego, a w razie niepełnosprawności sprzężonych i występowania

chorób współistniejących – także przez lekarza specjalistę, oraz opinii psychologa o osobie przyjmowanej;

- c) uzgodnień zawartych w formie trójstronnego kontraktu pomiędzy przedstawicielem podmiotu prowadzącego mieszkanie wspomagane, opiekunem mieszkania wspomaganeego a osobą ubiegającą się o wsparcie. Uzgodnienia określają m.in. poziom odpłatności osoby korzystającej ze wsparcia. W przypadku mieszkań treningowych poziom odpłatności jest zależny od dochodu i stanowi część procesu usamodzielnienia, uzgodnienia zaś określają zasady i sposób realizacji programu (planu) usamodzielnienia mieszkańca.

Pobyt w lokalu mieszkalnym jako mieszkaniu wspomagany wraz z usługami przyznaje się na podstawie umowy cywilnoprawnej lub kontraktu socjalnego. **Pobyt w mieszkaniu treningowym przyznawany jest na czas określony. Pobyt w mieszkaniu wspieranym może być przyznany na czas określony lub nieokreślony.**

Usługi mieszkalnictwa wspomaganeego na rzecz osób niepełnosprawnych mogą obejmować:

- a) utworzenie miejsca w mieszkaniu wspomagany (np. adaptacja lokalu, wyposażenie);
- b) zapewnienie pobytu w lokalu mieszkalnym;
- c) świadczenie usług wspierających pobyt osoby w mieszkaniu;
- d) organizację usług wspierających aktywność osoby w mieszkaniu;
- e) sfinansowanie kosztów eksploatacji lokalu mieszkalnego.

Usługi wspierające pobyt osoby w mieszkaniu mogą obejmować w szczególności:

- a) usługi opiekuńcze;
- b) usługi asystenckie.

Usługi wspierające aktywność osoby w mieszkaniu dotyczą nauki, podtrzymania, rozwijania lub powstrzymania regresu maksymalnego osiągalnego dla danej osoby poziomu sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, realizacji lub rozwijania kontaktów społecznych oraz pełnienia ról społecznych, pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, zagospodarowania czasu wolnego, z wykorzystaniem usług dostępnych w społeczności lokalnej, które mogą być realizowane przez:

- a) pracę socjalną;
- b) poradnictwo specjalistyczne, w szczególności psychologiczne i prawne;
- c) trening umiejętności praktycznych;
- d) trening higieny;
- e) trening finansowy;

- f) trening zarządzania mieszkaniem, w tym zarządzanie energią;
- g) trening kulinarny;
- h) trening umiejętności spędzania czasu wolnego;
- i) trening interpersonalny;
- j) trening autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;
- k) trening umiejętności społecznych;
- l) rozwijanie umiejętności integracji ze społecznością lokalną;
- m) trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;
- n) pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania.

Standard lokalu mieszkalnego przeznaczonego na mieszkanie wspomagane powinien spełniać następujące warunki minimalne:

- a) powierzchnia użytkowa wynosi minimum 8 m² na osobę;
- b) oprócz pomieszczeń mieszkalnych jest wyposażony w kuchnię lub wnękę kuchenną, łazienkę, ustęp z umywalką lub miskę ustępową w łazience i przestrzeń komunikacji wewnętrznej;
- c) posiada bezpośrednie oświetlenie światłem dziennym co najmniej w pomieszczeniach mieszkalnych;
- d) jeśli mieszkańcami są osoby z niepełnosprawnością ruchową (w tym w szczególności poruszające się na wózku inwalidzkim), mieszkanie oraz budynek, w którym się ono znajduje, są dostępne architektonicznie.

Osobą odpowiedzialną za prowadzenie usługi w mieszkaniu wspomagany, w tym za realizację programu (planu) usamodzielnienia mieszkańca w mieszkaniu treningowym, jest opiekun mieszkania.

2. Mieszkania chronione w Polsce – aktualny stan prawny

Mieszkania chronione w Polsce funkcjonują na podstawie następujących przepisów prawnych:

- 1) Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku;
- 2) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 roku w sprawie mieszkań chronionych.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku określa, że mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione ma zapewniać warunki samodzielnego

funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną. Mieszkania chronione skierowane są do:

- osoby pełnoletniej, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki;
- w szczególności do osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- osoby opuszczającej pieczę zastępczą;
- cudzoziemca, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy. Podmiotem prowadzącym mieszkanie chronione mogą być:
- wszystkie jednostki organizacyjne pomocy społecznej określone w art. 6 pkt 5 ustawy o pomocy społecznej, tj.: regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, placówka specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia i interwencji kryzysowej,
- organizacje pożytku publicznego, o których mowa w Ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (art. 5 ust. 2 pkt 1).

Mieszkania nie prowadzone na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej mogą być tworzone przez:

- organizacje pozarządowe,
- podmioty ekonomii społecznej,
- kościoły i związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- ochotnicze hufce pracy,
- przedsiębiorców.

W zależności od celu udzielanego wsparcia mieszkanie prowadzone jest jako:

- 1) MIESZKANIE CHRONIONE TRENINGOWE, w którym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia;
- 2) MIESZKANIE CHRONIONE WSPIERANE, które przeznaczone jest dla:
 - osoby niepełnosprawnej, w szczególności osoby niepełnosprawnej fizycznie lub osoby z zaburzeniami psychicznymi,
 - osoby w podeszłym wieku lub przewlekłe chorej.

Zapewnia się w nim usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości.

Wsparcie świadczone w mieszkaniu chronionym nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin.

Jeśli chodzi o okres przyznawanego pobytu, decyzję o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydaje się na czas określony. Jednak w stosunku do osób, które posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach w stosunku do innych osób, może być wydana decyzja o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wspieranym na czas nieokreślony.

Decyzja o skierowaniu osoby do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydawana jest po dokonaniu uzgodnień pomiędzy pracownikiem socjalnym podmiotu kierującego, pracownikiem socjalnym jednostki organizacyjnej pomocy społecznej prowadzącej mieszkanie chronione lub organizacji pożytku publicznego prowadzącej mieszkanie chronione a osobą ubiegającą się o skierowanie do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem ustawowym. Uzgodnienia mają formę pisemną i dotyczą:

- celu pobytu,
- okresu pobytu,
- rodzaju i zakresu świadczonego wsparcia,
- odpłatności osoby korzystającej ze wsparcia,
- sposobu zgłaszania planowanej nieobecności w mieszkaniu chronionym,
- zasad i sposobu realizacji programu usamodzielniania osoby korzystającej ze wsparcia lub programu wspierania danej osoby.

Korzystanie ze wsparcia w mieszkaniu chronionym prowadzonym przez podmioty inne niż gmina, powiat lub na ich zlecenie odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą korzystającą z pobytu w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem ustawowym.

Z kolei *Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 roku* (Dz. U. 2018 poz. 822) w sprawie mieszkań chronionych określa:

- a) minimalne standardy usług świadczonych w mieszkaniach chronionych,
- b) minimalne standardy pomieszczeń w mieszkaniu chronionym.

MIESZKANIE CHRONIONE TRENINGOWE zapewnia usługi polegające na nauce, rozwijaniu lub utrwalaniu umiejętności w zakresie:

- samoobsługi,
- zaspokajania codziennych potrzeb życiowych,
- efektywnego zarządzania czasem,
- prowadzenia gospodarstwa domowego,
- załatwiania spraw urzędowych,
- utrzymywania więzi rodzinnych,
- uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej,
- poszukiwania pracy.

MIESZKANIE CHRONIONE WSPIERANE zapewnia usługi obejmujące pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, a dotyczących:

- przemieszczania się,
- utrzymania higieny osobistej,
- ubierania się,
- sprzątania,
- zakupów i przygotowywania posiłków,
- załatwiania spraw osobistych,
- realizacji kontaktów społecznych przez umożliwienie osobie utrzymywania więzi rodzinnych oraz uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej.

Jeśli chodzi o standard pomieszczeń w mieszkaniach chronionych, ustalono, że **minimalna powierzchnia użytkowa przypadająca dla jednej osoby korzystającej ze wsparcia w mieszkaniu chronionym nie może być mniejsza niż 12 m², przy czym liczba osób w mieszkaniu chronionym nie może być wyższa niż 7.** (§ 6. 1.)

Mieszkanie chronione, oprócz pomieszczeń mieszkalnych, składa się z:

- kuchni lub aneksu kuchennego,
- łazienki,
- wydzielonej toalety lub muszli klozetowej w łazience,
- przestrzeni komunikacji wewnętrznej.

Wszystkie pomieszczenia w mieszkaniu chronionym, w którym ze wsparcia korzystają osoby niepełnosprawne ruchowo, są pozbawione barier architektonicznych i dostępne dla tych osób z zewnątrz.

W pomieszczeniu mieszkalnym każdej osobie zapewnia się:

- łóżko lub tapczan,
- szafę ubraniową,
- szafkę nocną,
- krzesło lub fotel.

Kuchnia lub aneks kuchenny są wyposażone w:

- kuchenkę,

- zlewozmywak,
 - chłodziarkę,
 - meble kuchenne, sprzęt i naczynia do przygotowywania i spożywania posiłków.
- Łazienka jest wyposażona w:
- wannę lub natrysk,
 - umywalkę,
 - muszlę klozetową, jeżeli nie ma wydzielonej toalety.
- Wydzielona toaleta jest wyposażona w umywalkę.
- Mieszkanie chronione jest wyposażone w pralkę automatyczną, a także telewizor lub komputer.

3. Modele mieszkań wspomaganych na przykładzie lidera i partnerów projektu *Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym* – przykłady polskich rozwiązań

W ramach projektu „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie” utworzono mieszkania wspomagane na terenie 3 województw: lidera – województwo lubelskie i partnerów – województwo podkarpackie i województwo świętokrzyskie. Mieszkania te są prowadzone przez trzy organizacje pozarządowe posiadające wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu mieszkań chronionych dla osób niepełnosprawnych. Poniżej zamieszczamy opis działalności tychże organizacji.

1. *Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy „Misericordia”* (partner w projekcie – województwo lubelskie).

W ciągu trzydziestu lat działalności zbudowało system wsparcia dla osób chorujących psychicznie, który tworzą:

- Środowiskowy Dom Samopomocy – rehabilitacja społeczna dla 75 osób,
- Warsztaty Terapii Zajęciowej – rehabilitacja zawodowa dla 35 osób,
- Zakład Aktywności Zawodowej – praca na chronionym rynku pracy dla 42 osób.

Stowarzyszenie prowadzi także mieszkania chronione dla osób chorujących psychicznie, które w wyniku choroby utraciły swój dom lub wymagają interwencyjnej izolacji od rodziny. Warunkiem otrzymania

miejsca w mieszkaniu chronionym jest korzystanie z co najmniej jednej formy wsparcia oferowanej przez stowarzyszenie „Misericordia” oraz pozytywna opinia psychologa. Stowarzyszenie prowadzi:

- a) Ośrodek Adaptacyjny przy ul. Zdrowej 14 w Lublinie – powstał w 2002 roku w budynku należącym do gminy Lublin, w zaadaptowanej do celów mieszkalnych części przychodni. Do 2019 roku w budynku mieszkało 17 osób w pokojach jedno-, dwu – i trzyosobowych; W ramach projektu „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” Stowarzyszenie przeprowadziło remont budynku i utworzyło mieszkania wspomagane o wyższym niż dotychczas standardzie; obecnie w ramach realizacji projektu mieszka tam 10 osób w pokojach jedno- i dwuosobowych;
- b) mieszkania w ramach struktury organizacyjnej Zakładu Aktywności Zawodowej przy ul. Głuskiej 145 w Lublinie, utworzone w 2009 roku. ZAZ mieści się na parterze zabytkowej plebanii, a na piętrze znajdują się cztery kawalerki jednoosobowe i jedna kawalerka dwuosobowa;
- c) dom o charakterze rodzinnym przy ul. Łagiewnickiej 1 w Lublinie – jednorodzinny dom, w którym od 2014 roku mieszka 8 osób w pokojach jedno-, dwu- i trzyosobowych;
- d) w ramach projektu „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” stowarzyszenie zaadaptowało budynek przy ul. Głuskiej 140 w Lublinie na dodatkowe mieszkania chronione i obecnie mieszka tam 7 osób w pokojach jedno- i dwuosobowych;
- e) w ramach projektu: „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” stowarzyszenie zaadaptowało część budynku byłej szkoły podstawowej w Wołkowianach (gmina Żmudź, powiat chełmski), tworząc mieszkanie dla 3 osób, z których każda ma swój odrębny pokój.

2. *Caritas Diecezji Kieleckiej* (partner w projekcie – województwo świętokrzyskie).

Od 2007 roku Caritas buduje sieć oparcia dla osób wykluczonych społecznie w postaci mieszkań wspomaganych. Działania te polegają na udostępnianiu osobom samodzielnym, lecz mało zaradnym i zagrożonym bezdomnością mieszkań na okres przejściowy, do czasu pełnego usamodzielnienia się i przezwyciężenia sytuacji kryzysowej lub do czasu znalezienia innego ośrodka wsparcia w wypadku długotrwałej dysfunkcji.

Obecnie Caritas Diecezji Kieleckiej udostępnia około 115 mieszkań wspomaganych, o różnym standardzie i wielkości – od pokoi o powierzchni 12–16 m² ze wspólnym węzłem sanitarnym i aneksem kuchennym, przez małe samodzielne mieszkania z aneksem kuchennym i łazienką (20–35 m²), do trzypokojowego mieszkania (56 m²). Mieszkania znajdują się w takich miejscowościach jak Piasek Wielki, Proszowice, Kidów, Kielce, Piekoszów, Gorzków, Stopnica, Czyżowice i Wiśniówka. Ze względu na zakres prowadzonych działań mieszkania wspomagane adresowane są do różnych grup odbiorców, a w szczególności do:

- a) osób zaburzonych psychicznie zagrożonych bezdomnością lub inną formą wykluczenia społecznego, które nie wymagają stałej opieki, tylko ewentualnie wsparcia środowiskowego – mieszkania chronione w Piasku Wielkim;
- b) osób starszych, niewymagających bezpośredniej i całodobowej opieki, ale także dla osób niepełnosprawnych – mieszkania w Kidowie;
- c) rodzin lub kobiet samotnych bądź z małoletnimi dziećmi. Najczęściej mieszkanki rekrutują się spośród osób opuszczających placówki dla osób bezdomnych (schroniska). Często są to osoby, które w swoim środowisku doświadczały przemocy ze strony najbliższych, np. męża bądź rodziców, dlatego oprócz mieszkania dodatkową pomoc otrzymują w Centrum Interwencji Kryzysowej w postaci kompleksowego wsparcia terapeutycznego i psychologicznego – mieszkania w Kielcach;
- d) osób bezdomnych, doświadczających przemocy, z zaburzeniami psychicznymi, wychowanków opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze i rodziny zastępcze, innych osób zmotywowanych do zmian, dążących do usamodzielnienia, w wypadku których jedną z przyczyn ich trudnej sytuacji życiowej jest brak mieszkania i pracy – mieszkania w Proszowicach;
- e) osób niepełnosprawnych i starszych – w Piekoszowie funkcjonują tzw. lokale aktywizujące. Oprócz samodzielnych lokali z aneksem kuchennym mieszkańcy mają tam do dyspozycji również pracownię terapii zajęciowej, salę rehabilitacji ruchowej, a nawet grocie solną. W tym samym kompleksie w ramach NFZ funkcjonują poradnia i gabinet rehabilitacji ambulatoryjnej, ale także dom pomocy społecznej, do którego można skierować mieszkańców, jeżeli tracą samodzielność;
- f) pełnych rodzin, których nie stać na komercyjny wynajem mieszkań – mieszkania wspomagane w Wiśniówce koło Kielc, które utworzono w 2007 roku w dawnym hotelu pracowniczym. Początkowo 9 lokali mieszkalnych przystosowano dla osób opuszczających zakłady karne. W ciągu dwóch lat 60 procent z tych osób w pełni się usamodzielniało.

- g) osób niepełnosprawnych oraz seniorów, którzy nie mogą samodzielnie funkcjonować w środowisku wiejskim lub dotychczasowy dom nie nadaje się do dalszego zamieszkania – mieszkania w Gorzkowie, Czyżowicach i Stopnicy;
- h) osób z zaburzeniami psychicznymi – hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Świniarach (gm. Solec Zdrój), który Caritas Diecezji Kieleckiej prowadzi od 2018 roku. Zdecydowana większość pacjentów hostelu (kontrakt z NFZ) trafia tam po leczeniu klinicznym na oddziałach psychiatrycznych okolicznych szpitali. Zazwyczaj pacjenci pozostają w hostelu przez sześć miesięcy – zgodnie z zaleceniami NFZ. Obok w tym kompleksie funkcjonuje schronisko z usługami opiekuńczymi, które przyjmuje osoby bez oparcia w rodzinie.

W ramach projektu „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie” Caritas założył i prowadzi mieszkanie wspomagane dla 5 osób chorujących psychicznie (3 odrębne lokale mieszkaniowe) w Wiśniówce (gmina Masłów) k. Kielc.

3. *Stowarzyszenie „Radość” w Dębicy* (partner w projekcie) – województwo podkarpackie.

Stowarzyszenie od 1994 r. prowadzi działania w zakresie rehabilitacji, usamodzielniania i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami.

W prowadzonych placówkach i realizowanych projektach systematyczną rehabilitacją obejmuje się 419 osób z niepełnosprawnością w różnym wieku. Zatrudnia 105 osób niepełnosprawnych. System wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnościami tworzą:

- Warsztaty Terapii Zajęciowej w Dębicy i Bobrowej Woli dla 110 osób z niepełnosprawnościami;
- Zakład Aktywności Zawodowej zatrudniający 79 osób niepełnosprawnych. ZAZ prowadzi działalność produkcyjno-usługową w zakresie: stolarstwa meblowego, rękodzieła artystycznego, usług pralniczych, porządkowo-remontowych oraz usług gastronomicznych (Bar „Radość”, kawiarenka z wyrobami cukierniczymi Caffè „Radość”, usługi cateringowe). W ramach ZAZ działa Sklep Deco Radość;
- Spółdzielnia Socjalna „Radość” o profilu gospodarczo-porządkowym;
- Usługi asystencji osobistej.

W celu rozwijania samodzielności i autonomii osób z niepełnosprawnościami od 2015 r. Stowarzyszenie „Radość” prowadzi mieszkania treningowe i wspomagane:

- a) mieszkanie treningowe w Dębicy, o powierzchni 104 m², prowadzone w ramach projektu *Rehabilitacja społeczna w Mieszkaniu Samodzielności*

Stowarzyszenia „Radość” (współfinansowany ze środków PFRON) dla 50 osób z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności, które ukończyły 16 rok życia.

Celem prowadzonych w mieszkaniu treningów jest wyposażenie Uczestników projektu w wiedzę i umiejętności niezbędne do prowadzenia gospodarstwa domowego, dbania o higienę osobistą i higienę otoczenia, zagospodarowywania czasu wolnego i uczestnictwa w lokalnym życiu społecznym. Uczestnik mieszka w mieszkaniu treningowym) przez okres 5 dni, tj. od poniedziałku godz.15.00 do soboty godz. 9.00 z przerwami na pobyt w innych placówkach (np. ŚDS, WTZ, ZAZ, szkoła). Asystenci mieszkalnictwa sprawują dyżur nocny, aby zapewnić beneficjentom poczucie bezpieczeństwa i zminimalizować lęk związany z nową sytuacją. Zgodnie z potrzebami Uczestników trening samodzielności może być wielokrotnie powtarzany.

- b) mieszkanie treningowe, o powierzchni 205,35 m² realizowane w ramach projektu pod nazwą: *Radosne Mieszkanie „Radość. Droga do samodzielności w mieszkaniu treningowym* (finansowane ze środków RPO WP na lata 2014–2020) dla 30 osób z niepełnosprawnością mieszczące się w zaadaptowanej i zmodernizowanej części budynku WTZ. Celem realizowanego projektu jest podnoszenie poziomu sprawności samoobsługowych beneficjentów, rozwijanie ich kompetencji społecznych i przygotowanie do prowadzenia samodzielnego życia.

W odpowiednio przygotowanym i wyposażonym mieszkaniu treningowym realizowane są treningi: higieny, gospodarstwa domowego, gospodarowania budżetem, rozwoju zainteresowań i gospodarowania czasem wolnym. Uczestnicy rozwijają swoją autonomię i zaradność życiową, by móc w przyszłości funkcjonować niezależnie lub przy minimalnym wsparciu innych osób.

Zajęcia ze specjalistami realizowane są w formie spotkań edukacyjno-warsztatowych: kulinarnych, ogrodniczych (uprawa i pielęgnacja roślin w domu, ogrodzie i cieplarni ogrodowej), warsztatach umiejętności praktycznych (drobne naprawy w domu, posługiwanie się podstawowymi narzędziami technicznymi, zasady postępowania przy awariach zdarzających się w domu).

Projekt zapewnia, zgodnie z potrzebami uczestników, zajęcia specjalistyczne z zakresu: porad prawnych, doradztwa zawodowego, psychologicznego, seksuologicznego i psychiatrycznego. Uczestnicy biorą czynny udział w różnych formach aktywności społecznej w środowisku lokalnym;

- c) mieszkanie wspomagane w ramach projektu: *Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych*

pobytach w szpitalu psychiatrycznym. Mieszkanie o powierzchni 220 m² dla 5 osób chorujących psychicznie mieści się w Straszęcinie i prowadzone jest w partnerstwie z gminą Żyraków.

Celem pobytu w utworzonym mieszkaniu wspomagany jest budowanie samodzielności osób leczących się psychiatrycznie, zapewnienie im adekwatnego wsparcia w budowaniu zasobów i przygotowaniu do pełnej aktywności społeczno-zawodowej.

Mieszkańcy otrzymują wsparcie w formach i wymiarze dostosowanym do ich indywidualnej sytuacji, potrzeb i możliwości. Dla mieszkańców mieszkania wspomagane zapewnione są następujące formy wsparcia: treningi: psychoedukacyjne, trening lekowy, wsparcie psychologiczne, treningi umiejętności praktycznych, trening dbania o wygląd i higienę osobistą, kulinarny, budżetowy, trening organizacji czasu wolnego, trening umiejętności społecznych, doradztwo zawodowe i doradztwo prawne.

Uczestnicy mieszkań prowadzonych przez Stowarzyszenie „Radość” mieszkają w pokojach jedno- i dwuosobowych.

Aktywizacja zawodowa mieszkańców prowadzonych przez Stowarzyszenie mieszkań treningowych i mieszkania wspomagane prowadzona jest w Warsztatach Terapii Zajęciowej i w Zakładzie Aktywności Zawodowej prowadzonych przez Stowarzyszenie „Radość”.

4. Modele mieszkań wspomaganych w Unii Europejskiej

W krajach Unii Europejskiej wsparcie dla osób chorujących psychicznie przebywających w mieszkaniach wspomaganych charakteryzuje się przede wszystkim poszanowaniem ich prawa do wolności i samodzielnych decyzji. Formy opieki są dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, przy jednoczesnym uczeniu go współodpowiedzialności za swoje leczenie. Terapeuta postrzegany jest jako osoba wspierająca i towarzysząca osobie chorującej w procesie zdrowienia.

W krajach UE funkcjonują różne modele mieszkań, w których osoby chorujące psychicznie żyją wspierane przez terapeutów i stopniowo uczą się samodzielności. Można tu wymienić:

- hostel – model medyczny mieszkania, w którym personel terapeutyczny jest obecny 24 godziny na dobę,
- domy grupowe, tzw. komuny terapeutyczne,
- mieszkania niezależne finansowo i prowadzone przez gminy.

W Norwegii gminy otrzymują niskoprocentowane kredyty na budowę mieszkań dla osób chorujących psychicznie. Dla przykładu w Trondheim są to budynki złożone z od 7 do 30 jednoosobowych apartamentów wyposażonych we własną kuchnię, łazienkę i pokój dzienny. Oprócz tego wszyscy mieszkańcy mają dostęp do wspólnego pokoju, gdzie spotykają się z opiekunem.

Mieszkania wspomagane wyglądają tak jak inne budynki mieszkalne w okolicy i są zlokalizowane w różnych dzielnicach miasta. W pobliżu znajdują się sklepy, tereny rekreacyjne, a odległość od centrum miasta wynosi średnio 10–20 minut autobusem. Personel mieszkań chronionych jest zatrudniany przez gminę, mieszka w tym samym budynku i jest dostępny dla mieszkańców przez 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu. Osoby chorujące psychicznie prowadzą niezależne życie w ramach pewnej wspólnoty, gdzie otrzymują wsparcie personelu dostosowane do ich potrzeb i w różnych obszarach funkcjonowania (dbanie o siebie, radzenie sobie z chorobą, samodzielne mieszkanie i gospodarowanie pieniędzmi, zakupy, gotowanie, spędzanie czasu wolnego). Większość mieszkańców uczestniczy – w zależności od potrzeb codziennie, kilka razy lub raz w tygodniu – w spotkaniach treningowych z pielęgniarką psychiatryczną lub inną osobą z personelu, jednak udział w tych zajęciach czy korzystanie z różnych form wsparcia są całkowicie dobrowolne. Osoby te nie są też w żaden sposób kontrolowane w kwestii zażywania leków. Mieszkania te adresowane są do osób z takimi zaburzeniami jak schizofrenia, CHAD, zaburzenia depresyjne.

Umowa najmu z mieszkańcem jest podpisywana na trzy lata, a opłata za wynajem nie może przekraczać 40% jego dochodu. Ponadto gmina zakłada priorytetowy przydział mieszkań socjalnych dla osób niepełnosprawnych. Mieszkanie socjalne, w którym osoba chorująca psychicznie otrzymuje wsparcie ze strony asystenta środowiskowego, jest także formą mieszkania wspomagane (Roos, Bjerkeset, Søndena, Antonsen, Steinsbekk, 2016).

W Niemczech organizacje pozarządowe wynajmują od gminy pojedyncze mieszkania rozproszone w mieście lub całą klatkę w bloku mieszkalnym z przeznaczeniem na mieszkania wspomagane. Wsparcie udzielane jest również we własnym mieszkaniu osoby chorującej psychicznie.

W krajach skandynawskich i w Niemczech działają także soterie (jest to rodzaj komuny terapeutycznej). Mają one za zadanie wspierać osoby we wczesnym stadium choroby psychicznej. Nie proponuje się tam w ogóle farmakoterapii, ale indywidualne wsparcie terapeutyczne – jeden opiekun wspiera jedną osobę chorującą. Opiekun jest stale dostępny, co nie oznacza, że musi ciągle towarzyszyć podopiecznemu – wsparcie jest dostosowane elastycznie do jego potrzeb.

W trakcie wizyt studyjnych we Włoszech i w Holandii Zespół ds. opracowania Standardu miał okazję nie tylko przyrzeć się funkcjonowaniu mieszkańców wspomaganych, ale również zapoznać się z całym systemem leczenia, rehabilitacji i wsparcia środowiskowego dla osób chorujących psychicznie. W obu tych krajach mieszkanie wspomagane stanowi niezbędny element w procesie rehabilitacji psychiatrycznej i w systemie wsparcia środowiskowego. Pozwala na zapewnienie osobie chorującej psychicznie samodzielnego lokalu oraz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w takim wymiarze, jakiego dana jednostka potrzebuje, aby zdrowieć, rozwijać się i powrócić do społeczeństwa.

W Holandii pomoc osobom niepełnosprawnym została uregulowana w jednej z czterech systemowych ustaw zdrowotnych. Na podstawie *Social Support Act 2015* odpowiedzialność za zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla niepełnosprawnych została w dużej mierze przeniesiona na jednostki samorządu terytorialnego. Gminy, które są zbyt małe i nie mają wystarczających zasobów do realizacji powierzonych im zadań, są zachęcane do współpracy z sąsiednimi jednostkami samorządowymi. Opłacanie świadczeń realizowanych w ramach *Social Support Act 2015* opiera się na funduszach przekazywanych bezpośrednio z budżetu państwa na rzecz samorządów. Władze lokalne mają swobodę w zarządzaniu otrzymanymi środkami. Mogą je przekazywać albo bezpośrednio do placówki, z którą mają podpisany kontrakt, albo też pacjentom rozporządzającym samodzielnie otrzymanymi funduszami w ramach osobistych budżetów na ochronę zdrowia.

W opracowanej przez holenderski rząd strategii zdrowia psychicznego największy nacisk położono na stworzenie systemu opieki psychiatrycznej dostosowanego do potrzeb osoby chorującej – uwzględniającego jej sytuację społeczną i kulturową, zapewniającego dostęp zarówno do leczenia psychiatrycznego, jak i wsparcia socjalnego. Dąży się do tego, aby terapia w tych przypadkach, w których może być prowadzona na poziomie lokalnym, właśnie tam się odbywała. Przypadki ciężkie leczone są przez specjalistów w regionalnych centrach umiejscowionych w szpitalach ogólnych, natomiast terapia najcięższych przypadków prowadzona jest na poziomie krajowym w szpitalach uniwersyteckich.

W razie problemów dotyczących zdrowia psychicznego pacjent powinien najpierw udać się do lekarza pierwszego kontaktu, który podejmie decyzję o leczeniu pacjenta samodzielnie lub o skierowaniu go do Basic GGZ (centrum podstawowej opieki psychiatrycznej) bądź do Specialised GGZ (centrum specjalistycznej opieki psychiatrycznej). (*Healthcare in Netherlands*, Ministry of Public Health, Welfare and Sport, 2016).

W holenderskim systemie pomocy społecznej działa komisja ds. orzekania o niepełnosprawności, która określa jej stopień u danej osoby,

posługując się ośmiostopniową skalą. Im wyższy stopień w skali, tym większa jest niepełnosprawność i większe nakłady przeznaczane są na leczenie i rehabilitację danej osoby. Osoba, u której została orzeczona niepełnosprawność, samodzielnie wybiera ośrodek wsparcia. Ośrodki te prowadzone są przez organizacje pozarządowe, które działają niczym duże instytucje finansowane z budżetu państwa. Środki finansowe „idą za klientem”, tzn. gdy osoba chorująca psychicznie wybiera ośrodek rehabilitacji, państwo przelewa tej organizacji kwotę potrzebną na pokrycie wszystkich świadczeń.

Przykładem organizacji świadczącej wsparcie środowiskowe jest LISTER działająca w kilku regionach i obejmująca wsparciem około 1450 klientów – osób cierpiących na różne zaburzenia psychiczne, tj. psychozy, zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, autyzm. Nie oferuje leczenia psychiatrycznego, tylko wsparcie środowiskowe w powrocie do zdrowia, do samodzielności i satysfakcjonujących relacji społecznych. Współpracuje przy tym z lekarzami psychiatrami i koordynuje świadczone wsparcie środowiskowe z leczeniem psychiatrycznym.

Lister to również nazwa przedsiębiorstwa społecznego w Trieście **we Włoszech**. Poprzez tę nazwę członkowie organizacji chcieli nawiązać do modelu psychiatrii środowiskowej, który wziął swój początek w tym mieście. Zgodnie z ideą środowiskowej opieki psychiatrycznej społeczne wykluczenie osób chorujących psychicznie jest efektem ubocznym hierarchicznego modelu medycznego, z jego specyficznym językiem i strukturą opartą na władzy instytucji i specjalistów. Jego przeciwieństwem jest model relacyjny, który wyraża się przez towarzyszenie osobom chorującym psychicznie w takim wymiarze czasowym i zakresie, jakich one potrzebują, oraz budowanie z nimi relacji opartej na przyjaźni i zaufaniu. Dzięki takiej współpracy specjaliści z obszaru ochrony zdrowia psychicznego mogą poradzić sobie nawet z ostrymi kryzysami psychotycznymi bez konieczności umieszczania osoby chorującej w zamkniętej placówce lub zapobiec ich pojawieniu się. W praktyce ogromną rolę odgrywają tu mieszkania wspomagane – nie tylko jako alternatywa dla pobytu w placówce leczniczej, ale również jako miejsca, w których zachodzi proces usamodzielniania się i samostanowienia osób chorujących psychicznie.

Włoski model psychiatrii środowiskowej, stanowiący obecnie inspirację dla specjalistów holenderskich, akcentuje trzy główne idee realizowane w pracy z osobą chorującą psychicznie:

1. Podejście holistyczne – kładzie nacisk nie na zaburzenia, lecz na indywidualne potrzeby osoby określane na podstawie historii jej życia, relacji rodzinnych i społecznych.
2. Podejście ekologiczne – postuluje, aby włączenie społeczne osób chorujących psychicznie realizowane było nie tylko przez ośrodki

wsparcia, ale również lokalne organizacje o różnych profilach działalności i najbliższe otoczenie.

3. Respektowanie i realizowanie praw obywatelskich osób z problemami psychicznymi.

W holenderskim systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej zwraca się uwagę na realizację idei, które wciąż stanowią duże wyzwanie dla specjalistów. Chodzi w nim zwłaszcza o:

- prawa obywatelskie i świadome obywatelstwo osób chorujących psychicznie – idea ta realizowana jest przez wzmacnianie jednostki (praca nad rozwijaniem umiejętności i sieci powiązań społecznych) oraz przez wzmacnianie środowiska (działania antystygmatyzacyjne);
- wolność jako fundamentalną zasadę – otwieranie przestrzeni dla osób chorujących psychicznie w szerokim kontekście. Deinstytucjonalizacja to uwolnienie spod władzy instytucji i budowanie dobrego systemu wsparcia środowiskowego, między innymi przez zapewnienie mieszkań wspomaganych osobom przewlekłe chorującym psychicznie. Istotą wyzdrowienia i odzyskania wolności jest jednak przede wszystkim odbudowa relacji społecznych
- nowy rodzaj profesjonalizmu – działania specjalistów powinny być nakierowane na wartości, kreatywność i wzajemność. Ważne jest, aby towarzyszyła im ciągła refleksja nad swoją pracą przez wzajemne konsultacje i szkolenia oraz odwoływanie się do idei psychiatrii środowiskowej. Ich zadaniem ma być poszukiwanie różnych opcji wsparcia dla klienta – nie tylko w ramach systemu, ale także w szeroko pojętym środowisku (inne organizacje, rodzina, sąsiedzi etc.). Relacja specjalista–klient ma się opierać na równości i wzajemności, co oznacza, że obie strony powinny coś do niej wносить. To zaś pociąga za sobą zmianę postawy – odejście od profesjonalnego dystansu psychoterapeutycznego na rzecz bardziej osobistej relacji (Muusse, Rooijen, 2015).

Pracownicy organizacji Lister zakładają w swej wizji, że każda osoba chce czerpać satysfakcję z życia, mieć marzenia i je urzeczywistniać, jednak zaburzenie psychiczne może stanąć temu na przeszkodzie. W swoich działaniach starają się więc przede wszystkim umożliwić klientom rozpoznawanie ich mocnych stron – zespół wspierający tworzą głównie trenerzy, trenerzy pracy oraz „eksperci przez doświadczenie”, których wsparcie dodatkowo motywuje osoby chorujące psychicznie. Przy ewaluacji pracy zespołu nie bierze się pod uwagę liczby godzin przepracowanych z klientem, lecz efekty osiągnięte w procesie zdrowienia.

Wspieranie danej osoby w jej środowisku obejmuje różne formy działania, takie jak wsparcie opiekuna indywidualnego, pracownika socjalnego i trenera pracy, zajęcia grupowe w dziennych ośrodkach wsparcia, udział w grupach samopomocowych, udostępnienie jej mieszkania

wspomagane. Osoba chorująca psychicznie może otrzymać wsparcie w takich obszarach jak:

- prowadzenie gospodarstwa domowego i zarządzanie swoim budżetem,
- dbałość o zdrowie fizyczne i psychiczne,
- budowanie poczucia sensu życia i motywacji do działania,
- relacje społeczne,
- samopomoc,
- mieszkanie wspomagane,
- aktywizacja zawodowa (zatrudnienie wspomagane, poszukiwanie pracy).

Mieszkania wspomagane są położone w ogólnodostępnych budynkach, tak aby osoby chorujące miały wokół siebie zwyczajnych sąsiadów i funkcjonowały w rzeczywistości ludzi „zdrowych”. Każda osoba ma swój indywidualny apartament złożony z pokoju, kuchni i łazienki. Na osiedlu, na którym mieszkają, znajduje się także wyodrębnione mieszkanie stanowiące rodzaj klubu, gdzie wszyscy mieszkańcy mogą się spotykać, także w towarzystwie trenera lub terapeuty, wspólnie gotować i spożywać posiłki, rozmawiać o swoich problemach i wspierać się wzajemnie lub po prostu dobrze się bawić.

Pracownicy organizacji są głęboko przekonani, że choroba psychiczna jest dramatem nie tylko dla klienta, ale także jego bliskich, dlatego starają się angażować środowisko rodzinne w proces zdrowienia w postaci np. coachingu rodzinnego. W ramach aktywizacji zawodowej zaś Lister współpracuje z różnymi firmami, oferując swym klientom zatrudnienie wspomagane i wsparcie trenera pracy lub coacha nawet przez kilkanaście miesięcy.

Reforma opieki psychiatrycznej we Włoszech rozpoczęła się wraz z uchwaleniem Ustawy 180, zwanej *Legge Basaglia*. Ustawa ta była realizacją podstawowych postulatów Franca Basaglii i jego współpracowników oraz efektem jego wieloletniej pracy nad zmianą podejścia do osób chorujących psychicznie i systemu ich leczenia. Postulaty te dotyczyły wzmocnienia związków psychiatrii z opieką środowiskową nad chorymi psychicznie, a głównym celem była likwidacja systemu szpitali psychiatrycznych. Nowe prawo wprowadzało:

- zakaz budowy nowych szpitali psychiatrycznych,
- zakaz przekształcania istniejących szpitali psychiatrycznych w oddziały specjalistyczne szpitali ogólnych,
- ograniczenie liczby miejsc na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,
- zaostrenie kryteriów przymusowej hospitalizacji.

Na podstawie *Legge Basaglia* zdecydowano o stopniowym zwalnianiu pacjentów ze szpitali psychiatrycznych. Jako datę, po upływie której nie będą przyjmowani nowi pacjenci, wyznaczono koniec 1981 roku. Od 1982 roku w istniejących szpitalach psychiatrycznych mogli przebywać jedynie aktualnie hospitalizowani pacjenci, wyłącznie ci, którzy wymagali leczenia w warunkach szpitalnych i na wyraźne własne życzenie. Przymusowa hospitalizacja miała być możliwa tylko na podstawie opinii dwóch psychiatrów, za zgodą władz miasta i trwać do 7 dni. Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych miały obsługiwać okręgi liczące około 200 tysięcy mieszkańców i oferować maksymalnie 15 miejsc, co skutkowało masowymi zwolnieniami personelu psychiatrycznego. Zarządzanie systemem opieki psychiatrycznej miała przejąć nowa sieć regionalnych departamentów zdrowia psychicznego (Dipartimento di Salute Mentale – DSM). Na mocy ustawy miały powstać centra zdrowia psychicznego (Centri di Salute Mentale – CSM; wzorowane na angielskich Community Mental Health Centres), zapewniające opiekę nad chorymi w poszczególnych regionach. Planowano także utworzenie wielu dodatkowych instytucji zajmujących się opieką nad chorymi.

Nowy system pozwolił na powołanie trzech typów ośrodków alternatywnych wobec szpitali psychiatrycznych, takich jak:

- 1) oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura – SPDC), małe jednostki liczące średnio 13 łóżek (maksymalnie 15), do 10 sal, z małą liczbą personelu, przyjmujące głównie osoby z zaburzeniami psychotycznymi;
- 2) centra zdrowia psychicznego (CSM) działające 12 godzin na dobę przez 5–6 dni w tygodniu, dysponujące interdyscyplinarnymi zespołami sprawującymi opiekę nad chorymi przez prowadzenie przyjęć, konsultacji, interwencji kryzysowych i pomaganie chorym w kontaktach z opieką społeczną; w skład takich zespołów wchodził m.in. psychiatrzy, psycholodzy, pracownicy socjalni, pielęgniarki, wychowawcy;
- 3) ośrodki opieki społecznej koncentrujące się na terapii zajęciowej i pomocy pacjentom w znalezieniu zatrudnienia.

W latach siedemdziesiątych XX wieku w ramach rządowych planów deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej zaczęto tworzyć spółdzielnie socjalne. Celem tych działań było zmniejszenie ciężarów nałożonych na opiekę społeczną, zapewnienie osobom ekonomicznie słabszym alternatywnej formy zarobkowania i łagodzenie napięć społecznych związanych z bezrobociem. Osoby zagrożone marginalizacją społeczną były zatrudniane w spółdzielniach działających na specjalnych zasadach prawnych i ekonomicznych. Pacjenci na równi ze zdrowymi pracownikami

byli współudziałowcami w tego rodzaju firmach (Colamedici, Masini, Roccioletti, 2011).

Ten włoski model spółdzielczości był najważniejszym społecznym skutkiem reformy Basaglii. W 1991 roku został on usankcjonowany prawnie. Basaglia popierał aktywizację zawodową pacjentów, a jednocześnie zwalczał ich niepłatną pracę, którą uważał za formę wyzysku ekonomicznego. Rozwiązanie to spełniało podobną funkcję w przypadku bezrobotnych i ubożających byłych pracowników szpitali psychiatrycznych. Obecnie spółdzielnie socjalne dysponują szerokim wachlarzem ofert pracy związanych ze sprzątaniem, projektowaniem, prowadzeniem cateringu, usługami hotelarskimi i restauracyjnymi, ogrodnictwem, rzemieślnictwem. Oferują również możliwość zamieszkania dla osób, które założyły sobie taki cel we własnym planie zdrowienia.

Od momentu powołania Franca Basaglii na stanowisko dyrektora szpitala psychiatrycznego San Giovanni w 1971 roku Triest odegrał wielką rolę w międzynarodowej psychiatrii, wyznaczając standardy opieki psychiatrycznej. Poczynając od procesu deinstytucjonalizacji, Dipartimento di Salute Mentale stało się innowacją opartą na modelu holistycznym. Reformatorom psychiatrii zależało na zachowaniu idei osoby jako całości i podjęciu walki z wykluczeniem społecznym oraz nowymi formami instytucjonalizacji. Fundamentem ich podejścia były następujące zasady:

- indywidualne plany opieki,
- wartość pracy w środowisku i strukturze społecznej,
- wspieranie potencjału jednostki,
- odpowiedzialność przed społecznością.

System ten zapewnia opiekę przez sieć usług, ale kładzie również nacisk na pracę ze społeczeństwem. Celem jest promowanie zdrowia psychicznego i dbanie o struktury sieci społecznej widzianej jako system wsparcia, czyli szeroko rozumiana profilaktyka. Podstawą organizacji systemu są centra zdrowia psychicznego, sieć obiektów budownictwa mieszkaniowego i przedsiębiorstwa społeczne.

Zgodnie z założeniami przyjętymi podczas procesu deinstytucjonalizacji centra zdrowia psychicznego (CSM) miały do odegrania podwójną rolę:

- 1) jako ośrodki interwencji kryzysowej i redukcji przyjęć do szpitala,
- 2) jako system rehabilitacji i integracji społecznej.

Początkowo adresowane były do dawnych pacjentów szpitala psychiatrycznego, z biegiem czasu jednak ich usługi zaczęły docierać do szerszej grupy odbiorców. Dały początek tworzeniu się nowej sieci społecznej i wspólnoty. CSM-y oferują następujące formy aktywności i usług:

- miejsca noclegowe,

- opiekę dzienną,
- opiekę ambulatoryjną,
- leczenie w domu,
- terapię indywidualną i grupową,
- wsparcie psychospołeczne i pracę z siecią społeczną,
- rehabilitację psychospołeczną,
- wsparcie dla mieszkańców mieszkań chronionych,
- wsparcie w procesie zdobywania wykształcenia, szkolenia zawodowe i wsparcie w szukaniu pracy,
- aktywizację społeczną, grupy samopomocowe i aktywizację w czasie wolnym.

Centra zdrowia psychicznego w swojej pracy kierują się następującymi zasadami: mobilność i dostępność usług, zintegrowana i kompleksowa odpowiedź na potrzeby osoby chorującej, ciągłość opieki (społecznej i medycznej) oraz unikanie hospitalizacji. Plan terapii jest tworzony na podstawie indywidualnej historii życia danej osoby, jej unikalnych potrzeb i życzeń. Nawiązanie relacji jest priorytetem, a oparcie planu na indywidualnych potrzebach pozwala zespołowi uzyskać i utrzymać zaangażowanie klienta w terapię. Większość osób pozostaje w domu, a kiedy nie jest to możliwe, zespół stosuje bardziej elastyczne formy interwencji, takie jak 24-godzinny pobyt w CSM w warunkach hostelu (Dell'Acqua, Mezzina 1991).

Według Basaglii przymusowe leczenie jest na ogół rezultatem załamania sieci wsparcia zarówno ze strony profesjonalistów, jak i otoczenia społecznego i nie wynika z klinicznych cech kryzysu. Mobilność i elastyczność zespołu odpowiadającego na zgłoszenie kryzysu są tutaj kluczowe, jako że pozwalają zapobiec przyjęciom pod przymusem. W wypadku osób, które nie nawiązują spontanicznie jako pierwsze kontaktu z centrum, zespół profesjonalistów szuka innych sposobów dotarcia do nich ze swoją ofertą. Zwykle wykorzystuje do tego miejsca, w których spędzają one najwięcej czasu – może to być dom, ale też bar czy zakład pracy. Członkowie ich sieci społecznej również mogą stać się pośrednikami w budowaniu kontaktu. Natychmiastowa i łatwa dostępność członków zespołu pracujących w centrum buduje w rodzinach osób wymagających wsparcia poczucie stabilności i bezpieczeństwa. Od tego rozpoczyna się proces zażegnania kryzysu i tworzenia ludzkiej, osobistej relacji, która jest podstawą zintegrowanego systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Nadrzędną zasadą jest słuchanie nie tylko osoby w kryzysie, ale też innych zaangażowanych w daną sytuację ludzi. Nawet jeśli najważniejszym zadaniem jest zrozumienie i wsparcie pacjenta, członkowie zespołu często podejmują się roli mediatorów pomagających w rozwiązywaniu

bieżących konfliktów i trudności. Informowanie i angażowanie krewnych jest często kluczem do ustalenia spójnego planu opieki.

Zdarza się, że kryzys nie może zostać „zażegnany” w taki sposób, jak opisano powyżej – dotyczy to zwłaszcza osób mieszkających samotnie, o bardzo niewielkich zasobach, z niewielką liczbą relacji społecznych. Osoba w takiej sytuacji może uporczywie odmawiać kontaktu i coraz bardziej się izolować. Różnorodność i nasilenie strategii nawiązywania z nią kontaktu są wówczas intensyfikowane – mogą to być rozmowy telefoniczne, ale pomocne jest też angażowanie innych ludzi (przyjaciół, współpracowników, osób duchowych, dzielnicowych czy osób świadczących różnorodne usługi). Podejmuje się próby nawiązania kontaktu w wielu miejscach, w których dana osoba się pojawia, lub negocjuje możliwość spotkania w dowolnym, wybranym przez nią miejscu publicznym, gdzie czuje się ona bezpieczna i nieatakowana. Takie stale ponawiane próby jasno pokazują konsekwencję w działaniu oraz dowodzą chęci zadzierzgnięcia obustronnej relacji. Choć bywa ona początkowo konfliktowa, ostatecznie włącza osobę w dialog, zachęcając do odpowiedzi na podejmowane próby udzielenia jej pomocy. Może być to dobry wstęp do nawiązania relacji opartej na pełnym zaufaniu i wzajemnym porozumieniu. Proces ustalania wspólnej, zgodnej wizji terapii jest postrzegany jako jej ważny etap, sam w sobie mający terapeutyczne znaczenie. Leczenie pod przymusem, które jest rzadkim wynikiem takich działań, jest uważane za skutek niepowodzenia w nawiązaniu relacji terapeutycznej, a nie za następstwo pojawienia się choroby.

We włoskim modelu psychiatrii środowiskowej to osoba, a nie choroba, znajduje się w centrum procesu terapeutycznego. Według twórców reformy deinstytucjonalizacji doświadczenia prowadzone w latach 1961–1978 dowiodły, że zastąpienie szpitali psychiatrycznych alternatywnymi metodami opieki jest realne i w dużej mierze zależy od nastawienia i sposobu reagowania pracowników oraz od zmiany ich sposobu pracy. Zespół ds. opracowania Standardu miał okazję się o tym przekonać w trakcie wizyty studyjnej we Włoszech, poznając konkretne przykłady współpracy samorządu lokalnego z podmiotami ekonomii społecznej w opiece nad osobami chorującymi psychicznie.

Spółdzielnie socjalne tworzą wspólnoty, w których osoby chorujące psychicznie mieszkają, aktywizują się i usamodzielniają przy wsparciu personelu. Osoby, które osiągną optymalny poziom samodzielności przy jednoczesnym stabilnym stanie zdrowia psychicznego, aktywizują się zawodowo przez pracę w spółdzielni lub udział w szkoleniach zawodowych i stażach na zewnątrz wspólnoty, w innych firmach. Spółdzielnie mają więc do odegrania podwójną rolę: terapeutyczną i integracyjną,

i taka dwoistość charakteryzuje też pracę personelu – psychologów, wychowawców, pielęgniarek i lekarzy psychiatrów.

Spółdzielnie prowadzą mieszkania wspomagane, zwane tutaj wspólnotami, o różnym stopniu wsparcia – personel jest w nich obecny przez 24, 12 bądź 6 godzin na dobę, na ostatnim szczeblu zaś znajdują się mieszkania zupełnie samodzielne, gdzie personel pojawia się kilka razy w tygodniu. Zajmują się też działalnością gospodarczą, która służy aktywizacji zawodowej oraz tworzeniu miejsc pracy dla ich podopiecznych.

I tak Spółdzielnia Socjalna Biplano z Bergamo prowadzi ekologiczne gospodarstwo rolne oraz wspólnotę mieszkaniową dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym przewlekle chorujących psychicznie. Z kolei Spółdzielnia Socjalna Azalea z Werony określa swoją misję jako wsparcie człowieka w rozwoju w trzech podstawowych obszarach takich jak: relacje, praca i mieszkanie. Wizję tę realizuje przez:

- a) wsparcie osób chorujących bezpośrednio w ich środowisku domowym;
- b) prowadzenie mieszkań wspomaganych w formie wspólnot;
- c) przygotowanie podopiecznych do pracy.

Spółdzielnia produkuje i sprzedaje ręcznie robione abażury do lamp oraz prowadzi hotel Gran Can z restauracją. Osoby chorujące psychicznie wykonują tam różne prace porządkowe, ale też świadczą usługi dla klientów, co pozwala na ich wzajemną integrację.

Spółdzielnia Socjalna Nazareno z Bolonii prowadzi ośrodek Casa Mantovani – wspólnotę terapeutyczno-mieszkaniową dla młodych osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, samodzielne mieszkania wspomagane w ogólnie dostępnym budynku mieszkalnym dla osób dobrze funkcjonujących społecznie oraz hotel Il Villino, gdzie pracują osoby po kryzysach psychicznych. Spółdzielnia Socjalna Tragitti, działająca w Bolonii, Imoli i Forlì, prowadzi w sumie sześć ośrodków dla osób chorujących psychicznie. Nasz zespół odwiedził Casa Basaglia w mieście Imola – wspólnotę, w której mieszka i zdrowieje 15 osób. We wszystkich prowadzonych przez spółdzielnię wspólnotach zatrudniony jest personel: lekarz psychiatra, psycholog i „wychowawcy” (odpowiednik terapeuty środowiskowego). Każda osoba z personelu ma pod opieką 3–4 mieszkańców. Przeważnie cztery osoby z personelu przebywają z mieszkańcami do godziny 16.00, trzy osoby po godzinie 16.00 i dwie osoby w nocy (od 20.00 do 8.00).

Spółdzielnia Socjalna Ambra działa w następujących regionach: Lombardia, Emilia-Romania, Friuli i Abruzja. Nasz zespół odwiedził ośrodek Luna Nuova – wspólnotę mieszkaniową zajmującą zabytkową, dziewiętnastowieczną willę. Członkowie wspólnoty w ramach procesu zdrowienia uczestniczą w różnego rodzaju warsztatach i zajmują się ogrodnictwem.

W trakcie wizyty w Departamencie Zdrowia Psychicznego i Uzależnień w Bolonii (część Wydziału Zdrowia Regionu Emilia-Romania) Zespół ds. opracowania Standardu zapoznał się ze wszystkimi formami mieszkalnictwa funkcjonującymi w tym regionie:

- a) wspólnoty mieszkaniowe o dużym stopniu wsparcia terapeutyczno-społecznego;
- b) mieszkania, gdzie jest mniejszy stopień wsparcia i mieszka maksymalnie 6 osób, które zaczynają się usamodzielniać (np. uczestniczą w szkoleniach i stażach zawodowych);
- c) mieszkanie z osobą lub z rodziną, która ma za zadanie wspierać chorującego psychicznie w jego codziennym życiu – rodzaj rodziny zastępczej;
- d) mieszkania samodzielne, gdzie nie ma żadnego wsparcia, ale mieszkańcy aktywizują się w innych ośrodkach i strukturach (prowadzonych bezpośrednio przez departament);
- e) wspólnoty dla osób przewlekle chorujących psychicznie, które nie będą zdolne usamodzielniać się całkowicie (trzy takie wspólnoty prowadzone bezpośrednio przez departament).

Jeśli mieszkaniowiec posiada jakieś dochody, opłata za mieszkanie wynosi średnio 15 procent kosztów jego utrzymania.

Departament Zdrowia Psychicznego zajmuje się przede wszystkim koordynacją usług świadczonych przez organizacje pozarządowe i spółdzielnie socjalne. Zleca im i finansuje te usługi oraz kieruje osoby chorujące psychicznie do ośrodków oferujących adekwatne formy wsparcia (Mezzina, Vidoni, Miceli, 2005).

REKOMENDACJE

Mając na uwadze praktyczny wymiar *Standardu mieszkalnictwa wspomagane* dla osób chorujących psychicznie sformułowano rekomendacje, których celem jest ułatwienie procesu tworzenia i organizacji mieszkań wspomaganych.

1. Rekomenduje się tworzenie większej liczby mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie przez gminę i powiat oraz organizacje pozarządowe (jako zadanie zlecone) oraz kierowanie tych osób do mieszkań zamiast do domów pomocy społecznej.
2. Rekomenduje się tworzenie mieszkań wspomaganych przez różne jednostki organizacyjne pomocy społecznej, tak aby miały one zasięg nie tylko gminny, ale też ponadgminny, a tym samym były dostępne dla większej liczby osób chorujących psychicznie z małych miejscowości i wsi.
3. Rekomenduje się tworzenie mieszkań wspomaganych przez podmioty mające doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie lub na ich rzecz m.in. poprzez uprzednią realizację różnego rodzaju przedsięwzięć z obszaru terapii, rehabilitacji i aktywizacji społeczno-zawodowej. Działalność na rzecz tej grupy beneficjentów powinna być zapisana w dokumentach regulujących funkcjonowanie tych podmiotów.
4. Rekomenduje się, aby wojewoda prowadził rejestr mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie, a każdy podmiot prowadzący aktualnie mieszkania wspomagane tego typu był zobowiązany zgłaszać te lokale do rejestru.
5. Rekomenduje się wprowadzenie stałego finansowania mieszkań wspomaganych dla osób chorujących psychicznie przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w ramach środków przekazywanych gminom za pośrednictwem wojewody, podobnie jak przy finansowaniu specjalistycznych usług opiekuńczych i środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
6. Rekomenduje się, aby warunkiem otrzymania stałego finansowania z ministerstwa było spełnienie przez podmiot prowadzący lub tworzący nowe mieszkanie określonych warunków w zakresie standardu lokalu, kompetencji personelu oraz oferowanych form wsparcia.

7. Rekomenduje się wprowadzenie jednolitych zasad odpłatności za pobyt w mieszkaniu wspomagany w całym kraju, podobnie jak w całym kraju obowiązuje jedno kryterium dochodowe.
8. Rekomenduje się, aby w sytuacji otrzymania dofinansowania ze źródeł zewnętrznych na prowadzenie mieszkania, podmiot prowadzący mieszkanie wspomagane zmniejszył mieszkańcom kwotę odpłatności za pobyt.

BIBLIOGRAFIA

- Amaddeo F., Becker T., Fioritti A., Burti L., Tansella M., (2007) *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization.
- Anczewska M., (2010) *Wsparcie psychospołeczne wobec osób marginalizowanych, żyjących w społeczności lokalnej*, W: M. Łuszczzyńska (red.) *Praca socjalna z osobami marginalizowanymi w społeczności lokalnej – doświadczenia polskie i norweskie*, Warszawa: Wyd. APS.
- Bańka A., (2016) *Zawodownawstwo, doradztwo zawodowe, pośrednictwo pracy. Psychologiczne metody i strategie pomocy bezrobotnym*, Warszawa: Wydawnictwo SPiA.
- Bogacz-Wojtanowska E., (2008) *Funkcjonowanie przedsiębiorstwa społecznego w otoczeniu*, „*Ekonomia Społeczna*”, Nr 2.
- Bronowski P., Chotkowska K., (2016) *Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie*, „*Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*”, Nr 3(20).
- Ciulkin-Kosiorok M., (2000) *Zaburzenia osobowości typu borderline, a zespół uzależnienia od alkoholu*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*”, Nr 3.
- Colamedici D., Masini A., Roccioletti G., (2011) *La medicina della mente. Storia e metodo della psicoterapia di gruppo*, L'Asino d'oro edizioni, Casa editrice: L'Asino D'Oro.
- Czabała J.C., (1997) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wyd. PWN.
- De Barbaro B., (1994) (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków, CM UJ.
- Dell'Acqua G., Mezzina R., (1991) *Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata*, In: *La riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa*, in *Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria*, Atti del II Congresso Nazionale della S.I.R.P., Naples, Idelson, <http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/18csm24h.htm>, (dostęp z dnia 10.02.2022 r.)
- Elso Ch., Hades J., (2004) *Relacja terapeutyczna*, Gdańsk: Wyd. GWP.
- Grabski B., Gierowski J.K., (2012). *Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji*, „*Psychiatria Polska*”, XLVI(5).

- Granosik B., Czupryniak B., (2017) *Aspekty funkcjonowania zakładu pracy chronionej*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych”, Nr 21.
- Grewiński M., (2021) *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej – przegląd problemów i wizja przyszłości*, Warszawa: Wyd. Elipsa.
- Grewiński M., Lizut J., (2021) *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia*, Warszawa, Wyd. Spatium.
- GUS 2020, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/gospodarka-spoeczna-wolontariat/gospodarka-spoeczna-trzeci-sektor/centra-integracji-spoecznej-kluby-integracji-spoecznej-zaklady-aktywnosci-zawodowej-warsztaty-terapii-zajeciowej-w-2019-r-6,8.html>, (dostęp z dnia 05.03.2022 r.)
- Healthcare in Netherlands*, Ministry of Public Health, Welfare and Sport (2016), file:///C:/Users/48600/Downloads/healthcare-in-the-netherlands-2018.pdf, (dostęp z dnia 19.02.2022 r.)
- Kaczmarek G., Karlińska B., Kruczek A., Płatek I., Polak M., Sobkowiak M., (2011) *Praca socjalna z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*. Dostęp z dnia 9.06.2011 r., strona internetowa: https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/ZE%20ON%20OR%20V_VI_W3.pdf
- Kanios A., (2018) *Postawy pracowników zawodów pomocowych wobec osób starszych a ich podmiotowe uwarunkowania*, Lublin: Wyd. UMCS.
- Kanios A., Bocheńska-Brandt A., Białach M., Kwiatkowski Ł., (2021) *Sytuacja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i w Niemczech. Wybrane konteksty*, Lublin: Wyd. UMCS.
- Kaszyński H., (2013) *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kaszyński H., (2014) *System uczestnictwa społeczno-zawodowego*, W: *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO (2014)*, Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich.
- Kaszyński H., Olejniczak K., Szlązak M., (2013) *Wykluczenie społeczne w Małopolsce: strategie przeciwdziałania. Osoby chorujące psychicznie*, Kraków: ROPS.
- Kawula S., (1999) *Wsparcie społeczne*, W: D. Lalak, T. Pilch (red.) *Elementarne pojęcia pedagogiki i pracy socjalnej* (red.) Warszawa: Wyd. „Żak”.
- Krajewska B., (2020) *Mieszkania chronione wsparciem osób niesamodzielnych w funkcjonowaniu. Teoria i egzemplifikacje*, „Seminare. Poszukiwania naukowe”, Nr 41(2).
- Kubacka-Jasiecka D., (2003) *Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu*, W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń

- (red.) *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna – nowe ujęcia i możliwości*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kułał-Bejda A., Bejda G., Waszkiewicz N., (2019) *Zasady komunikacji z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych i jego rodziną*, W: E. Krajewska-Kułał, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lanka (red.) *Kontekst „Inności w komunikacji interpersonalnej*.
- Majewicz P., Wolny J., (2017) *Psychoedukacja jako płaszczyzna działań integracyjnych, psychiatrycznych oraz pedagogicznych*, „Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne”, Nr 26(3).
- Matecka M., (2010) *Rola wsparcia społecznego w podtrzymywaniu i potęgowaniu zasobów zdrowotnych ludzi starszych*, W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Tolarska *Pozytywna starość*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
- Meder J., (2002) (red.) *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Meder J., (2007) *Zachowania agresywne – przeciwdziałanie, leczenie*, Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Mezzina R., Vidoni D., Miceli M., (2005) *Crisi Psichiatrica e Sistemi Sanitari. Una Ricerca Italiana*, Trieste: Asterios.
- Mirosław K., (2016) *Środowiskowe domy samopomocy jako forma zaspokajania potrzeb opiekuńczo-wychowawczych we współczesnym systemie socjalnym*, W: A. Łuczyński, I. Gumińska-Sagan (red.) *Aktywność społeczno-wychowawcza wobec współczesnych wyzwań*, Lublin: Wyd. KUL.
- Moduły zajęć projektowania uniwersalnego w ramach wybranych obszarów kształcenia, NCBIr, https://archiwum.ncbr.gov.pl/fileadmin/POWER/03.05...PUN_19/zalacznik_nr_13_-_Modele_projektowania_uniwersalnego.pdf.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., (2012) *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Dostęp z dnia 5.01.2021 r., strona internetowa: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2019/07/EZOP-I_Raport_min.pdf
- Motyka M., (2011) *Komunikacja terapeutyczna w leczeniu i pielęgnacji*, W: M. Wysokiński, Z. Sienkiewicz, A. Fidecki (red.), *Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Cz. I*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Motyka M., (2011) *Komunikacja terapeutyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Muusse Ch. Rooijen Van S., (2015) *Freedom first. A study of experiences with community-based mental health care in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*, Trimbos-instituut, Utrecht.

- Muusse Ch., Van Rooijen S., (2015) *Freedom first. A study of experiences with community-based mental health care in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*, Trimbos-instituut: Utrecht.
- Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, (2014) Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich.
- Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, 2012, https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie_wytyczne_deinstytucjonalizacja.pdf, (dostęp z dnia 12.02.2022 r.)
- Podgórska-Jachnik D., Pietras T., (2014) *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Program Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, 2017, Warszawa, MPRIŚ, <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-oparcie-spoeczne-dla-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi>, (dostęp z dnia 12.02.2022 r.)
- Prot-Klinger K., (2013) *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria”, T. 10, Nr 3–4.
- Pużyński S., (1999) *Depresje i zaburzenia afektywne*, Warszawa: PZWL.
- Pużyński S., (2007) *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska”, Nr 3.
- Pużyński S., (2015) *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne*, Warszawa: Wyd. Eteneia.
- Pużyński S., (2007) *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska”, t. 41, nr 3, http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2007/Puzynski%20s299_Psychiatria%20Polska%203_2007.pdf, (dostęp z dnia 16.02.2022 r.)
- Pużyński S., Wciórka J., (2000) (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Roos E., Bjerkeset O., Sondenaa E., Antonsen D. O., Steinsbekk A., (2016) *A qualitative study of how people with severe mental illness experience living in sheltered housing with a private fully equipped apartment*, BMC Psychiatry, 16, <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-0888-4.pdf>, (dostęp z dnia 19.02.2022 r.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 239, poz. 1586).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, file:///C:/

- Users/48600/Downloads/Tre%C5%9B%C4%87%20programu.pdf, dostęp z dnia 1.03.2022 r.).
- Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J., Holma J., Rasinkangas A., Lehtinen V., (2003) *Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia*, "Ethical Human Sciences and Services", 5(3).
- Sęk H., Cieślak R., (2004) *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa: PWN.
- Seligmann M., Walker E., Rosenhan D., (2003) *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.
- Sosnowska M., Prot-Klinger K., Scattergood M., Paczkowska M., Smolicz A., Ochocka M., (2011) *Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*, „Psychiatria Polska”, T. XLV(5).
- Sygulska K., Krupska M., (2019) *Kryzys w życiu człowieka*, „Praca Socjalna”, Nr 6(34).
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20031221143/T/D20031143L.pdf>, dostęp z dnia 13.02.2022 r.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. z 2020 r. poz. 685, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000685>, (dostęp z dnia 16.02.2022 r.).
- Wciórka J., (2010) *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych*. W: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Podstawy psychiatrii* (t. 1), Wyd. Med. Urban & Partner.
- Wilczek-Rużyczka E., (2007) *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Wojtasiak E., (2017) *Zadania warsztatów terapii zajęciowej a zatrudnienie wspomagane*, W: B. Trochimiak, M. Wolan-Nowakowska (red.) *Zatrudnienie wspomagane szansą na samodzielność osób z niepełnosprawnością*, Warszawa: Wyd. APS.
- Zadrozna A., (2019) *Grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 3(32).
- Załuska M., (2015) *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Zawadzka A.S., Czarkowska L.D., Grajewska-Kulda M., (2017) *Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów*. „Coaching Review”, 1(9).

ANEKS

Załącznik 1. Formularz zgłoszeniowy do mieszkania wspomaganego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO

DANE OSOBOWE	
IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL	
DANE TELEADRESOWE	
ULICA	
NR DOMU/NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
SYTUACJA ZDROWOTNA	
ROZPOZNANIE	
DATA ROZPOZNANIA/ ZACHOROWANIA	
UBEZWŁASNOWOLNIENIE	☐ TAK ☐ CZĘŚCIOWO ☐ CAŁKOWICIE ☐ NIE
SYTUACJA RODZINNA	
STAN CYWILNY	
DZIECI	☐ TAK, ILE? ☐ NIE WIEK DZIECI
SYTUACJA ZAWODOWA	
WYKSZTAŁCENIE	☐ PODSTAWOWE ☐ GIMNAZJALNE ☐ ZAWODOWE ☐ ŚREDNIE ☐ POLICEALNE ☐ WYŻSZE
ZATRUDNIONY	☐ TAK ☐ NIE
AKTUALNE/OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA	

SYTUACJA SOCJALNA	
ŹRÓDŁO DOCHODU	
WYSOKOŚĆ DOCHODU NETTO	
AKTUALNA SYTUACJA MIESZKANIOWA	☐ MIESZKAM SAMODZIELNIE ☐ MIESZKAM Z RODZINĄ ☐ INNE, JAKIE?
STANDARD AKTUALNEGO MIESZKANIA	OGRZEWANIE ☐ TAK ☐ NIE CIEPŁA WODA ☐ TAK ☐ NIE ŁAZIENKA ☐ TAK ☐ NIE WC ☐ TAK ☐ NIE OSOBNY POKÓJ ☐ TAK ☐ NIE
KORZYSTANIE Z OŚRODKÓW LECZENIA	☐ ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY OGÓLNY ☐ ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY DZIENNY ☐ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY ☐ ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO ☐ HOSTEL TERAPEUTYCZNY ☐ PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO OD KIEDY
KORZYSTANIE Z OŚRODKÓW WSPARCIA	☐ DOM POMOCY SPOŁECZNEJ ☐ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE ☐ ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY ☐ WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ ☐ KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ ☐ KLUB SAMOPOMOCY ☐ INNE OD KIEDY?
NAZWA OŚRODKA LECZENIA/ WSPARCIA	
PRZYCZYNA WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O PRYZNANIE MIEJSCA W MIESZKANIU WSPOMAGANYM (można zaznaczyć kilka wariantów)	☐ UBÓSTWO ☐ BEZDOMNOŚĆ ☐ BEZROBOCIE ☐ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ☐ PRZEMOC W RODZINIE ☐ BEZRADNOŚĆ W PROWADZENIU GOSPODARSTWA DOMOWEGO ☐ TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA PO OPUSZCZENIU SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO/ZOL/DPS ☐ SYTUACJA KRYZYSOWA ☐ POTRZEBA UZYSKANIA WSPARCIA W AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ
OSOBA DO KONTAKTU/ OPIEKUN PRAWNY	
IMIĘ I NAZWISKO	
TELEFON	

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ubieganiem się o przyjęcie mnie do mieszkania wspomagane.

Załącznik 2. Zaświadczenie o stanie zdrowia

.....
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub poradni zdrowia psychicznego,
 lub lekarza wykonującego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Imię i nazwisko:
2. Pesel: □□□□□□□□□□
3. Adres zamieszkania
4. Rozpoznanie (choroba zasadnicza, choroby współistniejące):

5. Początek i przebieg choroby:

6. Aktualnie stosowane leki wraz z dawkowaniem:

7. Informacje o leczeniu:

Początek leczenia			
Ilość hospitalizacji całodobowych		Ilość pobyków w oddziałach dziennych	
Data pierwszej hospitalizacji		Data pierwszego pobytu	
Data ostatniej hospitalizacji		Data ostatniego pobytu	

8. Próby samobójcze: Tak ☐ Nie ☐
 Jeżeli były próby samobójcze, to jakie i kiedy:

9. Nadużywanie alkoholu: Tak ☐ Nie ☐
 Używanie innych substancji psychoaktywnych Tak ☐ Nie ☐
 Jakich?

Jeżeli tak, to jak często, od jak dawna, kiedy ostatnio, jaki wpływ na zachowanie i leczenie choroby zasadniczej/chorób współistniejących?

Załącznik 3. Umowa najmu mieszkania wspomaganego

UMOWA NAJMU

Zawarta w dniu pomiędzy:

.....
zwanym dalej „Wynajmującym”,

a

Panią/Panem PESEL

zamieszkałą/ym:

zwanym dalej „Najemcą”,

przy współudziale p. – pracownika

– Koordynatora mieszkania wspomaganego

§ 1

1. Wynajmujący oddaje Najemcy do używania lokal mieszkalny nr położony w z przeznaczeniem na mieszkanie wspomagane, zwane dalej MW.
2. Lokal nr przeznaczony jest tylko dla Najemcy wymienionego na wstępie umowy.
3. Umowa zostaje zawarta na czas określony od do Po tym okresie umowa może być przedłużona na kolejny rok.
4. Wypowiedzenie – rozwiązanie umowy może nastąpić w sytuacji rażącego naruszenia zasad współżycia określonych w Regulaminie mieszkania wspomaganego.
5. Przy podpisywaniu niniejszej Umowy najmu Najemca wskazuje miejsce pobytu, do którego będzie mógł się udać w przypadku rozwiązania Umowy najmu (adres:).
6. Najemca jest zobowiązany do samoobsługi w zakresie zażywania leków, kontaktów z lekarzem, dbania o higienę osobistą i czystość otoczenia oraz do zapewnienia sobie wyżywienia.
7. Wynajmujący - nie zapewnia stałej opieki medycznej. W nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia osoby przebywającej w MW, mieszkaniec ma obowiązek powiadomić pogotowie ratunkowe i osoby nadzorujące dom.

§ 2

1. Najemcy nie wolno dokonywać zmiany przeznaczenia lokalu ani dokonywać samodzielnie prac remontowych, modyfikacji pomieszczeń oraz wymiany mebli.
2. Najemcy nie wolno oddawać lokalu w podnajem lub do bezpłatnego używania innym osobom oraz przyjmować gości na dłuższe okresy bez zgody Wynajmującego.

§ 3

1. Najemca jest zobowiązany do utrzymania lokalu we właściwym stanie technicznym i sanitarnym.
2. Przy podpisywaniu niniejszej umowy najmu, Najemcy przekazywane jest całe wyposażenie mieszkania nr, w skład którego wchodzi: meble i akcesoria pokojowe, łazienkowe oraz wyposażenie kuchni i salonu, sprzęt AGD, RTV i urządzenia sanitarne.
3. Najemca jest zobowiązany do utrzymania w należytym porządku korytarza oraz pomieszczeń wspólnych (np. kuchnia, salon, pralnia, łazienka), a także do pomocy przy pracach porządkowych w budynku i jego obejściu.
4. Najemca jest zobowiązany do korzystania z przekazanego wyposażenia MW (wyposażenie pokoju, łazienki, kuchni, salonu, pralni) zgodnie z jego przeznaczeniem. Uszkodzenia powstałe z winy Najemcy w wyniku niezgodnego z przeznaczeniem użytkowania wyposażenia będą usuwane na koszt Najemcy.
5. Zalania i inne awarie powstałe z winy Najemcy obciążają Najemcę kosztem likwidacji zaistniałych szkód.
6. W pomieszczeniach mieszkalnych oraz wspólnych tj. kuchnia, salon, łazienka, pralnia i korytarz obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów.
7. Na terenie całego budynku obowiązuje całkowity zakaz używania napojów alkoholowych oraz innych substancji psychoaktywnych. Złamanie zakazu będzie podstawą do wyciągnięcia konsekwencji zgodnie z zapisami w Regulaminie mieszkania wspomaganego.
8. Wynajmujący lub osoba przez niego upoważniona ma prawo do kontrolowania stanu trzeźwości osób przebywających w wynajmowanym lokalu, nawet jeśli nie są one jego najemcami. Niewyrażenie zgody na poddanie się badaniem alkomatem wiąże się z możliwością wezwania policji przez pracownika lub osobę przez niego upoważnioną w celu usunięcia osób nietrzeźwych z zajmowanego lokalu.

9. Po ustaniu stosunku najmu Najemca zobowiazany jest niezwlocznie zwrócic przedmiot najmu Wynajmujacemu w stanie niepogorszonym (w tym wszystkie klucze otrzymane od Wynajmujacego lub dorobione we własnym zakresie).

§ 4

1. Najemca jest zobowiazany do bezwzgleznego przestrzegania Regulaminu mieszkania wspomagane w
2. W sprawach nie uregulowanych niniejsza Umowa zastosowanie maja przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 5

1. Zmiana niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem niewaznosci.
2. Umowe sporzadzono w dwuch jednobrzmiacych egzemplarzach, po jednym dla kazdej ze stron.

Oświadczam, że egzemplarz Umowy najmu otrzymałem/am. Po zapoznaniu się z treścią Umowy oraz moimi obowiązkami i uprawnieniami wynikającymi z obowiązującego Regulaminu MW przyjmuję zaproponowane mi warunki i deklaruje chęć zgodnej współpracy.

Powyższą Umowę najmu, Regulamin Mieszkania Wspomagane oraz Plan Postępowania Kryzysowego akceptuję i otrzymałem/am w 1 egzemplarzu.

Oświadczam, że otrzymałem klucz nr....

Zobowiązuję się do przechowywania go w bezpiecznym miejscu i nieudostępniania innym osobom, jak również dorabiania.

....., dn.

WYNAJMUJĄCY

NAJEMCA

KOORDYNATOR MIESZKANIA

Załącznik 4. Regulamin mieszkania wspomaganego

Regulamin mieszkania wspomaganego

.....
(adres mieszkania)

§ 1

1. (nazwa podmiotu prowadzącego) prowadzi mieszkanie wspomagane jako formę wsparcia środowiskowego dla osób chorujących psychicznie, które z powodu kryzysu psychicznego i/lub niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej nie są w stanie zapewnić sobie samodzielnego lokalu mieszkalnego.
2. Pobyt w mieszkaniu wspomaganym ma na celu wspieranie ich w budowaniu samodzielności i aktywności społecznej, co w dalszej perspektywie może doprowadzić do uzyskania samodzielnego mieszkania i pracy.
3. Bezpośredni nadzór nad mieszkaniem wspomaganym sprawuje (imię i nazwisko dyrektora/prezesa podmiotu prowadzącego mieszkanie).
4. Regulamin mieszkania wspomaganego zwany dalej „Regulaminem” określa zasady współpracy, zakres obowiązków w funkcjonowaniu mieszkania i strukturę organizacyjną mieszkania wspomaganego.
5. Przyznanie pomocy w formie mieszkania wspomaganego następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy mieszkańcem a dyrektorem/prezesem podmiotu prowadzącego mieszkanie lub osobą upoważnioną przez Zarząd.
6. Mieszkanie wspomagane jest oferowane wraz z podstawowym wyposażeniem – meblami i sprzętem AGD, stosownie do potrzeb oraz standardu w obiekcie.

§ 2

1. **Koordynator** mieszkania wspomaganego organizuje pobyt i rodzaje wsparcia udzielanego mieszkańcom oraz jest odpowiedzialny za sprawy administracyjne. W razie jego nieobecności podmiot prowadzący wyznacza inną osobę do pełnienia tej funkcji, informując niezwłocznie mieszkańców o tej zmianie.
2. Koordynator mieszkania wspomaganego lub pracownik przez niego upoważniony ma prawo do wrywkowej kontroli trzeźwości mieszkańców.

§ 3

Mieszkaniec ma prawo do:

- a) korzystania z pomocy i wsparcia personelu mieszkania, szczególnie koordynatora, w zakresie i wymiarze czasowym, jakiego potrzebuje do rozwijania samodzielności i przezwyciężania kryzysów,
- b) korzystania z pomocy i wsparcia współmieszkańców,
- c) samodzielnego organizowania czasu wolnego oraz swobodnej realizacji potrzeb religijnych i kulturalnych,
- d) poszanowania ze strony współmieszkańców i personelu jego poglądów i obyczajów, o ile nie naruszają ogólnie przyjętych norm współżycia społecznego,
- e) współtworzenia zasad panujących w mieszkaniu,
- f) zgłaszania uwag i wniosków do koordynatora mieszkania,
- g) używania sprzętów stanowiących wspólną własność mieszkańców zgodnie z przeznaczeniem,
- h) przyjmowania gości do godziny 22.00, na zasadach uzgodnionych z koordynatorem MW,
- i) przyjmowania gości po godzinie 22.00, każdorazowo za wcześniejszą zgodą koordynatora.

§ 4

Mieszkaniec ma obowiązek:

- a) współpracy z koordynatorem oraz innymi specjalistami zatrudnionymi w mieszkaniu wspomagany zgodnie z założeniami Indywidualnego Planu Wsparcia,
- b) pozostawania w stałym kontakcie z lekarzem psychiatrą i systematycznego przyjmowania przepisanych leków oraz informowania koordynatora o zażywanych lekach i ewentualnych zmianach w leczeniu,
- c) przedstawiania co pół roku zaświadczenia od lekarza psychiatry o stanie zdrowia,
- d) uczęszczania na terapię uzależnień (jeśli mieszkaniec MW był osobą uzależnioną) oraz przedstawiania zaświadczeń potwierdzających udział w niej,
- e) uczestnictwa w zebraniach społeczności raz w tygodniu,
- f) utrzymywania porządku w mieszkaniu – w swoim pokoju, na wspólnie użytkowanej przestrzeni oraz wokół budynku,
- g) przestrzegania zasad higieny osobistej,
- h) przestrzegania ogólnie przyjętych zasad współżycia społecznego,
- i) zgłaszania koordynatorowi wszelkich usterek w mieszkaniu,
- j) poinformowania koordynatora o nocowaniu poza mieszkaniem lub planowanej nieobecności w mieszkaniu trwającej dłużej niż jedną

dobę. Wskazane jest podanie adresu tymczasowego pobytu i/lub numeru telefonu kontaktowego. Jeżeli mieszkaniiec trwale opuści (powyżej 7 dni bez uzgodnienia) mieszkanie wspomagane, pozostawiając w nim swoje rzeczy osobiste, są one usuwane po upływie 2 tygodni od daty opuszczenia mieszkania na koszt mieszkańca.

- k) poszanowania wyposażenia mieszkania,
- l) naprawy wyrządzonych szkód na własny koszt,
- m) pokrycia kosztów związanych z wymianą zamków w mieszkaniu oraz kluczy dla pozostałych Mieszkańców w razie utraty kluczy do mieszkania,
- n) uregulowania płatności za prywatne rozmowy telefoniczne wykonywane z aparatu należącego do mieszkania,
- o) terminowego uiszczania opłat za pobyt w mieszkaniu zgodnie z umową na pobyt w mieszkaniu wspomagany/umową najmu.

§5

Zasady organizacyjne

1. W mieszkaniu obowiązuje cisza nocna od godziny 22.00 do godziny 6.00.
2. Palenie tytoniu jest dozwolone tylko w miejscach wyznaczonych przez podmiot prowadzący.
3. Na terenie budynku mieszkalnego obowiązuje całkowity zakaz wnoszenia i spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz pozostawiania pod ich wpływem, w tym również przez gości.
4. W razie niepokojących i niebezpiecznych incydentów mieszkańcy powinni niezwłocznie zgłosić ten fakt koordynatorowi mieszkania lub innej osobie z personelu, a jeśli sytuacja tego wymaga – wezwać pogotowie ratunkowe, straż miejską, policję lub straż pożarną.
5. W sytuacji podejrzenia zagrożenia zdrowia lub życia mieszkańców koordynator mieszkania lub inna osoba z personelu ma prawo wejść do mieszkania/pokoju mieszkańca bez jego zgody.
6. Decyzję o możliwości posiadania przez mieszkańców małych zwierząt domowych podejmuje podmiot prowadzący mieszkanie.
7. Mieszkaniiec podpisuje umowę najmu, Regulamin mieszkania wspomagane oraz protokół zdawczo-odbiorczy dotyczący wyposażenia mieszkania.
8. Każdorazowe naruszenie regulaminu skutkuje upomnieniem. Trzecie upomnienie jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy na pobyt w mieszkaniu wspomagany/umowy najmu.
9. Przemoc i akty agresji wobec mieszkańców oraz pracowników MW skutkują natychmiastowym usunięciem sprawcy z mieszkania wspomagane.

Załącznik 5. Plan Postępowania Kryzysowego

Plan Postępowania Kryzysowego dla mieszkańców mieszkania wspomagane

Sytuacja kryzysowa jest to nagle, niespodziewane wydarzenie, które może być zagrożeniem zdrowia i życia osób mieszkających w mieszkaniach wspomaganych.

Sytuacja kryzysowa może wystąpić u każdego mieszkańca w chwili, gdy dana osoba nie radzi sobie z problemami emocjonalnymi czy też boryka się z kłopotami dnia codziennego.

1. Mieszkaniec, w przypadku pogorszenia się jego samopoczucia, zgłasza ten fakt koordynatorowi mieszkania lub innej osobie z personelu.
2. Pogorszenie stanu zdrowia mieszkańca mogą zgłosić również współmieszkańcy – informują o tym koordynatora mieszkań.
3. Koordynator mieszkania przeprowadza rozmowę z mieszkańcem na temat przyczyny pogorszenia się jego samopoczucia (analiza przeżyć, ustalenie źródła stresu). Przeprowadzana jest ewentualna kontrola przyjmowania leków oraz edukacja w tym zakresie.
4. Rozmowa może być przeprowadzona również w obecności innego pracownika MW (psycholog, terapeuta środowiskowy, inny opiekun mieszkania).
5. Personel MW wspólnie rozpatruje każdą sytuację kryzysową w celu podjęcia działań pomocowych i motywacyjnych dla mieszkańca, który potrzebuje wsparcia.
6. W sytuacji zaistniałego kryzysu personel MW może kontaktować się z rodziną osoby w kryzysie.
7. Jeśli mieszkaniec w kryzysie narusza godność innych mieszkańców oraz w sposób widoczny łamie Regulamin MW, powiadomiony zostaje dyrektor podmiotu prowadzącego MW. Zostaje przeprowadzona rozmowa edukująca i dyscyplinująca z mieszkańcem.
8. W sytuacji utrzymujących się trudności zdrowotnych koordynator mieszkania oraz inny personel MW motywuje mieszkańca do wizyty u lekarza specjalisty.
9. W przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia mieszkańca koordynator powiadamia służby medyczne, dzwoniąc pod nr pogotowia ratunkowego – 999 lub pod nr alarmowy – 112.
10. Jeśli sytuacja kryzysowa powstaje podczas nieobecności koordynatora mieszkania lub innych osób z personelu, mieszkańcy mają prawo

wspólnie podjąć decyzję o zadzwonieniu pod nr pogotowia ratunkowego – 999 lub pod nr telefonu alarmowego 112.

11. W przypadku zaistnienia sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu, mieszkańcy zobowiązani są do powiadomienia odpowiednich służb (pogotowie ratunkowe – 999, policja – 997, straż pożarna – 998) lub zadzwonienia pod nr alarmowy 112, a w przypadku zagrożenia pożarowego dodatkowo zobowiązani są zapewnić sobie bezpieczeństwo poprzez postępowanie zgodne z przepisami przeciwpożarowymi obowiązującymi w budynku/natychmiastowe opuszczenie strefy zagrożenia pożarowego.

WAŻNE NUMERY TELEFONÓW INTERWENCYJNYCH:

112 – Telefon alarmowy

999 – Pogotowie ratunkowe

998 – Straż pożarna

997 – Policja

..... – Koordynator mieszkania

..... – Nr alarmowy do zakładu gazowego, zakładu energetycznego, wodociągów

Załącznik 6. Indywidualny Plan Wsparcia

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA NA ROK

Imię i nazwisko:
Adres mieszkania wspomaganego:

Obszary wymagające wsparcia	Cel	Formy wsparcia	Planowane efekty
Ocena własnego stanu zdrowia i umiejętności aktywnego uczestniczenia w leczeniu	- rozwijanie świadomości na temat własnej choroby i systematyczności leczenia. - ograniczenie palenia papierosów, picia kofeiny i stosowaniu tabaki - usprawnianie funkcji poznawczych	• Rozmowy edukacyjne, motywujące • Trening farmakologiczny • Trening funkcji poznawczych • (pamięć, koncentracja)	1) Mieszkaniec potrafi prawidłowo reagować w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Regularnie przyjmuje leki i uczęszcza na wizyty lekarskie 2) Ogranicza spożywanie kofeiny, tabaki i palenie papierosów 3) Ćwiczy funkcje poznawcze/ poprawa funkcji poznawczych
Higiena osobista i wygląd zewnętrzny	- dbałość o higienę i ubiór - dbałość o prawidłową masę ciała	• Rozmowy edukacyjne • Trening dbałości o wygląd • Trening higieny stóp i obuwia • Regularna zmiana odzieży • Pranie 1-2 w tygodniu • Trening fizyczny/spacer 3 x w tygodniu: 20-30 minut • rower stacjonarny, orbitrek	1) Zwraca większą uwagę na higienę i schludny ubiór 2) Redukuje masę ciała i ma lepszą kondycję fizyczną
Dbanie o porządek w mieszkaniu i na zewnątrz budynku	- większa systematyczność w wykonywaniu dyżurów porządkowych - dokładność w sprzątaniu pokoju	• Rozmowy edukacyjne • Trening porządkowy • Sprzątanie pokoju z łazienką 1 x w tygodniu i wg potrzeb. • Sprzątanie ubrań w szafie, szafki kuchennej i półki w lodówce: 1x w tygodniu • Wykonywanie dyżurów sprzątania domu wg grafiku	1) Mieszkaniec pamięta o zleconych dyżurach. 2) Dokładnie sprząta szafkę kuchenną, półkę w lodówce oraz własny pokój.

Umiejętności dnia codziennego: przygotowywanie posiłków/ robienie zakupów/pranie/ prasowanie	- umiejętność samodzielnego robienia zakupów i przygotowywania posiłków z uwzględnieniem planowania, zachowania kolejności w przygotowywaniu potraw - uwzględnienie większej ilości owoców i warzyw w diecie	• Trening kulinarny • Filmy edukacyjne, literatura, pogadanki • Samodzielne przygotowanie posiłku na kolację • Zakupy spożywcze wg listy	1) Mieszkaniec potrafi z pomocą zaplanować rodzaj posiłku i potrzebne do niego produkty oraz przygotować danie z zachowaniem kolejności 2) Spożywa większą ilość owoców i warzyw
Obsługa sprzętów codziennego użytku	- obsługa sprzętu gospodarstwa domowego i ogrodniczego w prawidłowy, bezpieczny sposób - podstawowa obsługa komputera	• Trening praktycznej obsługi sprzętu AGD • Trening ogrodniczy • Kurs podstawowej obsługi komputera	1) Mieszkaniec potrafi bezpiecznie obsługiwać sprzęt z wykorzystaniem różnych funkcji (mikrofala, mikser, piekarnik, robot kuchenny, kosiarka i wykasarka) 2) Potrafi korzystać z komputera w podstawowym zakresie - obsługa poczty mailowej, - wyszukiwanie informacji w internecie, tworzenie podstawowych dokumentów
Umiejętność racjonalnego gospodarowania własnymi finansami	- umiejętność planowania wydatków w oparciu o realne potrzeby	• Trening budżetowy • Konsultacje z personelem	1) Samodzielnie planuje wydatki dotyczące produktów spożywczych i innych według potrzeb 2) Ma świadomość realności cen 3) Współpracuje z rodziną w planowaniu i realizacji zakupów, które dotyczą wspólnego gospodarstwa domowego
Umiejętności intra- i interpersonalne: - konstruktywna komunikacja z innymi - współpraca - radzenie sobie ze stresem - rozwiązywanie konfliktów i problemów	- umiejętność komunikowania o swoich potrzebach - umiejętność współpracy w grupie - opanowanie napięcia w sytuacjach stresu - szukanie rozwiązań w sytuacjach problemowych	• Zajęcia grupowe • Trening komunikacji, umiejętności społecznych • Trening radzenia sobie ze stresem • Psychoedukacja • Integracja: spotkania i wyjścia z mieszkańcami	1) Mieszkaniec w większości sytuacji potrafi rozpocząć i podtrzymać krótki dialog 2) Potrafi wyrazić swoją opinię i poprosić o pomoc 3) Ma swoje metody na opanowanie stresu 4) W sytuacjach konfliktu/problemów zewnętrznych stara się znaleźć rozwiązanie

Zalatwianie spraw urzedowych, kontakty z instytucjami	- umiejtnosc samodzielnego zalatwiania drobnych spraw urzedowych oraz szukania wsparcia w razie trudnosci - dbalosc o zachowanie odpowiedniej struktury doby - odpowiedniej ilosci czasu przeznaczanego na aktywnosc, odpoczynek i sen - rozwijanie zainteresowan i pasji	• Trening umiejtnosci spolecznych	Mieszkaniec potrafi zalatwic drobne sprawy urzedowe, a w razie potrzeby umie poprosic o pomoc
Organizacja struktury dnia i czasu wolnego		• Rozmowa indywidualna • Udzial w organizowanych wyjazdach i wyjazdach • Treningi relaksacyjne • Arteterapia • Gry planszowe • Wspolne warsztaty tematyczne z innymi mieszkancami • Wspolne zajecia sportowe i rekreacyjne	1) Mieszkaniec przeznaczal wlasne czas na aktywnosc, odpoczynek w ciagu dnia i sen 2) Potrafi zorganizowac czas wolny - zna ośrodki sportowe i kulturalne, z ktorych mozna skorzystac
Rozwoj zainteresowan i umiejtnosci zawodowych	- rozwoj kompetencji zawodowych - obsluga komputera na poziomie zaawansowanym	• Kurs obslugi komputera • Samodzielnal praca na komputerze • Wspolpraca z doradca zawodowym i/lub coachem	1) Mieszkaniec rozwija swoje hobby lub odkrywa nowe pasje 2) Systematycznie rozwija umiejtnosci obslugi komputera 3) Realnie ocenia swoje umiejtnosci i kompetencje zawodowe i stara sie je rozwijac
Wspolpraca z rodzina	poprawa wlasciwej komunikacji mieszkanka z rodzina oraz konstruktywne reagowanie na biezace potrzeby	• Regulame odwiedzin • Rozmowy telefoniczne • Przekazywanie rodzinie wskazówek dotyczacych prozdrowotnego zachowania rodziny wobec dorosłego bliskiego zmagajacego sie z problemami zdrowia psychicznego.	1) Wspolpraca personelu z rodzina Mieszkanca w zakresie zwiakszania jego autonomii w wykonywaniu obowiazków domowych oraz dysponowania swoimi pieniedźmi 2) Wymiana informacji, które pomoga prawidlowo i skutecznie reagowac w sytuacjach kryzysowych 3) Wzajemne komunikowanie potrzeb w rodzinie i umiejtnosc zawierania kompromisu

Podpis mieszkanka MW

Podpis personelu MW

Koordinator MW

Psycholog

Terapeuta środowiskowy

Załącznik 7. Karta konsultacji specjalisty

KARTA KONSULTACJI m-c..... r.

Imię i nazwisko mieszkańca MW:

Data urodzenia

Adres mieszkania wspomaganego

Specjalista

(wpisać odpowiednio: psycholog, terapeuta zajęciowy, terapeuta środowiskowy, doradca zawodowy, inny..... oraz imię i nazwisko specjalisty)

Data	Krótki opis – zakres udzielonej porady, wsparcia, treningu

Załącznik 8. Rejestr zdarzeń i sytuacji wymagających interwencji**Rejestr zdarzeń i sytuacji wymagających interwencji**w mieszkaniu wspomagany

Data	Krótki opis incydentu, uczestnicy, rodzaj zastosowanej interwencji, planowane konsekwencje	Podpis koordynatora mieszkania /specjalisty uczestniczącego w wydarzeniu

Samo podjęcie [...] zagadnienia w formie opracowania i testowania rekomendowanych standardów w kilku województwach jest niezwykle cenną inicjatywą. Niemożliwe jest bowiem przeniesienie leczenia chorych psychicznie z dużych szpitali do środowiskowych placówek lecznictwa psychiatrycznego, jeżeli jednocześnie nie zapewni się tym chorym odpowiednio licznych i zróżnicowanych form leczenia i wsparcia środowiskowego. Ponadto dehospitalizacja, bez zapewnienia chorym odpowiednich form wsparcia w środowisku, nie przyniesie poprawy, a może nawet pogorszyć jakość życia chorych [...]. W przedstawionym kontekście recenzowane opracowanie, jak i projekt, w którego ramach powstało, promujące rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i upowszechnienie informacji o wypracowanych standardach, jest niewątpliwie niezwykle ważnym krokiem naprzód w dziedzinie deinstytucjonalizacji opieki nad chorymi psychicznie w Polsce.

z recenzji prof. dr hab. M. Załuskiej

ISBN 978-83-7789-685-3

PARTNERZY PROJEKTU



Województwo
Lubelskie



Województwo
Podkarpackie



Województwo
Świętokrzyskie



CHARYTATYWNE STOWARZYSZENIE
NIESIENIA POMOCY CHORYM

