

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

***Zdrowie psychiczne w różnorodności form
oparcia środowiskowego***

(wydawnictwo pokonferencyjne)



Kraków 2005
egzemplarz bezpłatny

Zdrowie psychiczne w różnorodności form oparcia środowiskowego

(wydawnictwo pokonferencyjne)

Wydawnictwo opracowane w ramach realizacji
Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
2004 – 2008

*Publikacja sfinansowana ze środków
Ministerstwa Polityki Społecznej
pozyskanych w ramach konkursu na finansowe
wspieranie programów
z zakresu funkcjonowania i rozwoju sieci oparcia społecznego dla osób
z zaburzeniami psychicznymi.*

Wydawnictwo opracowane przez:

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

31 – 026 Kraków, ul. Radziwiłłowska 1
tel./fax: (012) 422 06 36, 430 29 73,
(012) 426 91 00, 426 90 00
www.rops.krakow.pl
e – mail: biuro@rops.krakow.pl

ISBN: 83 – 60242 – 05 – 4

Druk:

P.Z.U. „DRUKMAR”
32 – 080 Zabierzów, ul. Rzemieślnicza 10
tel./fax: (012) 285 23 14, 285 25 02

Szanowni Państwo,

Wydawnictwo, które mamy przyjemność Państwu przekazać, jest rezultatem zorganizowanej przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej konferencji pod tym samym tytułem. Konferencja „Zdrowie psychiczne w różnorodności form oparcia środowiskowego” odbyła się w listopadzie 2005 roku w pięknej scenerii Donimirskiego Pałacu Pugetów w Krakowie.

Zaproszonych zostało wielu specjalistów z zakresu terapii i rehabilitacji osób z chorobą psychiczną oraz organizowania instytucji wsparcia środowiskowego dla nich i ich rodzin. Naszym celem było przybliżenie problematyki wsparcia środowiskowego tej grupy osób, jako szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym, a także podkreślenie wartości sposobu pracy opartego na modelu środowiskowym.

Mamy nadzieję, że wydawnictwo nasze zaspokoi Państwa oczekiwania związane z poszerzeniem wiedzy dotyczącej pracy środowiskowej z osobami chorymi psychicznie i ich rodzinami w zakresie organizowania instytucji oparcia środowiskowego. Jesteśmy przekonani, że publikacja będzie dla Państwa inspiracją oraz pomocą przy budowaniu sieci wsparcia dla osób chorych psychicznie na terenie Państwa gminy czy powiatu. Konferencja oraz niniejsza publikacja stanowią elementy składowe wojewódzkiej kampanii informacyjnej, na którą Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie uzyskał wsparcie ze środków Ministerstwa Polityki Społecznej w wyniku konkursu na dofinansowanie projektów z zakresu budowania sieci wsparcia dla osób chorych psychicznie.

„Kampania informacyjna: zdrowie psychiczne w różnorodności form oparcia środowiskowego”, zorganizowana została w ramach realizacji zadań wynikających z Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2004 – 2008.

Zespół Redakcyjny

*Opracowane przez zespół redakcyjny
w oparciu o:
Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2004 – 2008
oraz
wykład Mariusza Panka
Prezesa Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”*

Tworzenie i funkcjonowanie różnych form wsparcia środowiskowego Kontekst formalno – prawny

W myśl założeń WHO, główne podejście w rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego stanowić powinna opieka środowiskowa oraz przekształcanie dużych szpitali psychiatrycznych w centra aktywnego leczenia i wielopłaszczyznowej rehabilitacji, a także rozwijanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Zgodnie z Raportem WHO z 2001 roku opieka środowiskowa oznacza:

- Usługi, które są blisko domu, włączając w to opiekę szpitalną w szpitalu ogólnym dla przypadków wymagających przyjęcia w trybie nagłym oraz opiekę długoterminową w stacjonarnych formach opieki środowiskowej,
- Interwencję stosowaną do poziomu upośledzenia i objawów chorobowych,
- Leczenie i opiekę specyficzną dla postawionej diagnozy i potrzeb osoby chorej,
- Szeroki zakres usług adresowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,
- Usługi skoordynowane pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się opieką psychiatryczną a lokalnymi agencjami wsparcia socjalnego,
- Ambulatoryjne raczej niż stacjonarne świadczenia zdrowotne, w tym realizowane w formule hospitalizacji domowej,
- Partnerstwo z opiekunami oraz rozwiązywanie ich problemów,
- Aktywność legislacyjną wspierającą powyższe działania.

Naturalnym jest zatem zwiększanie się roli pomocy społecznej w zapewnieniu oparcia środowiskowego osobom z zaburzeniami psychicznymi, poprzez rozwój sieci środowiskowych domów samopomocy, organizowanie ośrodków rehabilitacyjno-wychowawczych dla osób z upośledzeniem umysłowym, wspieranie procesu pozyskiwania miejsc pracy dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo i in.

Wprowadzona ustawą o ochronie zdrowia psychicznego instytucja oparcia społecznego, polegająca na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia
- organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach, określonych w ustawie o pomocy społecznej

nabiera tym większego znaczenia, że wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych mają tendencję rosnącą, a dla województwa małopolskiego w 2001 r. były najwyższe w kraju.

Sposoby i zasady powstawania i działania ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi reguluje przede wszystkim ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.

I tak w myśl art. 51 ust. 1 cytowanej ustawy „osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia”. Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu, gdzie mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Zgodnie z przepisami Ośrodkiem wsparcia jest między innymi środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy oraz klub samopomocy.

Przykładowe formy wsparcia środowiskowego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Środowiskowy dom samopomocy

ŚDS jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej pobytu dziennego, prowadzoną przez podmiot publiczny lub niepubliczny o zasięgu lokalnym lub ponad lokalnym. Dom jest ogniwem oparcia społecznego dla osób przewlekle psychicznie chorych (typ A) lub głębiej niepełnosprawnych intelektualnie (typ B). W placówkach tego typu przebywają także osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza gdy oprócz tej niepełnosprawności występują inne sprzężone zaburzenia.

Środowiskowy dom samopomocy zapewnia formy pomocy półstacjonarnej takie jak:

- trening umiejętności życia codziennego (np. pranie i higiena, przygotowanie posiłków, gospodarowanie pieniędzmi),
- trening umiejętności społecznych i interpersonalnych (kontakty społeczne, aktywność, odpowiedzialność),
- terapia zajęciowa (rzeźbienie, malowanie itp.),
- poradnictwo psychologiczne i socjalne, psychoedukacja.

Pomoc, jaką osoba z zaburzeniami psychicznymi otrzymuje w ww. placówkach przyczynia się do zmniejszenia skali instytucjonalizacji.

ŚDS świadczą usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności: pracę socjalną, psychoterapię, rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową, usprawnienie, organizację czasu wolnego. Specyfika środowiskowych domów polega na tym, że stanowią oparcie dla rehabilitacji psychiatrycznej w środowisku, proponując konkretne programy rehabilitacyjne. Pracujący w nich specjaliści są w stanie dostosować swoje działania do zmieniających się potrzeb i możliwości osób korzystających z tej formy wsparcia, zindywidualizować je, zastosować elastyczne programy działania. W programach tych uwzględnia się wspieranie uczestnika w czasie zajęć w środowiskowym domu samopomocy w trudnym dla niego i jego najbliższego otoczenia społecznego okresie powrotu do aktywnego życia w społeczeństwie, wspieranie w kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych, wspieranie upośledzonych zdolności adaptacyjnych, umiejętności oceny i rozwiązywania trudności w życiu społecznym.

Środowiskowe domy samopomocy pomagają w utrzymaniu się osób w środowisku poprzez kształtowanie akceptowanych przez otoczenie zachowań, wyrabianie nawyków celowej aktywności, treningu w samodzielny funkcjonowaniu. Przewlekłej chorobie, trwającej czasem wiele lat, której zazwyczaj towarzyszą niedobór bodźców i monotonia powodujące taką bierność i brak zainteresowań, iż dla rehabilitacji społecznej może się okazać nieodzowne odtworzenie takich umiejętności i zachowań, jak: samoobsługa, dbałość o higienę i estetyczny wygląd, gospodarowanie pieniędzmi, nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z ludźmi, postrzeganie, ocenianie i rozwiązywanie problemów.

Domy te mogą być prowadzone lub zlecone do prowadzenia przez administrację rządową gminie, powiatowi lub na ich zlecenie podmiotom uprawnionym, tj.: organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej lub osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działającym na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancji wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej.

Zlecenie realizacji zadania odbywa się w trybie otwartego konkursu ofert przy uwzględnieniu zasady pomocniczości, efektywności, uczciwej konkurencji i jawności. Tryb konkursu został szczegółowo określony zapisami ustawy o pomocy społecznej (art. 25-34 ustawy o pomocy społecznej).

Mieszkania chronione

Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej. Jest miejscem gdzie osoby, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki. Pobyt w mieszkaniu chronionym może także zastępować pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku i w integracji ze społecznością lokalną.

Kwestie organizacji mieszkań chronionych reguluje ustawa z 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.

Warsztaty Terapii Zajęciowej.

Warsztat Terapii Zajęciowej jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką stwarzającą osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Techniki terapii zajęciowej wykorzystywane w wtz zmiernają do rozwijania:

- umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej,
- psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy.

Terapię realizuje się na podstawie indywidualnego programu rehabilitacji, w którym określa się: formy rehabilitacji, zakres rehabilitacji, metody i zakres nauki umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, a także stosownych umiejętności zawodowych, formy współpracy z rodziną lub opiekunami i planowane efekty rehabilitacji. Plan ten określa też osoby odpowiedzialne za realizację programu rehabilitacji.

Kwestie organizacji warsztatów terapii zajęciowej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz akty wykonawcze.

Zakłady Aktywności Zawodowej.

Zakład aktywności zawodowej tworzy się celem zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności, a także przygotowania ich, poprzez rehabilitację zawodową i społeczną, do życia w otwartym środowisku oraz pomocy w realizacji pełnego, niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia na miarę ich indywidualnych moż-

liwości. Zakład taki, jako wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostkę, może utworzyć powiat, gmina oraz fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych.

Kwestie organizacji zakładów aktywności zawodowej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz akty wykonawcze.

Centrum integracji społecznej

Centrum integracji społecznej jest jednostką organizacyjną realizującą reintegrację zawodową i społeczną osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób chorych psychicznie, poprzez:

- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Centrum może być tworzone przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta i działa w formie gospodarstwa pomocniczego, zgodnie z przepisami o finansach publicznych. Centrum może także utworzyć organizacja pożytku publicznego.

Kwestie organizacji centrum integracji społecznej reguluje ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.

Charakter i specyfika chorób psychicznych oraz ich konsekwencje zdrowotne i społeczne. Etiologia i przebieg schizofrenii oraz choroby afektywnej.

Poruszanie problematyki związanej z rehabilitacją osób chorych psychicznie jest bardzo istotne z punktu widzenia kompleksowego leczenia psychoz. Rehabilitacja psychiatryczna wyposaża bowiem pacjenta w niezbędne umiejętności życiowe oraz zmniejsza deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego, emocjonalnego i poznawczego pacjenta. W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną najistotniejsze zagadnienia związane z przyczynami oraz przebiegiem schizofrenii oraz choroby afektywnej – jako reprezentantów chorób psychicznych.

Schizofrenia

I. Podstawowe uwarunkowania powstawania schizofrenii

Etiopatogeneza schizofrenii

W wieloletniej pracy z pacjentami i ich rodzinami zaobserwować można wiele mitów funkcjonujących w kontekście pojawiania się choroby, jej przyczyn i źródeł. Niezwykle istotne w związku z tym wydaje się przedstawienie faktów medycznych, dotyczących schizofrenii, nadających chorobie realny wymiar.

Jako medyczne źródło schizofrenii wskazuje się różnego rodzaju zaburzenia o charakterze genetycznym. W chorobie tej występuje dziedziczenie wielogenowe, to znaczy że geny są we wzajemnej relacji ze sobą i z otoczeniem. Źródeł choroby poszukuje się w zaburzeniach o typie wielogenowym, opartych na koncepcjach:

- istnienia genów o niepełnej penetracji,
- nieznacznej liczbie fenokopii cechujących genotyp schizofrenii (podobieństwie postaci schizofrenii)
- zróżnicowaniu układów genów mogących odpowiadać za dziedziczenie choroby w różnych rodzinach i populacjach /heterogeniczność locus/

Obserwuje się również, niezwykle istotną społecznie, prawidłowość dość wysokiej częstotliwości występowania w populacji genów związanych z ryzykiem zachorowania na schizofrenię.

Determinanty społeczne

Drugą, niezwykle istotną, grupą przyczyn tej dotkliwej choroby psychicznej są czynniki natury społecznej. Wśród najczęstszych czynników ryzyka społecznego w populacji osób chorujących na schizofrenię zaobserwować można:

- 1) niski status społeczny – 3%,
- 2) wolny stan cywilny – 4%,
- 3) stres wydarzeń życiowych – 1,5%,
- 4) imigrację – 1,7 – 10,7%.

Istotność społecznych uwarunkowań schizofrenii wiąże się z faktem bezpośredniego związku pomiędzy chorobą a statusem społecznym osoby chorej. Obserwuje się bowiem prawidłowość

wość, że pozycja społeczna osoby często jest wynikiem choroby lub jej występowania w poprzednich pokoleniach.

Obserwuje się również wiele czynników, zarówno o charakterze biologicznym, jak i społecznym, które zwiększać mogą ryzyko zachorowania. Wśród najczęstszych biologicznych czynników ryzyka wymienia się:

- korelację pomiędzy płcią i wiekiem – mężczyźni chorują częściej do 35 roku życia, natomiast kobiety częściej po 35 r. ż.
- obciążenie rodzinne – pojawianie się schizofrenii w minionych pokoleniach
- czynniki związane z ciążą i porodem
- czynniki związane z rozwojem ośrodkowego układu nerwowego

Najczęstszymi obserwowanymi czynnikami korelującymi ze schizofrenią o charakterze nie biologicznym są:

- stan cywilny – wolny
- dryf geograficzny
- czynniki społeczne
- trudności w przystosowaniu społecznym – ok. 30,7%

Obciążenia rodzinne

Specyficznym czynnikiem o charakterze biologicznym są wspomniane już obciążenia rodzinne. Kiedy jedno z rodziców jest chore ryzyko wystąpienia choroby u dziecka istnieje w 5,6%-12,8%. Ryzyko wzrasta w bardzo znacznym stopniu, gdy choruje obydwój rodziców – wtedy, według badań, ryzyko zachorowania wzrasta do 46,3% /Gottesman i Shields/. Obserwuje się również związek pomiędzy zapadalnością na schizofrenię wśród rodzeństw. Jednojąkowe bliźnięta chorują 45-50% przypadków, zaś dwujajowe bliźnięta w 14%. Rodzeństwo choruje z częstotliwością 9-12%. Ryzyko w populacji ogólnej sięga 0,8 -1%. Źródłem tak wysokiego stopnia korelacji rodzinnych poszukuje się głównie w charakteryzowanych wcześniej uwarunkowaniach genetycznych.

II. Rozpowszechnienie choroby i jej wpływ na przebieg oraz jakość życia chorego

Rozpowszechnienie schizofrenii

Schizofrenia najprawdopodobniej zawsze była obecna wśród nas. W ciągu minionych 100 lat badań nie zidentyfikowano populacji wolnej od choroby.

W wybranych częściach świata występowanie schizofrenii przedstawia się następująco:

- Brugger (Niemcy – Turyngia) – 2,4 %;
- Strömngren (Dania w. Bornholm) – 3,9%;
- Leukan (USA – gosp. domowe) – 2,9%;
- Bash (Iran, obszar wiejski) – 2,1%;
- Dube i Kumor (Indie) – 2,6%.

Nawroty w schizofrenii

Zagadnieniem niezwykle istotnym w analizie problematyki schizofrenii, jej leczenia i rehabilitacji pacjentów jest kwestia nawrotów choroby. Pracując z osobami chorymi na schizofrenię należy mieć świadomość, że nawroty choroby w ciągu roku wystąpią u około 42,5% chorych. Zaobserwować można pewną liczbę czynników, zarówno biologicznych, jak i społecznych, zwiększających ryzyko nawrotu choroby. Pośród czynników tych wymienić można, między innymi:

- płeć męska
- wiek poniżej 40 lat
- nadużywanie substancji psychoaktywnych,
- słaby wgląd w naturę choroby,
- zaleganie objawów rezydualnych,
- niekonsekwentne leczenie.

Trudności funkcjonowania intelektualnego w schizofrenii

Z chorobami psychicznymi łączą się również trudności w funkcjonowaniu intelektualnym oraz realizacji społecznych kompetencji. W przypadku schizofrenii przejawiają się one między innymi w:

- trudności w sformułowaniu i realizacji planów,
- trudnościach w rozwiązywaniu problemów – jeśli sposoby rozwiązania nie są znane i oczywiste,
- trudności w zastosowaniu nowo nabywanych informacji do rozwiązania problemu.

Deficyty te mogą być minimalizowane w długoterminowej rehabilitacji poprzez odpowiednie ćwiczenia.

III. Śmiertelność w schizofrenii

Analizując zagadnienie śmiertelności w schizofrenii należy zwrócić uwagę na fakt, iż jest ona 2 – 4 razy wyższa niż w populacji ogólnej. Szczególnie istotnym problemem w kontekście opieki nad osobami chorymi na schizofrenię jest profilaktyka zdrowotna i dbałość o ich stan somatyczny. Badania pokazały, iż:

- 2/3 chorych ma więcej niż dwie diagnozy somatyczne,
- 34% chorych nadużywa alkoholu, co oznacza, że problem ten jest częstszy niż w populacji ogólnej
- 47% nadużywa innych substancji psychoaktywnych,

Wśród osób chorych na schizofrenię obserwuje się również wysoką częstotliwość występowania chorób układu krążenia, nadciśnienia, cukrzycy typu II oraz zwiększone ryzyko zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym HIV.

Samobójstwo w schizofrenii – przyczyny wzrostu liczby zgonów

Rozszerzając analizę zagadnienia śmiertelności w schizofrenii podkreślić należy, iż występowanie podwyższonego ryzyka samobójstwa jest jednym z najtrudniejszych objawów choroby z jakimi boryka się psychiatra, zespół terapeutyczny oraz najbliższe otoczenie pacjenta. Podejmując pracę z osobami chorymi psychicznie trzeba pamiętać, że ryzyko podjęcia próby targnięcia się na swoje życie jest wśród nich bardzo wysokie. Jako najczęstsze czynniki determinujące zamachy samobójcze wskazuje się:

- wykrycie wcześniejszych stadiów rozwoju choroby, gdyż może to być przyczyną mniej intensywnego leczenia;
- mniejsze dawki leków;
- leki o mniejszym potencjale neuroleptycznym;
- częstsze leczenie ambulatoryjne zaostrzeń objawowych;
- zaostrzenie kryteriów przyjęć do szpitali;

- krótszy okres hospitalizacji;
- rzadsze wizyty ambulatoryjne;
- brak opieki domowej.

Podkreślanie znaczenia czynników wiążących się z leczeniem farmakologicznym oraz hospitalizacją chorego, z perspektywy opracowania traktującego o formach wsparcia opartych na modelu środowiskowym, pozornie wydawać się może nieadekwatne.

W rzeczywistości jednak, niestety, nawet promując wartość i zasadność opieki środowiskowej należy mieć świadomość, iż w przypadku schizofrenii leczenie farmakologiczne jest konieczne oraz że są takie okresy w przebiegu choroby, kiedy hospitalizacja jest jedynym sposobem na zminimalizowanie zagrożeń z nią związanych.

Choroby afektywne

I. Charakter i podstawowe uwarunkowania chorób afektywnych

Drugą z chorób psychicznych, którą należy scharakteryzować jest choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD). Jest to zaburzenie psychiczne, które charakteryzuje się naprzemiennymi, cyklicznymi epizodami depresji i manii. Wcześniej choroba ta nazywana była psychozą maniako-depresyjną lub cyklofrenią. W chorobie tej wyróżnić można dwie odmiany:

- typ I – w którym kilkumiesięczne epizody depresji lub manii przedzielone są okresami remisji i normalizacji nastroju. W typie tym występuje minimum jeden epizod mieszany lub maniakalny.
- typ II – gdzie fazy depresji i hypomanii (czyli nadmiernego pobudzenia, na progu zaburzeń maniako-depresyjnych) występują naprzemiennie.

Rozpowszechnienie choroby afektywnej – CHAD typu I wynosiło 1,86%, zaś typu II – CHAD II 0,65%.

Wyróżnić można pewne charakterystyczne czynniki ryzyka w populacji:

- wiek 21 lat (chorobę najczęściej rozpoznaje się pomiędzy 20 a 30 rokiem życia)
- zamieszkiwanie w miastach (2-3 x częściej),
- płeć (choroba afektywna dwubiegunowa typu I występuje w równym stopniu wśród przedstawicieli obu płci – 1%, natomiast CHAD typu II u kobiet występuje dwukrotnie częściej niż u mężczyzn);
- środowisko imigrantów i bezdomnych (częstość 8,5-11,7 %),
- częściej chorują mężczyźni o słabym wykształceniu i statusie,
- obserwuje się również, podobnie jak w przypadku schizofrenii, podłoże genetyczne wystąpienia choroby. Model dziedziczenia chorób afektywnych jest oligogenowy, co oznacza, że jest to interakcja kilkunastu genów działających wspólnie. Tutaj również występują znaczne zależności rodzinne i tak:
 - około 50% chorych ma w rodzinie osoby z podobnymi zaburzeniami nastroju,
 - u 40 – 70 % bliźniąt jednojajowych oraz u 5 -25 % bliźniąt dwujajowych obserwuje się współwystępowanie choroby,
 - u dziecka, którego obydwój rodzice chorują, prawdopodobieństwo wystąpienia choroby afektywnej dwubiegunowej wynosi aż 75%.

II. Konsekwencje społeczne chorób afektywnych

Charakteryzowana tutaj choroba afektywna dwubiegunowa, nawet w niezbyt ciężkiej postaci, jest dla chorego bardzo wyniszczająca. Często chory nie jest w stanie realizować swoich dotychczasowych ról, uniemożliwia ona często kontynuację pracy oraz utrzymywanie znaczących relacji. Nawroty choroby występują u 37- 44% chorych w ciągu roku, a tylko 24,5 % wraca do poziomu funkcjonowania przedchorobowego.

Wymagającą szczególnego podkreślenia konsekwencją społeczną choroby jest bardzo wysoki wskaźnik samobójstw oraz prób samobójczych u osób cierpiących na zaburzenia afektywne, a zwłaszcza afektywne dwubiegunowe. Szacuje się, że ryzyko samobójstwa istnieje u 19% chorych, a 1/3 chorych podejmuje próby samobójcze.

Dla choroby tej częste jest również współwystępowanie innych zaburzeń (u 71%), przykładowo 50% chorych mężczyzn nadużywa alkoholu.

Fakty te wskazują na dużą potrzebę kompleksowego leczenia i terapii.

III. Trudności w leczeniu oraz czynniki sprzyjające terapii

Trudności w leczeniu

Z praktyki lekarskiej oraz literatury wnioskować można, iż występują pewne okoliczności i zachowania stanowiące elementy utrudniające leczenie. Wśród najistotniejszych wymienić należy:

- niechęć do poznania rzeczywistych przyczyn choroby,
- wysoki wskaźnik niepokoju emocjonalnego w otoczeniu chorego,
- utrzymywanie choroby w tajemnicy,
- unikanie kontaktu z lekarzem,
- niesystematyczne przyjmowanie leków;
- samowolne zmniejszanie dawek,
- okresowe odstawianie leku,
- używanie substancji psychoaktywnych,
- alkoholizm w rodzinie,
- niski status społeczny,
- bierność chorego i jego otoczenia,
- obecność objawów rezydualnych
- brak poczucia choroby.

Czynniki sprzyjające

Niezwykle istotne wydają się podkreślenie w tym miejscu również czynników, które leczeniu sprzyjają. Czynniki sprzyjające skuteczności leczenia to, między innymi:

- wysoki stopień znajomości przyczyn choroby i sposobów leczenia /psychoedukacja/,
- dobra atmosfera emocjonalna w otoczeniu chorego,
- jawność informacji o objawach,
- systematyczne leczenie farmakologiczne,
- częsty i szczery kontakt z lekarzem psychiatrą,
- unikanie substancji psychoaktywnych,
- właściwy sposób odżywiania,

- zachowanie dotychczasowego reżimu aktywności codziennej,
- dostęp do wiedzy dalszej nauki i rehabilitacji,
- łączenie różnych form terapii

Podnoszenie efektywności leczenia i jakości życia pacjentów zależne jest od ich zaangażowania w kompleksowe leczenie i rehabilitację.

Przebieg rehabilitacji społecznej osób chorych psychicznie i jej efekty.

I. Specyfika chorób psychicznych.

Choroby psychiczne ze względu na nasilenie i przewlekłość objawów, jakie im towarzyszą oraz złożone przyczyny biopsychospołeczne, wymagają długotrwałej rehabilitacji uwzględniającej równoległość oddziaływań terapeutycznych i psychiatrycznych.

Uczestnikami ŚDS Vita są osoby dorosłe, w większości chorujące na schizofrenię. Leczą się one u swoich prowadzących lekarzy psychiatrów (w Poradniach Zdrowia Psychicznego, ambulatoriach Oddziałów Dziennych czy Szpitali Psychiatrycznych) oraz w sposób stały zażywają leki psychotropowe.

II. Przebieg choroby.

Choroba psychiczna ma charakter nawrotowy, a jej objawy mogą pojawiać się z różną częstotliwością. Powszechną sytuacją jest długotrwałe utrzymywanie się: apatii, abulii (chorobliwej niemożności podejmowania decyzji i realizacji zamierzeń), wycofania z kontaktów, izolowania się od otoczenia, spowolnienia, lęku.

Istotne jest zatem podzielenie i wzajemne uzupełnianie się kompetencji lekarza psychiatry i działalności Środowiskowego Domu Samopomocy. Zadaniem psychiatry jest redukcja lub minimalizacja objawów chorobowych poprzez farmakoterapię, zaś rolą zespołu terapeutycznego w ośrodku terapeutycznym jest: wspieranie osób chorujących (uczestników) oraz uczenie ich kompetencji społecznych i umiejętności przydatnych w życiu codziennym.

III. Proces rehabilitacji.

Na proces rehabilitacyjny składają się:

- społeczność terapeutyczna
- terapia zajęciowa
- grupy terapeutyczne (trening umiejętności społecznych, grupa wsparcia). Rolą tego rodzaju zajęć jest praktyczne ćwiczenie: komunikacji, asertywności, wyrażania emocji, nawiązywania kontaktu, radzenia sobie w sytuacjach życiowych, rozwiązywania konfliktów
- psychoedukacja (indywidualna i grupowa dla uczestników oraz dla rodzin) polegająca na spotkaniach, w trakcie których osoby chore i ich najbliższe otoczenie zyskują wiedzę o przyczynach, przebiegu oraz objawach chorób psychicznych. Mogą również dzielić się swoimi doświadczeniami z przeżywania choroby oraz uczyć się sposobów życia z chorobą i radzenia sobie z nią.
- współpraca z rodziną (indywidualna oraz w grupie wsparcia dla rodzin)

Celem kompleksowej oferty rehabilitacyjnej jest:

- aktywizowanie uczestników
- dawanie im możliwość nabywania nowych i doskonalenia posiadanych umiejętności
- uczenie uczestników budowania jak najszerszej sieci wsparcia – złożonej zarówno ze specjalistów, jak i kontaktów przyjacielskich

- umożliwienie im poszerzania kontaktów społecznych
- trenowanie umiejętności społecznych
- radzenie sobie z chorobą, aktywne spędzanie czasu wolnego
- zyskiwanie przez uczestników odpowiedzialności za własne leczenie i terapię
- zapobieganie poczuciu wykluczenia oraz izolacji społecznej, które często są następstwem negatywnych objawów choroby oraz reakcji najbliższego otoczenia.

IV. Uczestnicy – proces zmian zachodzących w trakcie terapii.

Do optymalnych efektów terapii należą:

- nawiązywanie kontaktów koleżeńskich
- podejmowanie ról w społeczności np. w Radzie Domu
- podtrzymywanie leczenia psychiatrycznego
- umiejętność reagowania w przypadku nawrotów choroby, wydłużone okresy remisji, zaangażowanie w farmakoterapię
- motywacja do terapii
- radzenie sobie z chorobą
- radzenie sobie w codziennych sytuacjach życiowych
- umiejętność korzystania ze wsparcia

Części osób udaje się ponadto uzyskać szczególne efekty długotrwałej pracy terapeutycznej:

- podejmowanie ról zawodowych
- próby kontynuowania lub podejmowania nauki
- wchodzenie w role rodzinne (małżeńskie i rodzicielskie)
- poprawa funkcjonowania w rodzinie generacyjnej

Efekty terapeutyczne są tym trwalsze, im większe jest zaangażowanie samego uczestnika oraz współpraca z zespołem terapeutycznym, psychiatrą i rodziną.

V. Schematyczny obraz rezultatów terapii u osób chorych psychicznie

przed okresem terapii	efekty terapii	
	etap pośredni przebiegu terapii	etap końcowy terapii
<ul style="list-style-type: none"> - pełne/nasilone objawy choroby psychicznej, - izolacja społeczna (brak/niewielkie kontakty z otoczeniem), - apatia/bezczynność, - brak perspektyw na przyszłość, - brak motywacji do leczenia - zaprzeczanie chorobie, - rodzina - brak świadomości zaistnienia choroby psychicznej (reakcje niezrozumienia, wrogości lub bezradności) 	<ul style="list-style-type: none"> - stopniowa adaptacja do nowej sytuacji i grupy uczestników, - wykorzystanie własnych umiejętności, - stopniowe nabywanie nowych umiejętności, - ćwiczenie i wzrost kompetencji społecznych - korzystanie ze wsparcia terapeutycznego i wsparcia innych uczestników, - włączenie się w proces leczenia psychiatrycznego - wizyty u lekarza, zażywanie leków (motywacja ze strony otoczenia terapeutycznego i rodzinnego) 	<ul style="list-style-type: none"> - podejmowanie aktywności, - utrzymywanie relacji towarzyskich, - powrót/podjęcie ról społecznych (rodzina, nauka i praca), - motywacja własna i podtrzymanie leczenia psychiatrycznego, - utrzymywanie się dłuższych okresów remisji, radzenie sobie z objawami choroby, - reagowanie w sytuacji nawrotów objawów, - poprawa relacji rodzinnych

**Pierwsza pomoc osobom chorym psychicznie
– doświadczenia Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Krakowie.
Interwencje w OIK w sprawach pacjentów psychiatrycznych.**

Z danych liczbowych Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Krakowie wynika, że procent interwencji dotyczących pacjentów psychiatrycznych jest stały. Porównanie danych z ostatnich trzech lat /analizę statystyczną w Ośrodku prowadzi mgr Krzysztof Malec/ wskazuje, że na około 12 tysięcy interwencji rocznie, pomoc dla pacjentów psychiatrycznych wynosi około 10%. Nie obserwuje się również zmian liczbowych w zgłoszeniach w kolejnych miesiącach roku. Wymieniona liczba interwencji nie dotyczy osób z myślami i tendencjami samobójczymi oraz osób po próbach samobójczych, a pewna część tych osób cierpi na zaburzenia psychiczne. Zestawienie to nie uwzględnia również chorych psychicznie sprawców przemocy domowej.

Nasze działania interwencyjne zmierzają do:

- a. minimalizowania następstw kryzysów lub sytuacji trudnych wywołanych zachowaniem chorych. Staramy się łagodzić zachowania chorych, pomagać w rozumieniu tych zachowań i zapobiegać sytuacjom, które mogłyby doprowadzić do trwałego naruszenia więzi pomiędzy chorym i jego otoczeniem.
- b. rozpoznajemy źródła kryzysów sytuacyjnych, psychologicznych i pomagamy w opanowaniu kryzysu i jego następstw.
- c. rozwiązujemy aktualną sytuację kryzysu i staramy się o wzmacnianie więzi chorych z ich lekarzami, terapeutami i rodziną
- d. jesteśmy wsparciem dla osób samotnych i opuszczonych
- e. współpracujemy z osobami i instytucjami, które mogą przynieść pomoc w trwającej kryzysowej sytuacji. Najczęściej współpracujemy z lekarzami prowadzącymi, pracownikami pomocy społecznej, rodziną i innymi bliskimi, ale również z miejscem pracy, policją, zarządami spółdzielni mieszkaniowych.

Interwencje Ośrodka dotyczą zarówno kontaktu telefonicznego, jak i bezpośrednich spotkań i wizyt domowych.

Analiza zgłoszeń odnotowanych w Księdze Ambulatoryjnej Ośrodka pozwala na wyodrębnienie następujących grup interwencji:

- 1) interwencje wobec samych chorych,
- 2) interwencje wobec rodzin chorych,
- 3) interwencje wobec szerszego środowiska chorych, to znaczy sąsiadów, przyjaciół, znajomych, osób z ich miejsca pracy.

Interwencje wobec chorych psychicznie dotyczą:

1. osób, których stan zdrowia ulega gwałtownemu pogorszeniu, a chory nie może skontaktować się bezpośrednio ze swoim lekarzem, bo jest on czasowo niedostępny (np. kiedy pogorszenie nastąpiło w dni wolne od pracy lub w czasie, kiedy lekarz nie przyjmuje). Pomagamy chorym poprzez wysłuchanie ich, wsparcie, uspokojenie, omawiamy

możliwość oraz konieczność jak najszybszego skontaktowania się z lekarzem, a jeśli jest to konieczne pozostajemy w kontakcie telefonicznym.

Trudniejsza sytuacja jest w przypadku chorych, którzy wraz z nagłym pogorszeniem się stanu ich zdrowia przeżywają niechęć i wrogość do swojego lekarza, do metod leczenia, mają urojeniowy stosunek do lekarza czy leków.

Zdarza się, że zanim sytuacja zostanie opanowana poprzez umieszczenie chorego w szpitalu, czy jego powrót do dotychczasowych form leczenia pacjent wielokrotnie telefonuje do Ośrodka, bądź przychodzi i opuszcza teren Ośrodka, powodując swoim zachowaniem niepokój o jego los.

Trudne są interwencje wobec osób agresywnych, pobudzonych, sprzeciwiających się wszelkim propozycjom. W takich ostrych stanach wzywamy Pogotowie Ratunkowe najszybciej, jak to jest możliwe.

Szczególnym obciążeniem są pacjenci psychiatryczni nadużywający alkoholu ze względu na częstą w ich przypadku agresję wobec interweniujących i ich nękanie np. poprzez powtarzane wielokrotnie telefony i agresywne wypowiedzi.

2. chorych psychicznie osób samotnych, którzy nie mają wsparcia w swoim otoczeniu. Zdarza się, że współpracujemy na ich korzyść z dalekimi krewnymi, którzy mieszkającymi w odległych miejscowościach lub z krewnymi w podeszłym wieku, którzy sami mają pewne ograniczenia. W zależności od stanu chorego staramy się albo organizować leczenie szpitalne albo pomoc środowiskową i pozostajemy w kontakcie z tymi osobami, starając się doprowadzić do ich większej samodzielności i zaradności (przykładem może być młody mężczyzna, który po śmierci matki nie opuszczał domu).

Charakterystyczne jest, że pacjenci samotni przewlekłe chorzy psychicznie traktują pracowników Ośrodka jak swoich bliskich, korzystają z oparcia w okresach świąt lub sytuacjach podejmowania trudnych decyzji, o których nie mają z kim porozmawiać.

Pomoc interwencyjna udzielana rodzinom chorych:

Związana ona jest z krytycznymi wydarzeniami jakimi są agresywne zachowania chorych, ostre konflikty, odmowa leczenia i inne. Jeżeli jest to możliwe spotykamy się z całą rodziną, łącznie z chorym. Jeżeli chory odmawia współpracy zgłasza się do nas rodzina bez chorego.

W sposób szczególnie uważny zajmujemy się sytuacją dzieci w rodzinach z osobami chorymi psychicznie. Zwracamy szczególną uwagę na konieczność ochrony dzieci przed destrukcyjnymi zachowaniami chorych i na potrzeby dzieci np. wyłączenia z poważnych problemów chorych. Staramy się osłaniać rozwój psychiczny osób dojrzewających, których rodzice są chorzy psychicznie. W skrajnie trudnych sytuacjach zabiegamy o to, żeby nieletni mógł przenieść się do internatu, krewnych czy znajomych, żeby nie doświadczać w codziennym życiu niepokoju i stresów związanych z patologicznymi zachowaniami rodziców. Działania te wymagają wiele rozważań i psychologicznego przygotowania do zmian. Dorosłym partnerom osób chorych pomagamy omawiając z nimi doznane krzywdy wynikające z zaburzonego zachowania partnera. Udzielamy pomocy w szczególnie drastycznych sytuacjach, służymy pomocą w planowaniu rozwiązań. Utrzymujemy kontakt tak długo, jak jest to konieczne.

Do szczególnie trudnych sytuacji należą kryzysy rodzin wywołane pierwszym zachorowaniem członka rodziny. Członkom rodziny chorego wyjaśniamy i nazywamy zaburzenia, z którymi dotychczas się nie spotkali i których nie rozumieją. Równocześnie staramy się uspokoić osoby, które są w szoku po zetknięciu się z zupełnie nowym zjawiskiem, obniżyć poziom lęku i zagrożenia. Podajemy informacje dotyczące zorganizowania bezpośredniej pomocy, uczymy

jak wezwać Pogotowie Ratunkowe, jak zachowywać się wobec chorego. Zdarza się, że jedziemy do rodziny i pomagamy bezpośrednio w trudnościach. Zapraszamy też członków rodziny do Ośrodka, po umieszczeniu chorego w szpitalu. Chcemy rozwiązać ich wątpliwości, odpowiedzieć na pytania, uspokoić, zapewnić o swojej dalszej pomocy, uwolnić od poczucia winy.

Bardzo trudne i wieloetapowe interwencje dotyczą rodzin, w których w związku z chorobą psychiczną jednej z osób doszło do poważnych zmian we wzajemnych relacjach i ich patologizacji. Tak dzieje się np. w sytuacji stopniowego narastania urojeń. Rodzinie trudno nazwać i wychwytywać zaburzenia, odczuwają natomiast ich następstwa: agresywne zachowanie, wrogie nastawienie do dzieci, innych członków rodziny, zdrowego współmałżonka, wewnątrzrodzinne konflikty, które trudno opanować i trudno wykryć ich źródła, polaryzacje postaw wobec chorego i stosunku do jego terapii.

Zdrowy małżonek ma trudności w organizowaniu skutecznej lekarskiej pomocy, bo musi się zmagać ze sprzeciwem chorej osoby i tych, którzy ją w tym sprzeciwie wspierają. Działania zmierzające do leczenia osoby chorej z konieczności wiążą się z występowaniem do Sądu Rodzinnego o przymus leczenia, a to rodzi różne opory.

Interwencje bardzo trudne związane są z działaniami wobec matek małych dzieci, które są zagrożeniem dla ich zdrowia i życia, w związku z zaburzeniami psychicznymi. W rozwiązywaniu tych trudnych sytuacji przeszkadzają takie zdroworozsądkowe postawy, jak „lepszą chora matka niż żadna”, „lepszą obecność matki chorej w rodzinie, niż kłopoty i komplikacje jakie wyniknął z jej nieobecności w domu”. Sytuacja nabiera szczególnego znaczenia jeśli w otoczeniu chorej kobiety nie ma innej osoby dorosłej, która mogłaby w odpowiedzialny sposób zająć się dziećmi. Przykład może stanowić sytuacja, kiedy współmałżonek jest np. alkoholikiem, a kobieta nie godzi się na leczenie lub/i jest agresywna. Rozwiązanie takiej sytuacji nie jest możliwe bez współpracy z Policją, pomocą społeczną, psychiatrą i trwa czasem dni, a nawet tygodnie.

Z pewnym rozgoryczeniem można stwierdzić, że zdarza się, że po wielu wysiłkach umieszczona w szpitalu kobieta wraca z niego po trzech dniach i sytuacja rozwiązywania zagrożeń zaczyna się na nowo.

Alkoholizm rodziców i ich zaburzenia psychiczne są źródłem stałego zagrożenia dla zdrowia i życia dzieci. Wydaje się, że w takich przypadkach jedynym sensowym rozwiązaniem jest objęcie terapią całej rodziny.

Sytuację rodzin z osobami chorymi psychicznie komplikuje dodatkowo fakt, że przeżywają one „naturalne” kryzysy związane z przebiegiem życia i życiowymi zmianami. Pomoc może być im potrzebna, w sytuacji kiedy te kryzysy i zmiany przebiegają ostro i gwałtownie. Choroba psychiczna stanowi w tym przypadku znaczące tło tych kryzysów, a nierzadko staje się czynnikiem je pogłębiającym i nasilającym niewydolność systemów radzenia sobie.

Pomoc dla sąsiadów, znajomych, przyjaciół osób chorych psychicznie:

Tego rodzaju pomoc jest wielowymiarowa. Z jednej strony dostarczamy wiarygodnych informacji w oparciu, o które osoby z otoczenia chorego mogą pracować nad swoimi postawami. Z drugiej informujemy o możliwości bronięcia się przed zachowaniami chorych, które naruszają porządek, spokój, ład, poprzez zwrócenie się do Ośrodka Zdrowia, pomocy społecznej, Policji. Pomagamy w sytuacjach krytycznych wzywając Policję i podejmując interwencję na miejscu. Przykładem może być samotna kobieta, która okresowo prześladowuje swoich sąsiadów odwiedzając ich od dowolnej porze i oskarżając o to, że ją okradają czy źle na nią oddziałują. Inną egzemplifikację stanowi zachowanie kobiety, która prześladowuje swoich sąsiadów twierdząc, że z ich mieszkania wydobywają się trujące wyziewy.

Osoby mające w swoim otoczeniu chorych psychicznie wspieramy adekwatnie do przeżywanym przez nich sytuacji i zapewniamy o tym, że mogą w każdej niepokojącej ich sytuacji dzwonić do Ośrodka. Uważamy, że osoby mieszkające w sąsiedztwie osób chorych psychicznie wymagają systematycznego środowiskowego wsparcia.

**„Powrót” – działanie Centrów Integracji Społecznej.
Centrum Integracji Społecznej w Olsztynie – jako nowa forma aktywizacji zawodowej
i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób chorych psychicznie.**

Nowe koncepcje dotyczące aktywnej polityki społecznej, promowane w krajach Unii Europejskiej zmierzają do lansowania idei „praca zamiast zasiłku” oraz wzmacniania procesów szeroko rozumianej integracji społecznej i zawodowej. Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z 13 czerwca 2003 r. dała możliwość rozpoczęcia działań mających na celu aktywizację społeczną i zawodową osób podlegających wykluczeniu społecznemu, którzy ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo. Sytuacja ta uniemożliwia lub ogranicza uczestnictwo w życiu społecznym, zawodowym i rodzinnym.

By choć w części zaradzić narastającym problemom społecznym, podjęliśmy działania mające na celu utworzenie Centrum Integracji Społecznej w Olsztynie, którego zadaniem będzie reintegracja społeczna i zawodowa osób podlegających wykluczeniu społecznemu.

Reintegracja ta ma na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w programie Centrum Integracji Społecznej umiejętności funkcjonowania w życiu społeczności lokalnej oraz pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu, oraz odbudowanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy, czyli właśnie realizację idei „praca zamiast zasiłku”.

Zarządzeniem Nr 370 z dnia 6 listopada 2003 r Prezydent Miasta Olsztyna wyraził zgodę na utworzenie CIS-u działającego w formie gospodarstwa pomocniczego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olsztynie, a decyzją Nr 1 z 1 kwietnia 2004 r. Wojewoda Warmińsko – Mazurski nadał status Centrum, co pozwoliło rozpocząć realizację zadań wynikających z ustawy o zatrudnieniu socjalnym.

Pierwsze zajęcia w CIS rozpoczęły się 07.06.2004r. oraz kolejne edycje 01.12.2004r. i 01.09.2005r. Do udziału w zajęciach przystąpiło 85 osób.

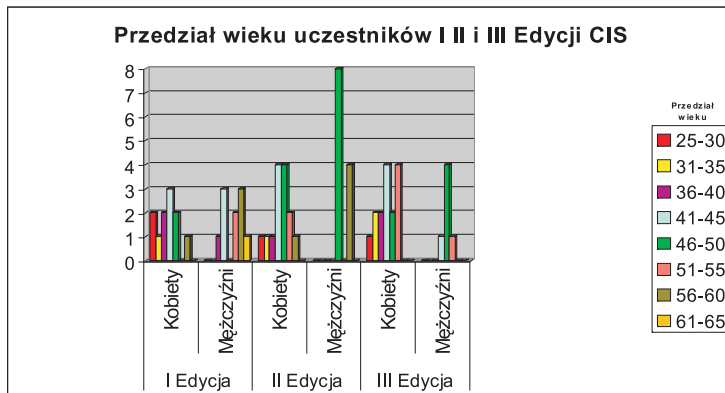
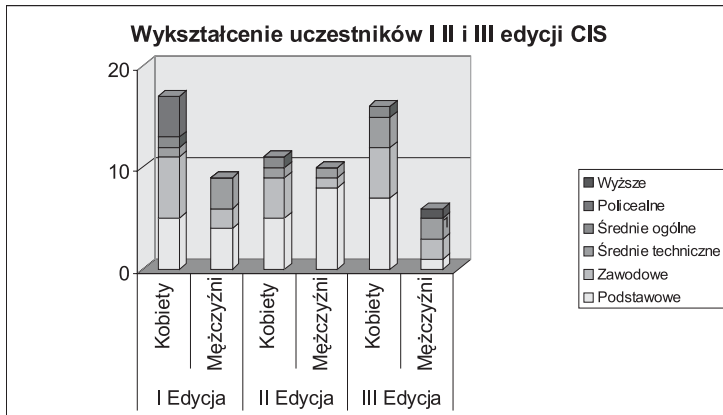
I. Kryteria i procedura kwalifikowania do CIS w Olsztynie

Uczestnikami Centrum mogą być osoby:

- uzależnione od alkoholu, narkotyków oraz innych środków odurzających; po zakończeniu terapii odwykowej w zakładzie leczenia odwykowego;
- chore psychicznie w myśl przepisów o zdrowiu psychicznym;
- bezdomne, realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności;
- bezrobotne, pozostające bez pracy przez okres nie krótszy niż 24 m-c
- zwalniane z zakładów karnych

Uczestnicy CIS kwalifikowani są do poszczególnych grup terapeutycznych oraz na bloki zawodowe na podstawie diagnozy psychologicznej, badań doradcy zawodowego, analizy dokumentacji i informacji oraz na podstawie rozmowy z samym uczestnikiem.

Schematy wykształcenia i wieku uczestników CIS



II. Cele pomocy oraz metody pracy w Centrum Integracji Społecznej

Cele pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi nastawione są na:

- trening umiejętności społecznych,
- aktywizacja w kierunku pełnienia podstawowych ról społecznych i zawodowych, rozbudzenie motywacji do wykonywania codziennych czynności,
- umiejętność radzenia sobie ze stresem, prawidłowe funkcjonowanie w codziennym życiu.

Zajęcia terapeutyczne (reintegracja społeczna) w okresie próbnym odbywają się pięć dni w tygodniu, przez 6 do 8 godzin dziennie.

Po okresie próbnym przez kolejne 11 miesięcy zajęcia reintegracji społecznej i zawodowej odbywają się równolegle tj. 2 dni w tygodniu reintegracja społeczna, 3 dni w tygodniu reintegracja zawodowa.

Metody pracy prowadzone w Centrum wynikają z potrzeb naszych uczestników, są to:

- warsztaty,
- dyskusje,
- praca w zespołach,
- praca indywidualna,
- gry psychologiczne,
- terapie grupowe,
- terapia indywidualna,
- grupy samopomocowe,
- szkolenia i wykłady

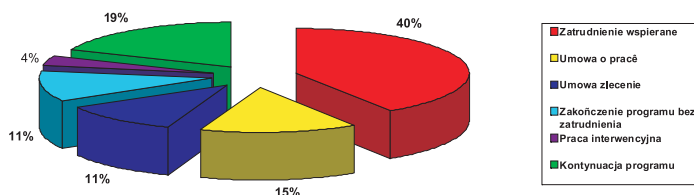
W ramach reintegracji zawodowej uczestnicy Centrum zdobywają i podnoszą kwalifikacje, przyuczają się do zawodu na otwartym rynku pracy.

Reintegracja zawodowa realizowana jest w 23 instytucjach na terenie Miasta Olsztyn są to m.in.: jednostki samorządu terytorialnego, administracji państwowej oraz prywatni przedsiębiorcy. Pozwala to na uatrakcyjnienie oferty Centrum skierowanej do naszych mieszkańców oraz poszerzenie wachlarza stanowisk, na których uczestnicy CIS mogą, zgodnie ze swoimi umiejętnościami, podnosić kwalifikacje.

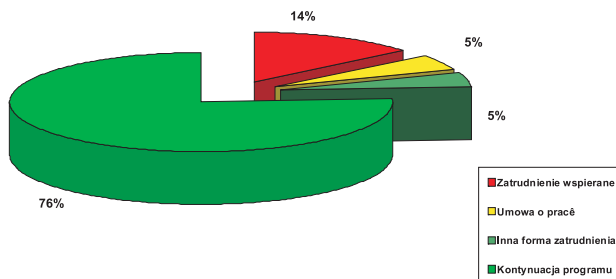
Centrum Integracji Społecznej prowadzi działalność gospodarczą, polegającą na świadczeniu usługi transportowej dla osób niepełnosprawnych oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Z zaobserwowanego zainteresowania przystąpieniem do CIS-u w Olsztynie można wnioskować, że program ten odpowiedział na potrzeby społeczne i znalazł akceptację grup społecznych do których jest skierowany.

Zatrudnienie I EDYCJA CIS



Zatrudnienie II EDYCJA CIS



Środowiskowe Domy Samopomocy – specyfika działania Środowiskowy Dom Samopomocy „VITA”

W Środowiskowym Domu Samopomocy „Vita” prowadzona jest rehabilitacja osób: chorych psychicznie w okresie remisji, dorosłych, głównie z rozpoznaniem schizofrenii oraz choroby schizoafektywnej.

I. Cele i zadania Środowiskowego Domu Samopomocy:

Celami Środowiskowego Domu Samopomocy są:

- podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- rehabilitacja społeczna,
- integracja społeczna,
- zapewnienie wsparcia i organizacja samopomocy kierowanej do uczestników i ich środowiska
- umożliwienie rozrywki i rekreacji.

W ramach rehabilitacji społecznej realizowane są następujące zadania:

- aktywizacja społeczna,
- aktywizacja zawodowa,
- poradnictwo w zakresie świadczeń socjalnych,
- poradnictwo rodzinne,
- kształtowanie umiejętności aktywnego spędzania wolnego czasu,
- organizowanie imprez świątecznych,
- terapia zajęciowa (plastyczna, kulinarna, stolarska, rękodzieła, komputerowa)
- organizacja wsparcia i samopomocy,
- aktywizacja rodzin i środowiska uczestników,
- poradnictwo rodzinne dla rodzin uczestników,
- współpraca z partnerami społecznymi, organizacjami i instytucjami, w tym zagranicznymi, w celu realizacji zadań statutowych domu.

II. Zasady i reguły funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy

Warunkiem przyjęcia do ŚDS jest chęć uczestnika korzystania zajęć terapeutycznych oraz stałe leczenie psychiatryczne.

Droga przyjęcia do ŚDS

Do ośrodka kierowane są osoby z: Zespołu Leczenia Środowiskowego Psychiatrycznego, Oddziałów Dziennych, Szpitali Psychiatrycznych, filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Poradni Zdrowia Psychicznego.

ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO

Oddział dzienny
psychiatryczny

Poradnia zdrowia
psychicznego

Zgłoszenie się do dyrektora ŚDS „VITA”

Wywiad środowiskowy

Decyzja administracyjna
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

Miejski Ośrodek
Pomocy
Społecznej

Społeczna sieć informacji:

- znajomi
- rodzina
- sąsiedzi
- informacja od osób korzystających
obecnie lub w przeszłości z terapii

Szpital
psychiatryczny:
- oddział
stacjonarny
- ambulatorium

W trakcie funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy powołana została Rada Domu. Opracowane były także regulaminy: Rady Domu i uczestnika oraz tygodniowy ramowy plan zajęć.

III. Sfery oddziaływania terapeutycznego w Środowiskowym Domu Samopomocy

Bardzo istotna w kształtowaniu różnorodnych umiejętności jest terapia zajęciowa w poszczególnych pracowniach:

- plastycznej
- kulinarnej
- stolarskiej
- komputerowej
- rękodzieła
- słowa

Stałym punktem dnia jest społeczność terapeutyczna. Ma ona na celu integrację, dzielenie się swoimi problemami i sukcesami, kształtowanie planu dnia, uzyskanie informacji o aktualnym samopoczuciu uczestników.

W tygodniowym planie zajęć terapeutycznych uwzględnione są również grupowe oddziaływania terapeutyczne do, których należą:

- trening umiejętności społecznych,
- grupa samopomocy,
- muzykoterapia,
- grupa zainteresowań,
- społeczność.

Podstawowym celem tego rodzaju zajęć jest ćwiczenie umiejętności współpracy z innymi uczestnikami, podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności sprawniejszego funkcjonowania społecznego, integracja grupy.

Praca terapeutów we wszystkich w/w pracowniach terapeutycznych ma dwie formy:

- indywidualną: polegającą na określeniu poziomu funkcjonowania psychofizycznego, dostosowaniu zadań do możliwości uczestnika, stopniowaniu tempa pracy (nauki), kształtowaniu nawyku obowiązkowości i wzmocnieniach pozytywnych;
- grupową: polegającą na kształtowaniu umiejętności pracy zespołowej (podziału pracy i ról oraz wzajemna pomoc).

Kolejnym ważnym elementem rehabilitacji w ŚDS jest rehabilitacja ruchowa realizowana jest poprzez codzienną gimnastykę, która wpływa na poprawę kondycji fizycznej, koordynacji ruchowej.

Ponadto prowadzona jest nauka języka angielskiego i niemieckiego oraz zajęcia fakultatywne dla osób szczególnie zainteresowanych poszczególnymi dziedzinami, którymi zajmują się pracownie terapeutyczne.

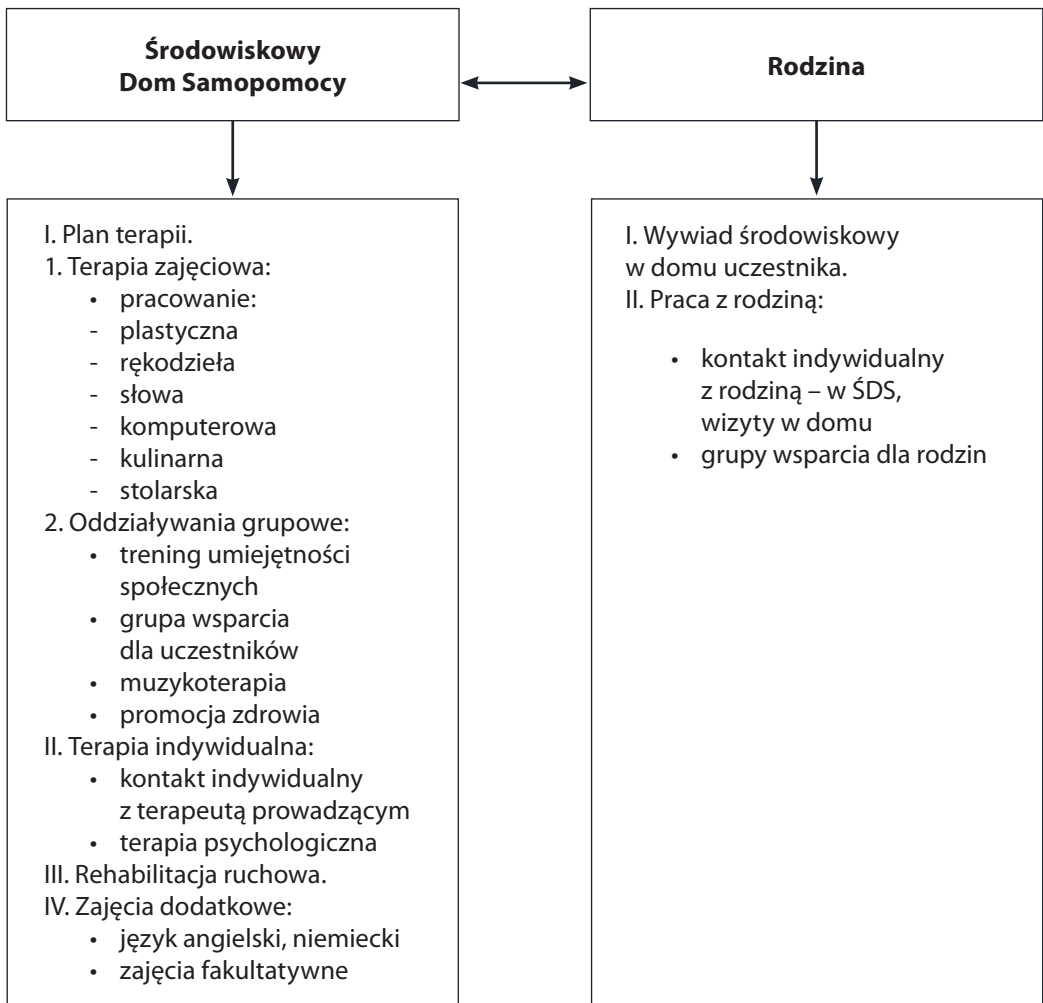
Grupa zainteresowań jest propozycją mającą na celu rozbudzenie i rozwijanie potrzeb intelektualnych, poznawczych i estetycznych oraz aktywizacja. Terapeuta motywuje uczestników do opowiadania o swoich dotychczasowych zainteresowaniach, doświadczeniach związanych z aktywnym spędzaniem czasu wolnego.

Bardzo ważnym elementem terapeutycznym jest oferta kulturalno-oświatowa. Ma ona na celu przede wszystkim propagowanie różnych form aktywnego spędzania czasu wolnego poprzez umożliwianie uczestnictwa w kulturze (teatr, muzea, galerie, kino), rekreację (spacery, sport, wycieczki), rozrywkę (bale, dyskoteki), organizowanie imprez świątecznych, a przez to trwałe rozszerzanie kontaktów społecznych.

Kompleksowej terapii służy również Grupa Wsparcia dla Rodzin. Celem tej grupy jest:

- uzyskanie informacji o chorobie psychicznej i jej leczeniu, o oddziaływaniach terapeutycznych świadczonych przez ŚDS,
- wymiana doświadczeń, informacji na temat radzenia sobie z chorobą bliskiej osoby,
- wsparcie emocjonalne,
- nawiązanie trwałych kontaktów.

Praca terapeutyczna z uczestnikami obejmuje kontakt z psychologiem, terapeutą indywidualnym i pracownikiem socjalnym. Osoby te wraz z uczestnikiem realizują kolejne etapy terapii, oparte na kontrakcie zawartym z Dyrektorem ŚDS.



W celu utrzymania efektów leczenia i terapii ŚDS pozostaje w kontakcie z instytucjami medycznymi: PZP, Zespołem Leczenia Środowiskowego, Oddziałami Dziennymi, a także rodzinami uczestników.

IV. „Imaginacje”

„Imaginacje” są dodatkową ofertą Środowiskowego Domu Samopomocy. Jest to gazeta integracyjna redagowana przez osoby po kryzysie psychicznym – uczestników ŚDS oraz osoby zainteresowane z innych ośrodków. Dotychczas wydane zostało kilka numerów, poruszających różnorodną tematykę, zarówno związaną z chorobą, jak i ukazującą wszechstronne zainteresowania osób chorych psychicznie. Cele gazety to: integracja środowisk osób chorych, kreowanie pozytywnego wizerunku osoby chorej psychicznie w społeczeństwie, zdobywanie kompetencji społecznych, umiejętność pracy zespołowej, poszerzenie kontaktów społecznych.

**Środowiskowy Dom Samopomocy jako środek oparcia i sukcesów życiowych.
Udział w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy „VITA”
- wpływ na osobiste sukcesy w życiu.**

Nazywam się Rafał Gębarowski i mam 30 lat. Urodziłem się i mieszkam w Krakowie. Chorować psychicznie zacząłem w wieku 18-stu lat. Moi Rodzice zauważyli u mnie dziwne zachowania, które budziły duży niepokój. Razem z Mamą udaliśmy się do Poradni Zdrowia Psychicznego. Tam, po wstępnych badaniach rozpoznano u mnie schizofrenię paranoidalną. Początkowo Rodzice nie mogli zaakceptować tego, że jestem chory. Nie okazywali mi dużego szacunku, lekceważyli sobie moje kłopoty. „Psychol” – takim mianem mnie określali. Sąsiedzi, gdy się dowiedzieli o wszystkim, śmiali się z mojej osoby, wytykali palcami. Często powtarzali: „to świr, trzeba go od nas na zawsze odizolować”. Padały pod moim adresem najokropniejsze wulgaryzmy. Dzieci znajomych obrzucały mnie kamieniami. Początki choroby były dla mnie męką. Próbowiałem wyskoczyć przez okno z 11-ego piętra. Słyszałem głosy, jakby z zaświatów, które mówiły: „pomóż mi, Rafale”. Pojawiła się też mania prześladowcza. Wydawało mi się, że wszyscy chcą pozbawić mnie życia.

Teraz, po ośmiu latach zmagania z chorobą, jest lepiej. „Wiara i nadzieja na lepsze jutro”- to stwierdzenie stało się dewizą mojego życia. Ta właśnie wiara i nadzieja sprawiły, że moje zdrowie uległo znacznej poprawie. Zacząłem kontynuować naukę w Szkole Policealnej dla Dorosłych Zaocznej. Pierwsze 2 lata jako technik usług pocztowych i telekomunikacyjnych. Kolejne 2 lata – kierunek: technik rachunkowości i finansów.

Obecnie jestem na pierwszym roku tegoż drugiego kierunku. Rodzina bardzo mnie wspiera, na tyle, na ile potrafi. Za dobre wyniki w nauce kupili mi DVD. Wszystko po to, bym mógł oglądać ciekawe filmy. Razem z Mamą chodzę do lekarza. Rodzina przypomina mi o wizytach i zażywaniu leków. Motywują mnie do dalszej nauki. I za to Im dziękuję. Można powiedzieć, że choroba była dla mnie, swego rodzaju, błogosławieństwem.

Biorąc udział w zajęciach w ŚDS „VITA”, poznałem bardzo dobrych i oddanych przyjaciół. [Tutaj mam wsparcie](#)

**Działanie klubów integracyjnych – przypadek klubu „VINCENT”
Partnerska społeczność oparta na grupach samopomocy w klubie Integracyjnym
„VINCENT”**

Jak wygląda nasz Klub

Lokal składa się z dwóch pomieszczeń i korytarza. Pierwsze pomieszczenie jest typu kawiarnianego, wyposażone w stoliki z krzesłami, sprzęt grający i podstawowo wyposażony barek. Drugie pomieszczenie jest salą wypoczynkowo- terapeutyczną, wyposażoną w zestaw wypoczynkowy, telewizor z DVD. Ściany pomieszczeń klubu zostały tak zaaranżowane, że stanowią galerię do prezentacji prac uczestników klubu. W korytarzu zostały przygotowane miejsca i utworzona sieć komputerowa dla dwóch stanowisk komputerowych z bezpośrednim dostępem do Internetu. Równocześnie utworzyliśmy serwer internetowy i posiadamy własny serwis www.

Wiadomości o klubie

Klub przeznaczony jest dla osób po przebytych kryzysie psychicznym. Stanowi on sympatyczne i bezpieczne miejsce spotkań ludzi o podobnych zainteresowaniach i doświadczeniach. Mogą oni znaleźć wszechstronną pomoc i wsparcie, poszerzyć swoje kontakty i znajomości, rozwijać różne zainteresowania (sztuka, film, literatura i wiele innych).

W klubie można także uzyskać specjalistyczną poradę psychologiczną, prawną i ekonomiczną.

Klub działa w oparciu o samorząd klubowiczów. To samorząd decyduje o formach pracy, zgodnie z zapotrzebowaniami klubowiczów.

W samorządzie działa prezes, zastępca prezesa i skarbnik oraz trzech członków zarządu. Samorząd zorientowany jest najbardziej w tym, co dzieje się w życiu klubowiczów i stara się wraz z terapeutami przeciwdziałać problemom i pomagać w codziennym funkcjonowaniu.

Partnerzy w wykonywaniu zadań klubu.

Klub został sfinansowany przez Ministerstwo Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej. Współpracujemy z: Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Radą Dzielnicy i społecznością lokalną, medycznymi (Stacjonarne Oddziały Szpitalne, Oddziały Dienne, Poradnie Zdrowia Psychicznego, Zespoły Hospitalizacji Domowej) i pozamedycznymi (organizacje pozarządowe, wolontariusze) zespołami, zajmującymi się osobami chorymi psychicznie.

Koła działające w klubie

Klub filmowy - spotykamy się, aby zasiąść przed dużym ekranem telewizora i oglądać filmy. Wielbiciele kina znajdują coś dla siebie. Oglądają filmy ulubionych reżyserów, wybierają filmy z ulubionymi aktorami i poznają nowe kierunki kina. Czasem ustalane są wspólne wyjścia do kina.

Warsztaty krawieckie – uczestnicy uczą się samodzielnego szycia, naprawiania i przerabiania odzieży, również projektowania własnych ubiorów i dobierania odpowiednich dodatków.

Spotkania ze sztuką – organizowane są wernisaże, wyjścia do muzeów i na wystawy. Zapoznajemy ponadto klubowiczów ze sztuką we wszelkich jej przejawach, dzielimy się podstawowymi wiadomościami z zakresu sztuki. Budzimy też tolerancję na różne postawy artystyczne. Zajęcia plastyczne stanowią ważny element działalności klubu.

Wykonywanie prac artystycznych motywuje klubowiczów do mówienia o swoich pracach i słuchania opowiadania innych. Te zajęcia umożliwiają prowadzącemu indywidualny kontakt z klubowiczami.

Kącik kulinarny – przygotowujemy w nim wspólnie różne proste potrawy, np. tosty, sałatki, hot-dogi, zupy, placki ziemniaczane i inne.

Klub językowy – uczymy się języka angielskiego. Lekcje polegają na integrowaniu wszystkich czterech sprawności językowych (słuchania, mówienia, czytania i pisania) oraz nauczaniu gramatyki i słownictwa przy użyciu tych sprawności.

Aktywizacja zawodowa – pracownik socjalny przedstawia ofertę Zakładów Pracy Chronionej, obecnych na rynku krakowskim. Oferuje też pomoc w przygotowaniu odpowiedniej dokumentacji wspiera psychologicznie w poszukiwaniu pracy.

Grupa turystyczna – działa w soboty. Organizujemy spacerunki po Krakowie i wycieczki po okolicy, poznajemy historię Krakowa i krajobraz okolic.

Klub muzyczny – spotkania mają na celu dyskusje na tematy upodobań muzycznych, słuchanie wybranych utworów ulubionych wykonawców, odkrywanie starych brzmień na nowo, pogłębianie zainteresowań i wiedzy na temat muzyki klasycznej, współczesnej, poważnej i rozrywkowej.

Grupa literacka – spotkania mają na celu dyskusje na tematy literackie, przedstawianie własnej twórczości, omawianie dzieł ulubionych autorów, intrygujących problemów poruszanych na łamach literatury, pogłębianie wiedzy i zainteresowań o literaturze.

Porady

Porady psychologiczne – nie mają one charakteru wizyt w poradni, jest to rozmowa o wszelkich ważnych problemach, z którymi trudno jest się samemu uporać. Mogą być też prowadzone porady psychologiczne przez Internet.

Porady prawne – program prowadzony przez prawnika, zaznajamia on z wybranymi zagadnieniami Prawa Cywilnego i Prawa Pracy oraz zaznajamia z prawem Unii Europejskiej.

Porady ekonomiczne – jest to trening budżetowy, przewidywanie wydatków i dochodów przez klubowiczów.

Cele klubu

Klub Integracyjny „VINCENT” jest jedną z dostępnych osobom chorującym psychicznie odskocznią od wypełnionej obowiązkami codzienności. Im więcej nowych sytuacji i zdarzeń, tym więcej przeżyć, a to zapewnia im klub i jego członkowie. W klubie uczymy życia w chorobie, oswajamy ją, bowiem kryzys można przewidzieć po objawach zwiastujących chorobę. W klubie spotykają się chorujący, którzy są na rencie, ale przychodzą do niego i takie osoby, które pracują. Ci ludzie dzielą się ze sobą swoimi doświadczeniami, przełamują ograniczenia, nawią-

zują przyjaźnie, rozwijają pasje. Klub „VIVCENT” to takie miejsce, do którego ludzie po kryzysach psychicznych mogą przyprowadzić swoich przyjaciół i bliskich.

Celem klubu jest równocześnie pomoc i porada specjalistów.

W klubie organizowane są różnorodne imprezy integracyjne, wernisaże, wystawy, wieczorki poetyckie, wieczorki muzyczne, spotkania, imprezy okolicznościowe i świąteczne.

Celem jest również budowanie wzajemnych relacji, wsparcia między klubowiczami i środowiskiem oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

Głównym celem klubu jest stałe i wieloaspektowe wsparcie dla klubowiczów. Należy do tego również prowadzenie działalności edukacyjnej o problematyce choroby psychicznej dla klubowiczów, ich rodzin i społeczności lokalnej.

Integracja ze środowiskiem odbywa się ponadto poprzez działalność na rzecz społeczności lokalnej. Odbywa się również edukacja klubowiczów na temat samorządności, demokracji i integracji europejskiej.

Życie klubu

W życiu klubu uczestniczą psychologowie, pracownicy socjalni, pedagodzy, prawnicy, wolontariusze, osoby chorujące psychicznie, ich rodziny i przyjaciele. W różny sposób spędzamy czas w klubie. Uczymy się, rozmawiamy, organizujemy spotkania i grupy zainteresowań. Dzięki współpracy ze Szpitalem Specjalistycznym im. Babińskiego zdarza się też, że naszymi gośćmi są osoby chore i terapeuci z ośrodków niemieckich i holenderskich. Ważnym wydarzeniem był dla nas pobyt w Eckernförde w Niemczech. Mogliśmy tam poznać nowe osoby, miejsca oraz wykorzystać umiejętności językowe. We wrześniu tego roku spotkaliśmy się z Niemcami w Bogaczewie koło Morąga. Mamy nadzieję, że ta współpraca będzie kontynuowana.

**Zakłady Aktywności Zawodowej – tworzenie i funkcjonowanie.
ZAZ „U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja”, jako forma zatrudnienia i rehabilitacji
osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej.**

Zakład Aktywności Zawodowej „U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja” rozpoczął działalność 16 czerwca 2003 roku. Zakład stanowi jedną z form zatrudnienia chronionego i rehabilitacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych z powodu chorób psychicznych. Został stworzony dzięki staraniom organizacji pozarządowych (Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne” i Stowarzyszenia Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej) przy współpracy Gminy miejskiej Kraków, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz wielu sponsorów i grantodawców z kraju i zagranicy.

ZAZ „U Pana Cogito” prowadzony jest jako wyodrębniona finansowo i organizacyjnie jednostka Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne”.

I. Formalne podstawy tworzenia oraz funkcjonowania Zakładów Aktywności Zawodowej.

Zakłady Aktywności Zawodowej tworzone są w oparciu o:

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 21 stycznia 2000 roku o zakładach aktywności zawodowej
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 18 stycznia 2003 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie zakładów aktywności zawodowej
- Ustawę z dn. 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- Podstawę działania stanowi przede wszystkim Decyzja Wojewody o nadaniu statusu zakładu aktywności zawodowej, która wydawana jest na okres 3 lat, a także wpis jednostki prowadzącej ZAZ do odpowiedniego rejestru KRS (np. do rejestru przedsiębiorców lub rejestru organizacji pożytku publicznego).

Status zakładu aktywności zawodowej wydawany jest po uzyskaniu pozytywnych decyzji i opinii od Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Państwowej Inspekcji Pracy, opinii Starosty i Wojewody, Komendanta Straży Pożarnej, Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w przypadku konieczności uzyskania pozwolenia na użytkowanie budynku.

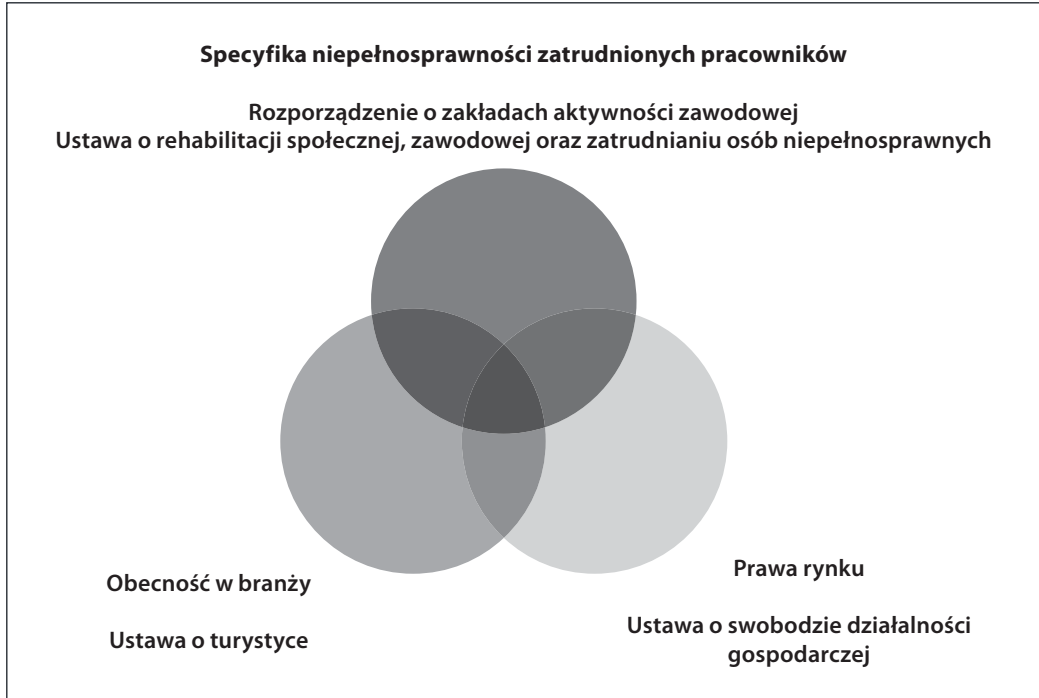
W zależności od rodzaju działalności gospodarczej niezbędne mogą być inne pozwolenia. W przypadku ZAZ-u „U Pana Cogito” jest to Decyzja Wojewody w zakresie standaryzacji obiektu. Pensjonat został poddany standaryzacji i uzyskał wpis do kategorii: Pensjonat i uzyskał liczbę gwiazdek *** (trzy gwiazdki), co daje prawo do posługiwania się nazwą Pensjonat i znakowanie liczbą gwiazdek.

Zakład aktywności zawodowej pełni funkcje rehabilitacyjne i zarobkowe, wspiera zatrudnione osoby niepełnosprawne, ale też oferuje produkty i usługi konkurując na rynku.

Poniższy rysunek przedstawia obszary działania ZAZ-u U Pana Cogito.

Od umiejętnego poruszania się w tych obszarach zależy powodzenie w zakresie społecznym i ekonomicznym.

Rys. 1 Obszary działalności zakładu aktywności zawodowej U Pana Cogito



Główne uwarunkowania zakładu aktywności zawodowej wynikające z rozporządzenia o zakładach aktywności zawodowej to:

- zakład aktywności zawodowej może zatrudniać wyłącznie osoby z orzecznym znacznym stopniem niepełnosprawności
- wymiar zatrudnienia osób niepełnosprawnych może wynosić od 0,55 etatu do 0,8 etatu
- wskaźnik zatrudnienia osób w działalności obsługowo-rehabilitacyjnej (osoby zdrowe) do osób niepełnosprawnych wynosi:
 - 3:1 dla zakładu prowadzącego działalność usługową;
 - 2,75: 1 dla zakładu prowadzącego działalność usługowo-produkcyjną;
 - 2,5: 1 dla zakładu prowadzącego działalność produkcyjną
- finansowanie działalności zakładu aktywności zawodowej odbywa się w oparciu o umowę z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o finansowanie działalności obsługowo-rehabilitacyjnej oraz z przychodów wypracowanych z prowadzonej działalności gospodarczej
- wszystkie zyski z działalności zakładu aktywności zawodowej przekazywane są na wyodrębniony zakładowy fundusz aktywności, a sposób ich wydawania jest regulowany rozporządzeniem

II. Cele działalności zakładu aktywności zawodowej „U Pana Cogito”:

Pierwszy, to cel z obszaru społecznego, ukierunkowany na rehabilitację zatrudnionych osób niepełnosprawnych z powodu choroby psychicznej:

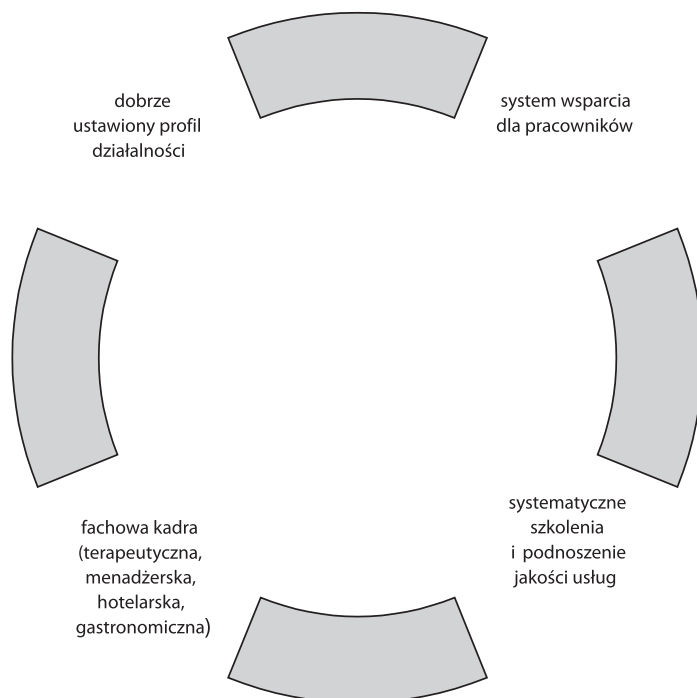
- stworzenie miejsc pracy,
- stworzenie możliwości treningu zawodowego, odbywania staży i nauki zawodu na stanowiskach: pokojowej, pomocy kuchennej, kelnera, recepcjonisty i ogrodnika,
- zmiana wizerunku społecznego osoby chorującej psychicznie, przełamywanie stereotypów i uprzedzeń społecznych,
- zmiana wizerunku samych osób niepełnosprawnych chorujących psychicznie, zmiana myślenia o samym sobie i własnych możliwościach,
- podniesienie poziomu życia i jakości życia osób chorujących psychicznie poprzez fakt pełnienia roli pracownika i otrzymywania wynagrodzenia za pracę,

Drugi cel ukierunkowany jest na obszar gospodarczy:

- generowanie przychodów i zysków, które zapewnią stabilne funkcjonowanie i rozwój naszej firmy
- osiągnięcie znaczącego udziału w krakowskim rynku usług turystycznych
- promocja turystyczna i dbanie o wizerunek miasta Krakowa i dzielnicy Dębniki

Niezwykle istotne jest zapewnienie równowagi pomiędzy celami społecznymi i gospodarczymi. Żaden z tych dwóch obszarów nie powinien ustępować swego miejsca, ani być odsuwany jako mniej ważny, zagraża to bowiem podstawom zasadom funkcjonowania firmy.

Rys. 2 Elementy wpływające na powodzenie przedsięwzięcia i harmonijny rozwój



Zakład aktywności zawodowej U Pana Cogito zatrudnia 18 osób niepełnosprawnych oraz 7 osób (6 etatów) w działalności obsługowo-rehabilitacyjnej. Osoby niepełnosprawne w zależności od predyspozycji, umiejętności i możliwości psychofizycznych zatrudnione są we wszystkich działach pensjonatu: w recepcji, kuchni, księgowości; jako pokojowe, kelnerzy, ogrodnicy. Bez wątplenia dla wszystkich zatrudnionych pracowników niepełnosprawnych praca daje poczucie siły, poczucie własnej wartości, poczucie bycia potrzebnym, poczucie godności, daje szansę na bycie zdrowszym.

Nie bez znaczenia pozostaje także oddziaływanie zakładu aktywności zawodowej na otoczenie społeczne i rynkowe. Taka współpraca to duży krok w kierunku spojrzenia na prowadzenie biznesu okiem etycznym, wzrost świadomości, że działalność firmy może być czymś więcej niż pogonią za zyskiem. Można pogodzić prowadzenie biznesu z pomaganiem osobom chorującym psychicznie. To najefektywniejsza forma pomocy.

Perspektywa organizacji pozarządowej – działalność Fundacji Hamlet

Misja i cele statutowe Fundacji Hamlet

Wizją naszej organizacji jest utworzenie długotrwałych i partnerskich relacji między użytkownikami serwisu psychiatrycznego a społecznością lokalną, instytucjami pomocy i lecznictwa, pracodawcami, kościołem, mediami. Fundacja chce, aby osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne miały swoje miejsce w społeczeństwie i mogły skutecznie przeciwstawiać się marginalizacji i stygmatyzacji często towarzyszącym chorym psychicznie.

Celem statutowym Krakowskiej Fundacji Hamlet jest wszechstronna pomoc chorym psychicznie w organizacji mieszkań, pracy i życia w społeczeństwie, w egzekwowaniu prawa do adekwatnej opieki zdrowotnej oraz wspieranie ich rodzin w uzyskiwaniu pomocy ze strony wszelkich właściwych organów państwowych i samorządowych oraz organizacji społecznych. Wyznaczony cel Fundacja realizuje od 12 lat poprzez programy wsparcia środowiskowego i integracji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Fundacja prowadzi działalność w następujących obszarach:

- Środowiskowy dom samopomocy dla chorych psychicznie przy ul. Józefa 1 w Krakowie. Od początku istnienia (1995) placówka jest współprowadzona przez stowarzyszenie samopomocowe „Braterstwo Serc” (obecnie „Nowe Braterstwo”), organizację zrzeszającą osoby dotknięte chorobą psychiczną.
- Przedstawiciele Fundacji Hamlet uczestniczą czynnie w opracowaniu standardów środowiskowych domów samopomocy, w warsztatach i konferencjach poruszających tę problematykę. Dom jest również ośrodkiem poradnictwa socjalnego, zawodowego i psychologicznego, połączonym funkcjonalnie z firmą socjalną.
- Firma socjalna – kawiarnia „Cafe Hamlet” przy ul. Miodowej 9 w Krakowie powołana i finansowana od 1994 przez Fundację Hamlet jest miejscem zatrudnienia, zarobkowania i nauki zawodu dla pracowników niepełnosprawnych psychicznie, opuszczających warsztaty terapii zajęciowej lub środowiskowe domy samopomocy. Dzięki uczestnictwu w programie EQUAL „Akademia Przedsiębiorczości” kawiarnia może oferować grupom wykluczonym z rynku pracy zatrudnienie przejściowe, dostosowane do indywidualnych możliwości, wsparcie psychologiczne i socjalne, staże w warunkach zbliżonych do zwykłego zakładu pracy, zdobycie konkretnych umiejętności zawodowych, jak również pomoc trenera zatrudnienia wspieranego przy próbach podjęcia pracy na otwartym rynku.
- Galeria Sztuki „Sienna 5”, działająca w latach 1997- 2004, promowała twórczość artystów chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie oraz krakowskich artystów profesjonalnych,
- Mieszkanie chronione (od 2004), przy ul. Gen B. Zielińskiego, przeznaczone dla osób przewlekle chorych psychicznie, zagrożonych eksmisją, lub wymagających okresowej pomocy terapeutycznej i socjalnej w miejscu zamieszkania,

Krakowska Fundacja Hamlet aktywna jest ponadto w następujących dziedzinach:

- organizacji licznych szkoleń, konferencji i wizyt studyjnych w kraju i zagranicą,
- prowadzeniu szkoleń dla organizacji pozarządowych i instytucji publicznych w zakresie zdrowia psychicznego,
- szkoleniu wolontariuszy, współpracy z uczelniami i szkołami pracowników socjalnych,
- pozyskiwaniu środków na działalność Fundacji, współpracy z innymi organizacjami i instytucjami przy zdobywaniu dotacji.

Działalność placówek Fundacji Hamlet

Środowiskowy Dom Samopomocy – jego celem jest zapewnienie oparcia społecznego i poprawa jakości życia osób cierpiących na przewlekłe schorzenia psychiczne. Działający od 1995 roku Dom przy ul. Józefa 1 w Krakowie dostarcza wsparcia około 45 dorosłym, użytkownikom serwisu psychiatrycznego, mieszkającym na terenie gminy Kraków. (ŚDS typ A). Zasadnicze elementy tej pomocy to rehabilitacja społeczna i zawodowa, przygotowanie do podjęcia pracy, tworzenie sieci samopomocy i wzajemnego wsparcia, organizowanie różnorodnych zajęć na bazie pracowni: artystycznej, krawieckiej, komputerowej, kulinarnej, językowej. Dom zapewnia pomoc psychologiczną i porady pracowników socjalnych oraz konsultację psychiatryczną. W roku 2004 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie wydał dwadzieścia sześć decyzji administracyjnych przyznających miejsce w ŚDS przy ul. Józefa 1. Prócz tego dom udziela pomocy i wsparcia chorym, którzy uczęszczają okresowo lub zamieszkują poza terenem Krakowa (bez decyzji MOPS).

Do najważniejszych zadań Domu należy:

- Trening umiejętności społecznych (prawidłowego komunikowania się w obrębie grupy, gospodarowania budżetem, kontrolowania zachowań agresywnych, pracy na rzecz innych i wolontariatu w grupie samopomocy)
- Przeprowadzenie okresowej oceny stanu psychicznego (konsultacja psychiatryczna i psychologiczna, monitorowanie postępów w rehabilitacji)
- Odwiedziny na terenie domów użytkowników i nawiązywanie kontaktów z rodzinami chorych,
- Terapia zajęciowa w pracowniach: kulinarnej, krawieckiej, artystycznej, komputerowej, języka angielskiego
- Wyjścia do kina i teatru, spacer, rekreacja, wycieczki
- Organizacja imprez i świąt.
- Udział użytkowników ŚDS w imprezach integracyjnych, szkoleniach i konferencjach.

Informacja o uczestnikach:

- wiek: od 18 – 30 lat: 5 osób, od 31 – 50 lat: 22 osoby, powyżej 50 lat: 18 osób,
- liczba osób ubezwłasnowolnionych: 1,
- miejsce zamieszkania: gmina Kraków, sąsiednie gminy,
- status materialny: niski,
- aktywność zawodowa: 85% pobiera świadczenia rentowe, 15% pracuje zawodowo,
- płeć: procent kobiet: 35%, mężczyźni: 65%.

Znaczący jest udział użytkowników w prowadzeniu placówki: prowadzą oni dyżury popołudniowe i sobotnie, są rzecznikami praw pacjentów psychiatrycznych, pomagają w sprawowaniu opieki nad dziećmi. Użytkownicy ŚDS odwiedzają kolegów i koleżanki w trakcie hospitali-

zacji w szpitalu psychiatrycznym im. J. Babińskiego oraz zaważą posiłki podopiecznym, którzy z uwagi na stan zdrowia nie mogą samodzielnie przychodzić do ŚDS. Grupa użytkowników podjęła się także ponownej rejestracji swojej organizacji samopomocowej pod nazwą „Nowe Braterstwo”, dzięki ich staraniom stowarzyszenie uzyskało wpis do Krajowego Rejestru Sądowego z dniem 30 grudnia 2004. Obecnie stowarzyszenie prowadzi własną działalność na terenie placówki: zajmuje się organizacją posiłków, finansuje kurs języka angielskiego i kurs tańca towarzyskiego. W III Małopolskim Turnieju Tańca Towarzyskiego środowiskowych domów samopomocy reprezentanci placówki zdobyli puchar przechodni oraz wszystkie nagrody.

Firma socjalna „Cafe Hamlet”

Krakowska Fundacja Hamlet od 1994 roku realizuje projekt aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Bieżący rok jest kolejnym etapem rozwoju projektu firmy socjalnej, służącej integracji zawodowej pracowników niepełnosprawnych psychicznie. W jego ramach kontynuowano szkolenia przygotowujące do podjęcia zatrudnienia, naukę konkretnych umiejętności z zakresu gastronomii. Szkolono również personel merytoryczny, czyli asystentów osób z zaburzeniami psychicznymi. Przygotowano zaplecze terapeutyczne obejmujące grupę wsparcia, pomoc psychologiczną i socjalną, oraz doradztwo zawodowe. Szkolenie praktyczne dotyczyło w szczególności usług cateringowych i odbywało się we współpracy z Zespołem Szkół Gastronomicznych i Wydziałami Polityki Społecznej szczebla miejskiego, wojewódzkiego i województwa samorządowego.

W ciągu ostatniego roku Fundacja zrealizowała następujące zadania w zakresie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi:

Fundacja przystąpiła do Programu IW Equal: „Akademia Przedsiębiorczości”, którego celem jest rozwój alternatywnych form zatrudnienia dla osób wykluczonych na rynku pracy, do których zalicza się beneficjentów Fundacji,

- Na bazie doświadczeń firmy socjalnej – „Cafe Hamlet” i dzięki współpracy z Zespołem Szkół Gastronomicznych przeprowadzono kolejny cykl szkoleń przygotowujących do pracy w gastronomii 12 osób niepełnosprawnych z powodu przewlekłej choroby psychicznej,
- W grupie tej wyodrębniono pracowników wymagających szczególnego wsparcia ze strony psychologa i zakwalifikowano ich do uczestnictwa w grupie wsparcia,
- W trakcie projektu dokonywano ewaluacji postępów pracowników niepełnosprawnych w zakresie: umiejętności zawodowych, opanowania poszczególnych czynności, punktualności, sumienności, higieny osobistej, umiejętności interpersonalnych, odporności na stres,
- Stworzono realną szansę podjęcia pracy zarobkowej przez osoby niepełnosprawne psychicznie,
- Nastąpił dalszy rozwój zaplecza szkoleniowego w firmie socjalnej,
- Nawiązano współpracę z innymi instytucjami i z pracodawcami w celu stworzenia nowych miejsc pracy wspomaganej (poza firmą socjalną) i przezwyciężenia stereotypu osoby niepełnosprawnej psychicznie jako nieprzydatnej na rynku pracy,
- Przygotowano personel merytoryczny do zawodu trenera pracy wspomaganej (indywidualnego asystenta), poprzez program intensywnych szkoleń i wizyt studyjnych, oraz warsztaty psychologiczne ukierunkowane na pracę z tzw. klientem trudnym,
- Podjęto stałą współpracę i wymianę doświadczeń z innymi organizacjami zajmującymi się rehabilitacją społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych psychicznie i intelektualnie w Polsce i zagranicą,

- Działalność Fundacji w tym zakresie znalazła odzwierciedlenie w „Podręczniku Dobrych Praktyk” wydanym nakładem FISE w październiku 2004 oraz w podręczniku „Gospodarka społeczna a zatrudnienie osób chorych psychicznie”, wydanego nakładem Stowarzyszenia Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej w maju 2005 roku.

Mieszkanie chronione

Celem utworzonego przez Fundację Hamlet mieszkania chronionego przy ul. Generała Zielińskiego jest zapewnienie oparcia społecznego i poprawa jakości życia mieszkańców Krakowa cierpiących na przewlekłe schorzenia psychiczne. Sytuacja mieszkaniowa w zakresie zabezpieczenia potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudna i wymaga podjęcia szybkich działań.

Chorzy zamieszkujący na terenie gminy Kraków są zagrożeni utratą dotychczasowego lokum z różnych powodów:

- wynajmowania mieszkań w zasobach prywatnych (jest na nich wywierana presja właścicieli kamienic, aby się wyprowadzili),
- brak przystosowania społecznego, słaby kontakt z realnością, co manifestuje się nie uiszczaniem płatności za czynsz i media w terminie oraz zaniedbywaniem zajmowanego lokalu,
- konflikty,
- niewydolność rodzinnego systemu oparcia,
- śmierć opiekunów,
- samotność,
- ubóstwo i związana z tym marginalizacja,
- bezrobocie,
- beczynność,
- brak struktury dnia,
- niezaradność,
- brak alternatywy w środowiskowym systemie wsparcia, poza skierowaniem do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej.

Wiadomo, że przy odpowiednim wsparciu chorzy psychicznie, nawet z głębokimi zaburzeniami, nie muszą przebywać w domach pomocy społecznej, gdyż ta forma jest bardzo droga, a ponadto prowadzi do izolacji, utraty umiejętności społecznych i uzależnienia od instytucji. Skuteczniejszym rodzajem pomocy jest pobyt w mieszkaniu chronionym na terenie miasta. W utworzonym przez Fundację Hamlet w roku 2003 mieszkaniu przebywa obecnie 6 osób. Skierowanie do mieszkania na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej jest uzależnione od aktualnej sytuacji życiowej i materialnej osoby chorej, stanu jej zdrowia i poziomu funkcjonowania społecznego, potwierdzonych wywiadem środowiskowym. Zasadniczymi elementami pomocy udzielanej mieszkańcom są:

- możliwość zamieszkania we w miarę komfortowych warunkach,
- prawie całkowite wyposażenie lokalu w sprzęty, meble, urządzenia sanitarne itp.,
- zapewnienie stałej opieki terapeutycznej przez team wizytujący,
- intensywny trening społecznych umiejętności,
- pomoc socjalna.

Zadbano o utrzymanie równowagi pomiędzy koniecznością podporządkowania się przez mieszkańców przyjętym normom i regulaminom, a ich prawem do niezależności, tak aby uniknąć pułapki tworzenia kolejnej instytucji. Udokumentowaniem prowadzonej działalności merytorycznej jest księga odwiedzin prowadzona przez team wizytujący, w której odnotowywane są wszystkie wydarzenia i problemy dotyczące mieszkania chronionego.

Partnerzy Fundacji Hamlet

Krakowska Fundacja Hamlet współpracuje z następującymi podmiotami:

- Wydziałem Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, który jako administracja rządowa przekazuje do gminy środki finansowe na utrzymanie środowiskowych domów samopomocy i organizuje konkursy grantowe na dofinansowanie projektów z zakresu pomocy społecznej. Wydział zajmuje się również wdrażaniem standardów i organizuje szkolenia oraz współpracę w obrębie sieci ŚDS-ów na terenie całego województwa.
- Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej – który jest instytucją zarządzającą projektem Partnerstwa na Rzecz Rozwoju „Akademia Przedsiębiorczości. Rozwój alternatywnych form zatrudnienia” w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL. Od sierpnia 2004 Fundacja Hamlet nawiązała współpracę z ROPS przy realizacji tego projektu. Fundacja uczestniczy również w programie ROPS współpracy polsko-flamandzkiej w zakresie rozwoju form pomocy społecznej.
- Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Krakowie, który przekazuje środki z administracji rządowej na prowadzenie środowiskowego domu samopomocy oraz z gminy, na prowadzenie mieszkania chronionego. MOPS wydaje też decyzje administracyjne osobom korzystającym z tych form wsparcia i nadzór merytoryczny i finansowy na podstawie kwartalnych sprawozdań oraz wizyt kontrolnych. Fundacja Hamlet współpracuje również z pracownikami filii MOPS na terenie całego miasta.
- Inni partnerzy organizacji to: Policealne Studium Pracowników Służb Społecznych, którego słuchacze mają stały odcinek szkoleniowy w placówkach Fundacji i pełnią rolę wolontariuszy wspomagając działania użytkowników Fundacji, sąsiadująca parafia pod wezwaniem Bożego Ciała, sieć środowiskowych domów samopomocy w Małopolsce, liczne organizacje pozarządowe w Polsce i zagranicą, a przede wszystkim założyciele Fundacji – Hamlet Trust z Wielkiej Brytanii.
- Fundacja im. Stefana Batorego w Warszawie, dzięki której Fundacja otrzymała grant instytucjonalny na rozwój działalności statutowej, umożliwiający zrealizowanie wielu działań, zwłaszcza zapoznanie się z funkcjonowaniem firm socjalnych w Europie Zachodniej i w ślad za tym przystąpienie do inicjatywy wspólnotowej EQUAL.
- Profesjonaliści – psychiatry i psycholodzy prowadzący leczenie ambulatoryjne użytkowników w przychodniach rejonowych, Klinice Psychiatrii i w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Babińskiego w Kobierzynie.



ISBN: 83 – 60242 – 05 – 4