



## OPIS PRODUKTU FINALNEGO

### PROJEKTU INNOWACYJNEGO TESTUJĄCEGO „PRZYJAZNY ŚWIAT”

**Temat innowacyjny:** Poszukiwanie nowych, skutecznych metod aktywizacji zawodowej i społecznej grup docelowych wymagających szczególnego wsparcia

**Nazwa projektodawcy:** Fundacja Inicjatyw Menedżerskich

**Tytuł projektu:** „Przyjazny świat”

**Numer umowy:** 07.01.01.06-353/11

## SPIS TREŚCI

I. WPROWADZENIE.....	3
II. NAZWA PRODUKTU FINALNEGO.....	3
III. ELEMENTY SKŁADAJĄCE SIĘ NA PRODUKT FINALNY.....	3
IV. PROBLEM, NA KTÓRY ODPOWIADA INNOWACJA.....	10
1. DO ROZWIĄZANIA JAKIEGO PROBLEMU PRZYCZYNIĄ SIĘ PRODUKT FINALNY.....	10
2. DO ROZWIĄZANIA PROBLEMU JAKIEJ GRUPY SPOŁECZNEJ PRZYCZYNIĄ SIĘ PRODUKT FINALNY .....	12
3. CO NOWEGO WNOSI PRODUKT FINALNY? .....	14
V. UŻYTKOWNICY, KTÓRZY MOGĄ ZASTOSOWAĆ INNOWACJĘ.....	15
VI. DZIAŁANIA I NAKŁADY KONIECZNE DO WDROŻENIA INNOWACJI.....	15
VII. DOSTĘPNOŚĆ PRODUKTU FINALNEGO DLA JEGO PRZYSZŁYCH UŻYTKOWNIKÓW.....	16
VIII. ZMIANY W ZAKRESIE STRATEGII UPOWSZECHNIANIA.....	16
IX. ZMIANY W ZAKRESIE STRATEGII WŁĄCZNIĄ DO GŁÓWNEGO NURTU.....	16
X. Załączniki.....	16

## I. WPROWADZENIE

W ramach projektu realizowanego przez Fundację Inicjatyw Menedżerskich i Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego opracowano i wdrożono nowatorską metodę aktywizacji i reintegracji osób chorych psychicznie w wieku 15-25 lat.

Metoda testowana była od czerwca 2013 roku do listopada 2014 roku przez 40 terapeutów z Powiatowych Ośrodków Wsparcia, Środowiskowych Domów Samopomocy i Domów Pomocy Społecznej z województwa lubelskiego. W procesie testowania wzięło udział 80 osób z zaburzeniami psychicznymi w wieku 15-25 lat.

Prezentowany poniżej produkt finalny jest zgodny z opisem zawartym w Strategii Projektu Innowacyjnego Testującego w zakresie celu ogólnego, celów szczegółowych, wskaźników, grupy docelowej, metodologii pracy pośredników.

Jednak w wyniku szczegółowej obserwacji procesu testowania oraz przeprowadzonej ewaluacji produktu, autorzy innowacji zdecydowali się na wprowadzenie zmian, o których mowa w *Załączniku nr 1*.

Wprowadzone korekty uwzględniają sugestie użytkowników, psychologów i lekarzy psychiatrów.

## II. NAZWA PRODUKTU FINALNEGO

Produkt finalny to nowatorska metoda skutecznej aktywizacji i integracji chorych psychicznie w wieku 15-25 lat oparta na skrajnie zindywidualizowanym podejściu i ścisłej współpracy na linii chory-opiekun- lekarz- rodzina.

## III. ELEMENTY SKŁADAJĄCE SIĘ NA PRODUKT FINALNY

Produkt składa się z 2 elementów:

- metodyka wsparcia osób chorych psychicznie;
- scenariusze postępowań.

Metoda zakłada dwie ścieżki wsparcia w zależności od poziomu potencjału intelektualnego beneficjenta:

- grupa A - osoby chorujące psychicznie o potencjale intelektualnym w normie;
- grupa B -osoby chorujące o obniżonym potencjale intelektualnym (wynikającym z samej choroby bądź dodatkowo występującego upośledzenia).

Produktami pośrednimi są instrukcje postępowania dla rodzin, nauczycieli i pracodawców pozwalające na włączenie chorych do pełni życia oraz metodyka zarządzania potencjałem pracowniczym osób w wieku 15-25 lat, która przeznaczona jest dla pracodawców. Pracodawcy otrzymują do rąk podręcznik zarządzania pracownikami - osobami chorymi psychicznie w wieku 15-25 lat w zakresie m.in. planowania zatrudnienia, rekrutacji, adaptacji do pracy i sposobów oceniania.

Ważnym elementem produktu są materiały zawierające praktyczne wytyczne dla terapeutów oraz innych osób pracujących z osobami chorującymi.

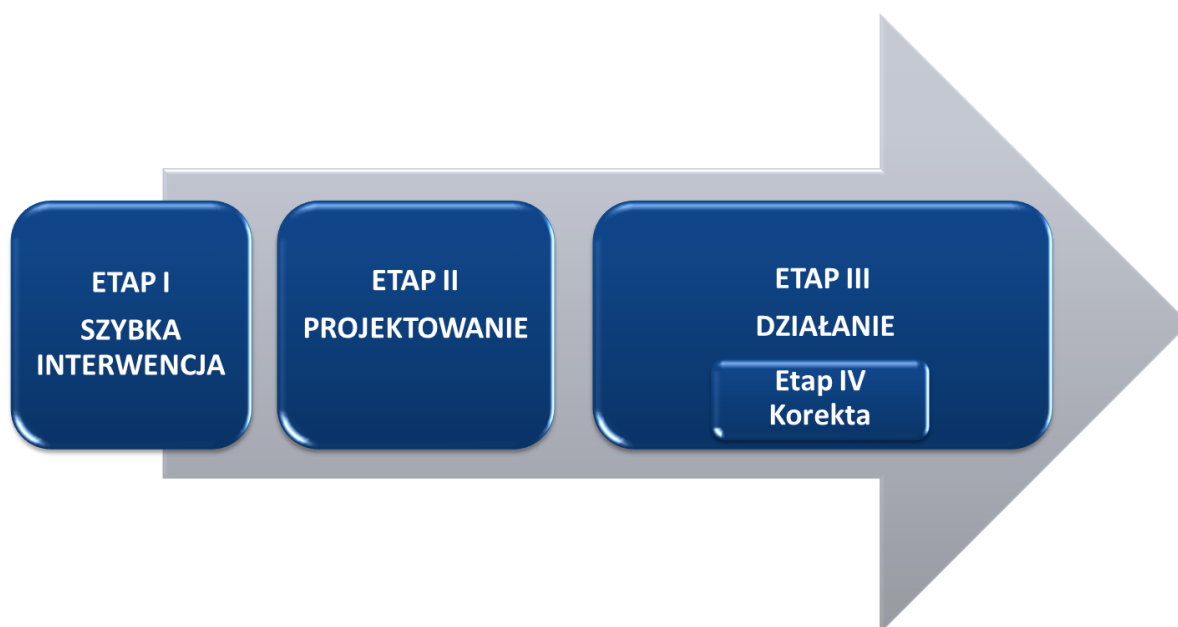
Materiały opracowane w pierwszym etapie projektu:

1. Współpraca opiekuna z lekarzem osoby chorującej.
2. Współpraca opiekuna z osobą chorującą psychicznie.
3. Podręcznik dla pracodawców: Zarządzanie osobą chorującą psychicznie.

Dodatkowe materiały będące wynikiem doświadczeń zebranych w trakcie testowania projektu:

1. Współpraca terapeuty z rodzinami osób chorujących.
2. Określanie i utrzymywanie granic w procesie terapeutycznym.
3. Praca z osobą chorującą. Nowy rozdział: „Praktyczne wskazówki dla opiekunów”
4. Etap III: Działanie\_ grupa A. Nowy rozdział: Metody redukcji stresu.
5. Etap III: Działanie\_ grupa A. Nowy rozdział: Samodyscyplina i budowanie nawyków.

Nowa metoda aktywizacji i integracji oparta jest na 4 etapach. Etapy procesu, przez który przechodzi grupa B, są takie same jak dla grupy A. Różnice polegają na doborze narzędzi dostosowanych do specyfiki beneficjentów. Decyzja o zakwalifikowaniu podopiecznego do grupy A (osoby z normą intelektualną), bądź grupy B (osoby o obniżonym potencjale intelektualnym), oparta jest o specjalnie stworzonym „**Narzędziu diagnostycznym do oceny funkcjonowania poznawczego**”.



### **Etap I – Szybka interwencja.**

W trakcie pierwszego, bądź kolejnych pobytów w szpitalu, i po uzyskaniu zgody chorego lub jego prawnego opiekuna, chorym wspólnie z lekarzem zajmuje się wcześniej przygotowany z wiedzy psychiatrycznej, coachingowej, rozwoju zasobów ludzkich opiekun. Opiekun diagnozuje problemy, bada oczekiwania i bilansuje zdolności oraz talenty. Terapeuta pełniący rolę opiekuna niejako „przejmuje” opiekę nad osobą chorą od lekarza prowadzącego.

Na tym etapie procesu opiekun osoby chorej ma za zadanie:

- I. Zebrać informację na temat aktualnej kondycji psychofizycznej podopiecznego.
- II. Dokonać diagnozy potencjału podopiecznego, w tym we współpracy z rodziną, bądź prawnym opiekunem.
- III. Opracować scenariusz postępowania z podopiecznym, który stanowić będzie wskazówkę dla otoczenia chorego (rodziny, nauczycieli, przyszłego pracodawcy), ułatwiając utrzymanie możliwie najlepszych relacji z osobą chorą.

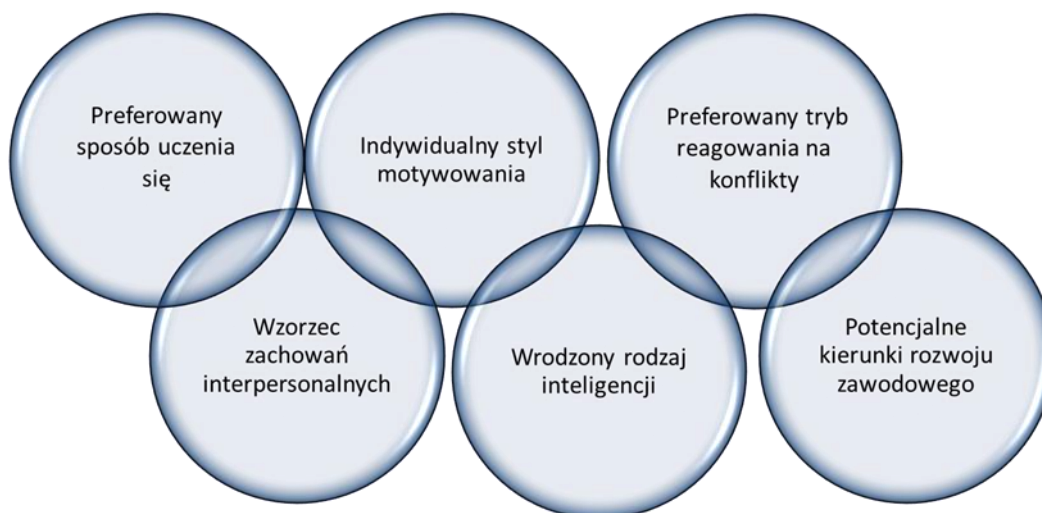
Diagnoza potencjału przeprowadzana w trakcie pierwszego etapu zawiera oddzielne zestawy narzędzi dla dwóch grup wiekowych:

- Osoby w wieku szkolnym 15 - 18 lat
- Osoby pełnoletnie w wieku 19 - 25 lat

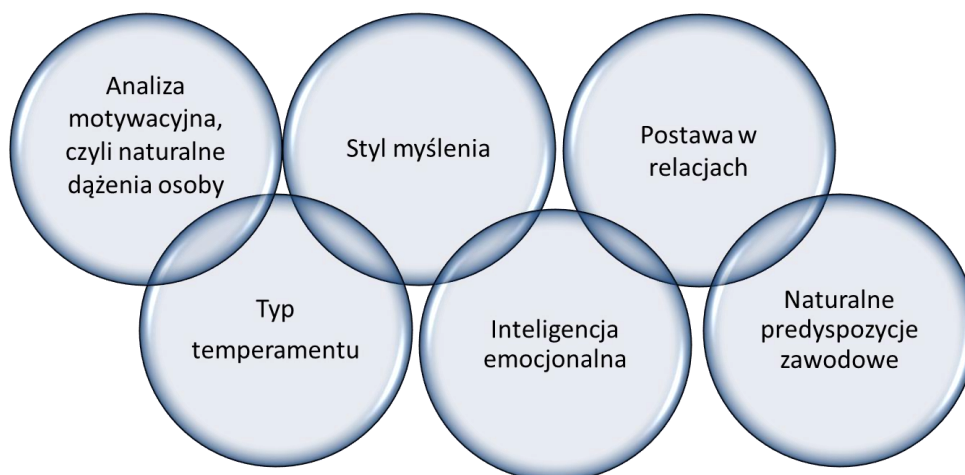
W przypadku pierwszej grupy beneficjentów – osób w normie intelektualnej, wyniki diagnozy pozwolą odpowiedzieć na 6 kluczowych pytań związanych z naturalnymi predyspozycjami oraz potrzebami młodej osoby:

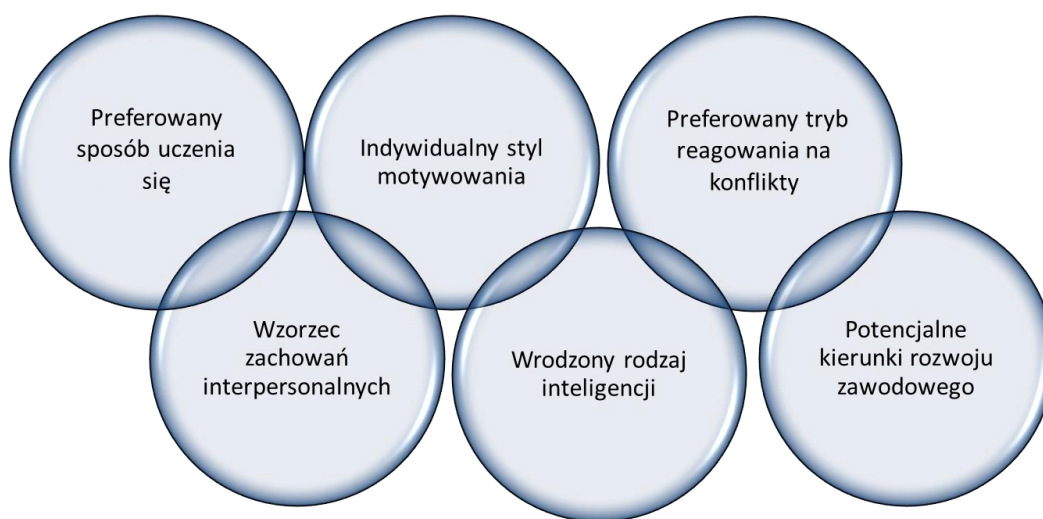
lp.	<b>Osoby w wieku szkolnym 15 - 18 lat</b>	<b>Osoby pełnoletnie w wieku 19 - 25 lat</b>
1	STYLE REPREZENTACJI, czyli preferowany sposób uczenia się osoby.	SPOSÓB MYŚLENIA, czyli styl, w jaki sposób osoba zarządza swoimi myślami.
2	MOTYWACJA, czyli indywidualny styl motywowania	MOTYWACJA / WARTOŚCI, czyli co motywują osobę do działania.
3	REAKCJA NA KONFLIKTY, czyli sposób, w jaki osoba radzi sobie z różnicami.	POSTAWA W RELACJACH, czyli sposób, w jaki osoba komunikuje się z innymi.
4	WZORZEC INTERPERSONALNY, czyli sposób budowania relacji i innymi ludźmi.	TYP TEMPERAMENTU, czyli dominujący typ zachowań u osoby oraz sposób, w jaki potrzebuje odpoczywać.
5	RODZAJE INTELIGENCJI, czyli neurologiczne predyspozycje osoby.	INTELIGENCJA EMOCJONALNA, czyli umiejętność oceny i rozumienia emocji.
6	PREDYSPOZYCJE ZAWODOWE, czyli jaki typ zajęć preferuje osoba.	PREDYSPOZYCJE ZAWODOWE, czyli potencjalne kierunki rozwoju kariery zawodowej.

### Obszary diagnozy dla osób w wieku 15-18 lat



### Obszary diagnozy dla osób w wieku powyżej 19 lat

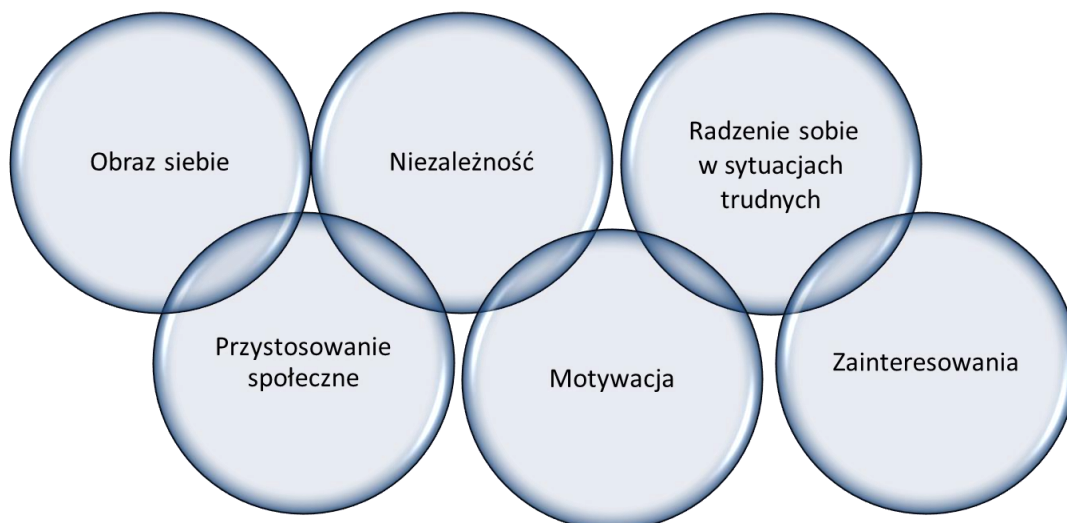




W drugiej grupie beneficjentów – osób o obniżonym potencjale intelektualnym, wyniki diagnozy pozwolą opisać funkcjonowanie osoby w 6 obszarach:

1. **OBRAZ SIEBIE** – jaki stosunek do samego siebie ma osoba? Jak widzi się w relacji do innych? Co zrobić, żeby jej samoocena była adekwatna?
2. **NIEZALEŻNOŚĆ** – na ile osoba potrafi i może decydować o sobie? W jakich obszarach jest niesamodzielna? Jak pomóc jej zwiększać poziom odpowiedzialności?
3. **RADZENIE SOBIE W SYTUACJACH TRUDNYCH** – jak najczęściej osoba reaguje na stres w trudnych sytuacjach? Co zrobić, by podejmowała konstruktywne działania?
4. **PRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE** – na ile osoba jest zaradna, umie odnaleźć się w społeczeństwie? Czy ma satysfakcjonujące relacje? Co może zrobić otoczenie, by wspierać osobę?
5. **MOTYWACJA** – co skłania osobę do aktywności? Jakie postępowanie pomoże utrzymać motywację do osiągnięcia celów?
6. **ZAINTERESOWANIA** – jakie aktywności preferuje osoba? Jakie ma talenty? Jak można wykorzystać ten potencjał w aktywizacji społeczno – zawodowej.

Obszary diagnozy osób o obniżonym potencjale intelektualnym.



**Etap II Projektowanie** – składa się z trzech części:

1. Pomoc osobie chorej w określeniu celu głównego w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej oraz sposobów jego realizacji.
2. Zdefiniowanie możliwie najszerszej listy osób i instytucji, które potencjalnie mogą udzielić pomocy podopiecznemu wraz z możliwym zakresem tej pomocy.
3. Pomoc osobie chorej w opracowaniu szczegółowego planu działania – podzielonego na mniejsze etapy z określonymi terminami realizacji oraz wskazaniem osób / instytucji wspierających, które będą brały udział na poszczególnych odcinkach pracy.

Na etapie projektowania opiekun doprowadza również do określenia potencjalnych sposobów realizacji celu głównego (jakim jest oczywiście aktywizacja i reintegracja chorego). Mając określony cel, oszacowane możliwości rodziny chorego oraz informacje na temat realnych możliwości wsparcia ze strony osób i instytucji, opiekun pomaga podopiecznemu opracować szczegółowy plan działania na najbliższe miesiące.

**Etap III Działanie** – mając gotowy plan działania dla osoby chorej oraz mierniki jego skuteczności opiekun rozpoczyna proces jego wdrażania.

Na etap działania składają się trzy równoległe prowadzone procesy:

1. Prowadzenie regularnych sesji coachingowych z podopiecznym.
2. Koordynowanie osób / instytucji zaangażowanych we wspieranie osoby chorej.
3. Bieżący monitoring postępów w zakresie realizacji planu.

Opiekun spotyka się regularnie z podopiecznym (minimum raz na tydzień po półtorej godziny) na sesje prowadzone metodami coachingowymi. Celem spotkań jest systematyczny rozwój w kierunku wyznaczonych celów oraz omawianie bieżących trudności życiowych. Etap Działania zawiera również szereg narzędzi do rozwoju

Jednocześnie, równoległe do spotkań z podopiecznym, opiekun koordynuje pracę osób i instytucji biorących udział w procesie wsparcia osoby chorej.

Opiekun jest odpowiedzialny za czuwanie nad całym procesem coachingowym, wobec czego stale monitoruje postępy podopiecznego w zakresie ustalonego planu. Weryfikuje, czy zaplanowane działania faktycznie przyczyniają się do osiągnięcia rezultatów.

W przypadku, kiedy pierwotnie ustalony plan działań nie przybliży podopiecznego do jego celu, opiekun dokonuje oceny sytuacji i doprowadza do weryfikacji planu.

**Etap IV Korekta** – zakłada następujące działania ze strony opiekuna:

1. Cykliczny przegląd postępów podopiecznego w zakresie założonych celów (poza bieżącym monitorowaniem postępów w realizacji planu opiekun ma za zadanie dokonywać cyklicznych „przeglądów” procesu wsparcia).
2. Ocenę postępów oraz projektowanie ewentualnych działań korygujących (w przypadku dostrzeżenia, że założone metody realizacji celu nie pozwalają go osiągnąć, opiekun wspólnie z podopiecznym i rodziną przeprojektowują plan działania)
3. Kontynuację działań zgodnie z pierwotnym planem bądź wdrażanie działań naprawczych (po ewentualnej korekcie planu następuje jego wdrożenie według dotychczasowego modelu pracy z podopiecznym).

W przypadku zadawalających rezultatów dotychczasowych działań plan pozostaje niezmienny i jest dalej realizowany zgodnie z założeniami.

Zalecane jest, aby terapeuta miał pod swoją opieką od 3 do 5 osób.

Należy podkreślić, iż wsparcie chorych będzie miało charakter nieprzerwany, gdyż pomiędzy etapami pracy chorego i opiekuna wsparcie będzie miało miejsce m.in. w domu, w pracy i szkole. Osoby bliskie i współpracujące z chorymi otrzymają scenariusze ze wskazówkami do pracy z chorymi, pokazujące m.in. jak motywować chorych, jak układać relacje, jak angażować do codziennych spraw.

#### IV. PROBLEM, NA KTÓRY ODPOWIADA INNOWACJA

##### 1. Do rozwiązania jakiego problemu przyczynia się produkt finalny?

Opracowana i wdrożona innowacja była odpowiedzią na problemy związane z niewystarczająco skutecznymi i efektywnymi metodami wspierania chorych psychicznie w wieku 15-25 lat, które pozwalałyby im na normalne funkcjonowanie w życiu społecznym oraz ułatwiałyby wejście, bądź powrót na rynek pracy. W projekcie podjęliśmy także próbę poprawy jakości życia grupy osób, które z powodu swojej choroby doświadczają stygmatyzacji społecznej i izolacji zawodowej.

Odwołując się do wyników diagnozy przeprowadzonej w trakcie pierwszego etapu realizacji projektu „Przyjazny świat” można stwierdzić, iż chory psychicznie to osoba biedna, samotna, niechciana, odepnięta, bezrobotna i bez szans na lepszą przyszłość. Większość cierpiących na choroby psychiczne utrzymuje się z renty inwalidzkiej. Zaledwie 2% pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin. Istotnym problemem w sferze zdrowia psychicznego Polaków są zachorowania osób młodych na najpoważniejszą chorobę jaką jest schizofrenia. Pierwsze objawy schizofrenii pojawiają się u mężczyzn w wieku 15-24 lata, a u kobiet 23-34 lata. Choroba ta powoduje dezaktywację pacjentów i uniemożliwia im zdobycie wykształcenia oraz zdecydowanie ogranicza szanse na znalezienie zatrudnienia, a niewielka renta inwalidzka nie pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb.

Chory psychicznie w Polsce to osoba „podwójnie samotna”. Samotna, bo pojawienie się choroby w młodym wieku stanowi przeszkodę w założeniu rodziny. Ponadto - zgodnie z polskim prawem - osoba chora psychicznie, aby mogła zawrzeć związek małżeński musi uzyskać zgodę sądu. Niewątpliwie stanowi to utrudnienie w założeniu rodziny. Chory psychicznie jest samotny i niechciany, bo nie akceptuje go społeczeństwo. Cytując wyniki badań CBOS *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie* dotyczących funkcjonowania chorych psychicznie w społeczeństwie należy stwierdzić, iż w Polsce ciągle występuje niechęć wobec takich osób, a przyzwolenie na przymusowe leczenie postrzegane jako „najlepsza” forma terapii. O stosunku społeczeństwa do osób chorych psychicznie świadczy chociażby słownictwo jakiego używa się do ich określenia. W określaniu osób chorych psychicznie podkreśla się ich odmiennność, niższy potencjał intelektualny, niepełnosprawność. Wyobrażenia społeczeństwa o osobach chorych psychicznych sprowadzają się do stwierdzenia, że prawie wszyscy zachowują się niezrozumiale, przejawiają niepokój, zaniedbują wygląd i higienę osobistą, są zubożeni na własny los, uważają się za kogoś kim nie są. Kwestia przymusowego leczenia osoby chorej psychicznie spotyka się w Polsce z dużą aprobatą. Jednak najbardziej niekorzystnym zjawiskiem dla chorych psychicznie jest dystansowanie się od nich. Uruchamianych jest wiele procesów psychologicznych i społecznych, które marginalizują pozycję chorego, opóźniają i osłabiają możliwości udzielenia mu skutecznej pomocy, a niekiedy utrwalają nieprzystosowanie do życia społecznego. Jest to tym bardziej niebezpieczne, że osoby chore często same przejawiają skłonność do wycofywania się, wynikającą z przeżywanych zaburzeń. Doświadczenia kliniczne wskazują, że obie te tendencje – dystansowanie się otoczenia i własne wycofywanie się – skutecznie spychają byłego pacjenta na marginesy społeczności. Osoba chora psychicznie to osoba bezrobotna. Hubert Kaszyński w swojej publikacji *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji*

*pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy* podaje trzy podstawowe powody wykluczania chorujących psychicznie z rynku pracy:

- niedostateczna ilość miejsc pracy zdolnych do zapewnienia zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb beneficjentów,
- zjawisko stygmatyzacji i dyskryminacji,
- długotrwała zależność od pasywnych form pomocy społecznej oraz zależność od własnych rodziców.

W odpowiedzi na trudną sytuację osób młodych z zaburzeniami psychicznymi wiele instytucji publicznych i pozarządowych podejmuje cenne inicjatywy w zakresie ich rehabilitacji społeczno-zawodowej / np. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, programy oparte na zasadach systemu zatrudniania wspomagane - supported employment, treningi pracy, szkolenia, staże etc/.

Jednakże w aktualnych realiach społeczno - polityczno - gospodarczych Polski obserwuje się rozproszenie podejmowanych środków wsparcia osób chorych psychicznie (brak koordynacji działań medycznych, profilaktycznych, wychowawczych, edukacyjnych, kompetencji osób i instytucji, brak sieci różnorodnych komplementarnych form profilaktyczno-edukacyjnych, socjalnych, incydentalny charakter różnych inicjatyw społecznych). Także współpraca z rodziną oraz różnymi placówkami świadczącymi specjalistyczną pomoc jest, w wielu wypadkach, sporadyczna i mało efektywna. Masowa profilaktyka środowiskowa, tworzona często na potrzeby ogólnych założeń dotyczących praw osób chorych psychicznie, także nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Oferta programów edukacyjnych dla młodzieży chorej psychicznie, mająca charakter wczesnej interwencji czy psychoedukacji, jest obecnie wysoce niewystarczająca. Zidentyfikowane programy w większości nie posiadają udokumentowanych wyników badań potwierdzających ich skuteczność w rozwiązywaniu problemów, którymi się zajmują

W odpowiedzi na deficyt skutecznych metod aktywizacji osób chorych psychicznie oraz ich trudną sytuację zawodową i społeczną zaproponowaliśmy interwencyjną metodę pracy o charakterze aktywizacji zawodowo-społecznej osób chorych psychicznie, która uwzględnia złożoność choroby psychicznej i integruje oddziaływania z zakresu leczenia psychiatrycznego z różnymi formami wsparcia. W realiach polskich wypełnia lukę w zakresie dostępu do całościowych, zintegrowanych programów wsparcia dla osób chorych psychicznie. Istotnym czynnikiem innowacyjnej metody jest stworzenie instrumentów wspomagania młodych ludzi w konstruktywnym radzeniu sobie z trudnościami w zakresie prawidłowego funkcjonowania społecznego, przede wszystkim w zakresie realizowania obowiązku edukacyjnego, wyboru i zdobywania zawodu, a także w zakresie doskonalenia kompetencji społecznych oraz motywowania do rozwoju osobowego. Ponadto przedstawione rozwiązania przyczyniają się do ograniczania i likwidowania czynników ryzyka, utrudniających osobom chorym funkcjonowanie w rolach edukacyjnych i zawodowych. Z drugiej strony przyczyniają się do inicjowania i wzmacniania czynników chroniących, które ułatwiają wykorzystywanie zasobów indywidualnych osób chorych psychicznie oraz uruchamiają energię niezbędną do konstruktywnego działania. Nasz produkt wychodzi poza założenia medycznych modeli

wsparcia osób chorych psychicznie polegających przede wszystkim na terapii farmakologicznej i szpitalnej.

Problem aktywizacji osób chorych psychicznie jest ciągle aktualny. Według danych Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce liczba osób chorych psychicznie to ponad 1,5 mln. W naszym kraju systematycznie wzrasta liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Z kolei według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), choroby psychiczne do roku 2020 będą jednym z poważniejszych i istotnych problemów zdrowotnych występujących w populacji europejskiej. Dlatego też każde rozwiązanie na rzecz wsparcia procesu rehabilitacji zawodowo – społecznej osób chorych psychicznie jest istotne i niezwykle potrzebne.

## 2. Do rozwiązania problemu jakiej grupy społecznej przyczynia się produkt finalny?

Produkt finalny przyczynia się do rozwiązania problemów następujących grup:

1. Terapeuci pracujący w Powiatowych Ośrodkach Wsparcia, Środowiskowych Domach Samopomocy i Domach Pomocy Społecznej

Terapeuci z Powiatowych Ośrodków Wsparcia, Środowiskowych Domów Samopomocy, Domów Pomocy Społecznej wyposażeni zostali w nową, zindywidualizowaną, regularną i dostosowaną do specyfiki osób chorych psychicznie metodę aktywizacji społeczno- zawodowej. Pozyskali także wiedzę z zakresu psychiatrii, coachingu, projektowania ścieżki edukacyjno-zawodowej oraz rozwoju zasobów ludzkich.

Dzięki nowym narzędziom pracy nastąpiło zwiększenia efektywności działań aktywizujących osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat. Świadczą o tym wyniki badań prowadzonych w ramach ewaluacji zewnętrznej. Terapeuci odpowiadając na pytania ewaluatorów wskazywali, iż wśród efektów prowadzonej terapii należy podkreślić : zwiększenie zaradności życiowej i samodzielności podopiecznych, poprawę funkcjonowania społeczno-zawodowego odbiorców projektu w społeczeństwie, wzrost umiejętności współpracy i współdziałania, otwartość na otoczenie podopiecznych, wzrost poczucia wiary we własne możliwości. Ponadto użytkownicy w pytaniach otwartych, oceniając pozytywnie produkt finalny, określali jego efekty następująco: „taka metoda jest jednym z najlepszych sposobów zapobiegania stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu”, „metoda dająca duże efekty”.

2. Osoby chore psychicznie w wieku 15-25 lat.

Nowa metoda pracy z chorymi przyczyniła się do poprawy jakości ich życia przejawiającej się w chęci kontynuowania nauki, wzrostem zaangażowania we własne sprawy, nawiązaniu relacji społecznych, wzrostem pewności siebie, lepszym radzeniu sobie w codziennych sprawach. Badani respondenci w trakcie ewaluacji wskazywali na zmiany, jakie dokonały się w ich życiu : większa pewność siebie/wiara w siebie/akceptacja siebie – 17 osób, wzrost samodzielności – 11 osób, robienie planów społeczno-

zawodowych/zwiększenie motywacji do działania – 17 osób, podjęcie nauki/szkolenia – 13 osób, odbycie stażu – 2 osoby, podjęcie zatrudnienia – 2 osoby, zaangażowanie społeczne (wolontariat) – 2 osoby, dużo większa chęć spotkań z innymi/otwartość na innych/poznanie nowych osób – 29 osób.

Również z raportów początkowych, okresowych i końcowych prowadzonych przez terapeutów jasno wynika, że u wszystkich uczestników projektu zwiększyła się ich motywacja i zaangażowanie do zmiany ich obecnej sytuacji. Ponadto dzięki udziałowi w projekcie wszyscy uczestnicy w większym stopniu biorą odpowiedzialność za własną rehabilitację edukacyjną, a także zawodową, co znaczy, że w większym stopniu podejmują konkretne działania aktywizujące. Dzięki udziałowi w projekcie wszystkie te osoby stały się bardziej otwarte na relację z osobami z ich bezpośredniego otoczenia, czyli na przykład z terapeutami, lekarzem, rodziną i innymi chorującymi, a także na relacje z osobami zdrowymi z dalszego otoczenia jak na przykład z rówieśnikami, pracownikami OPS, PUP, NGO. Ponadto wszyscy uczestnicy projektu mają większą motywację do podwyższania umiejętności, wiedzy i kwalifikacji zawodowych, a także posiadają większą wiedzę na temat specyfiki własnej choroby, metod jej leczenia oraz rekomendowanych działań profilaktycznych oraz są bardziej świadomi konsekwencji zaniechania zalecanych metod leczenia farmakologicznego. Co ważne, u wszystkich uczestników projektu odnotowano także większą motywację do znalezienia formy leczenia farmaceutycznego minimalizującej efekty uboczne. Dodatkowo dzięki udziałowi w projekcie wszyscy uczestnicy projektu odznaczają się większą świadomością w zakresie ich predyspozycji osobistych, społecznych i zawodowych, a także pogłębiła się ich wiedza na temat instytucji rynku pracy.

Produkt przyczynił się do wzrostu samodzielności chorych i zdolności do funkcjonowania w życiu społeczno-zawodowym. Z arkuszy obserwacji prowadzonych przez terapeutów wynika, że u wszystkich odbiorców projektu nastąpiła poprawa pod względem samodzielności i zdolności do funkcjonowania w życiu społeczno-zawodowym. Wszyscy podopieczni, dzięki udziałowi w projekcie, stali się bardziej odpowiedzialni za własną rehabilitację edukacyjną i zawodową. Większość osób podjęła konkretne działania w kierunku podwyższenia własnych kompetencji oraz kwalifikacji zawodowych, także zmierzające do poprawy ich sytuacji na rynku pracy (m.in. uczestnictwo w kursach, szkoleniach zawodowych, wolontariacie, odbywanie praktyk i staży zawodowych, podjęcie zatrudnienia, udział w zajęciach ukierunkowanych na reintegrację zawodową lub społeczną). Jedną z najważniejszych zmian, jaką zauważono u większości podopiecznych jest to, że dzięki udziałowi w projekcie wzrósł poziom ich samoświadomości w zakresie własnych predyspozycji osobistych, społecznych i zawodowych. Biorąc pod uwagę to, iż praktycznie wszyscy podopieczni przed przystąpieniem do projektu mieli problem z zaniżoną samooceną, jednym z ważniejszych efektów stosowanej metody jest to, że obecnie odnotowano u podopiecznych wzrost pewności siebie i wzmocnienie wiary we własne siły. Wyżej wymienione pozytywne zmiany przyczyniły się do tego, że większość podopiecznych stara się samodzielnie podejmować decyzje dotyczące ich przyszłości. Dodatkowo stali się oni bardziej zmotywowani do podwyższania swoich umiejętności, wiedzy i kwalifikacji zawodowych oraz wykazują się większym zaangażowaniem do zmiany swojej sytuacji życiowej.

Znaczna większość osób przed przystąpieniem do projektu miała trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z innymi osobami. Dzięki udziałowi w projekcie podopieczni

stali się bardziej otwarci na kontakty z innymi ludźmi, z większą łatwością wchodzą w interakcje społeczne, są w stanie nawiązać bardziej trwałe relacje z innymi osobami. Poprawa dotyczy zarówno kontaktów z rodziną i rówieśnikami, jak i z osobami z dalszego otoczenia, np. z lekarzami, terapeutami oraz urzędnikami i pracownikami różnego rodzaju instytucji. Należy podkreślić, że u większości osób odnotowano wzrost samodzielności w załatwianiu spraw codziennych oraz urzędowych. Reasumując, u wszystkich podopiecznych odnotowano wzrost kompetencji społecznych i zawodowych, co przyczyniło się do tego, że mogą oni, w mniejszym bądź większym stopniu, samodzielnie funkcjonować w życiu społecznym, jak i zawodowym. Z badań przeprowadzonych wśród odbiorców projektu we wrześniu 2014 r. (czyli w końcowej fazie testowania) wynika, że na zwiększenie samodzielności w życiu wskazali wszyscy badani. Średnia ocena stopnia zwiększenia samodzielności wynosi 4,06 na skali 5 punktowej. Zatem oceniona jest na wysokim poziomie. Na chęć kontynuowania nauki lub podjęcia pracy wskazali wszyscy badani odbiorcy, a średnia ocena dokonana na skali 5-punktowej wynosi 4,14 - a zatem jest wysoka. O większej motywacji do planowania swojego życia również mówią wszyscy badani. Średnia ocen wynosi 4,18.

### 3. Co nowego wnosi produkt finalny do obecnie stosowanej praktyki?

Produkt finalny wnosi nową jakość do procesu aktywizacji zawodowo-społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi w wieku 15-25 lat. Fundamentem tego procesu jest ścisła współpraca pomiędzy lekarzem psychiatrą a osobą wspierającą chorego w codziennym życiu, polegająca m.in. na wspólnym opracowaniu scenariuszy postępowania, ustaleniu momentu rozpoczęcia aktywizacji, konsultowaniu kolejnych etapów reintegracji i aktywizacji.

Terapeuta pełni rolę stałego opiekuna osoby chorej psychicznie. Pracuje z chorym regularnie i systematycznie aż do osiągnięcia pożądaných rezultatów, jakie wspólnie ustala z podopiecznym. Dzięki takiemu podejściu proces rehabilitacji społeczno-zawodowej jest regularny i nieprzerwany. Może - po konsultacji z lekarzem - odbywać się nawet w okresie progresji choroby. Jednocześnie opiekun pilnuje i motywuje chorego aby kontynuował leczenie farmakologiczne (bardzo często zdarza się, że chorzy nie chcą brać leków, robią to nieregularnie, nie pilnują kontrolnych wizyt lekarskich, co wiąże się oczywiście z pogorszeniem stanu zdrowia). Dualizm terapii powoduje, iż łatwiej będzie pacjentom wrócić do zdrowia i do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Terapeuta w oparciu o nowatorskie narzędzia diagnozy bada zasoby osobowe, talent, umiejętności działaniowe, system reprezentacji, rodzaje inteligencji osób chorych. Następnie w oparciu o wyniki terapeuta wspólnie z chorym przystępuje do procesu planowania przyszłości zawodowej i społecznej. Następnie wciela ten plan w życie (np. pomaga w znalezieniu pracy, współpracuje z powiatowym urzędem pracy, współpracuje z nauczycielem, z rodziną, pomaga w zdobyciu kwalifikacji, monitoruje postępy działania chorego). Ważnym elementem w procesie pracy z chorym jest ocena podjętych działań i opracowanie planu naprawczego w przypadku ewentualnych niepowodzeń.

Proponowane przez nas rozwiązanie zakłada zatem dualizm terapii medycznej i rehabilitacji społecznej oraz uruchamia mechanizmy sprzyjające aktywizacji młodych ludzi, których podstawą są systemowe rozwiązania oparte na łańcuchu interakcji społecznych.

## V. UŻYTKOWNICY, KTÓRZY MOGĄ ZASTOSOWAĆ INNOWACJE

W wymiarze instytucjonalnym produkt może być zastosowany przez Powiatowe Ośrodki Wsparcia, Środowiskowe Domy Samopomocy oraz Domy Pomocy Społecznej.

W wymiarze personalnym metoda aktywizacji osób z zaburzeniami psychicznymi może być stosowana przez terapeutów pracujących w Powiatowych Ośrodkach Wsparcia, Środowiskowych Domach Samopomocy oraz Domach Pomocy Społecznej.

Zgodnie z zaproponowaną przez nas metodą proces aktywizacji chorego przebiega w ścisłej współpracy terapeuty – lekarz prowadzący. Stąd też do potencjalnych użytkowników zaliczyć należy lekarzy psychiatrów pracujących w klinikach, szpitalach czy poradniach zdrowia psychicznego.

Z opracowanych produktów pośrednich, takich jak: scenariusze postępowań i Metodyka zarządzania potencjałem pracowniczym mogą skorzystać rodziny osób chorych psychicznie, nauczyciele oraz pracodawcy zatrudniający osoby z zaburzeniami psychicznymi.

## VI. DZIAŁANIA I NAKŁADY KONIECZNE DO ZASTOSOWANIA INNOWACJI

Wdrożenie innowacji warunkują następujące czynniki:

- gruntowne przygotowanie terapeutów (opiekunów) do pracy z chorymi według nowatorskiej metody
- zaangażowanie w proces aktywizacji lekarzy psychiatrów
- odpowiedni poziom motywacji i zaangażowania chorego do współpracy z terapeutą (opiekunem)
- brak sprzeciwu ze strony rodziny chorego

Zastosowanie nowej metody pracy z chorymi nie wymaga natomiast wprowadzenia zmian organizacyjnych ani w Powiatowych Ośrodkach Wsparcia, Środowiskowych Domach Samopomocy czy Domach Pomocy Społecznej. Praca z chorymi może odbywać się na bazie istniejącej infrastruktury Ośrodka. Metoda nie generuje dużych nakładów finansowych. Jedynym wydatkiem jest koszt druku testów, ćwiczeń i scenariuszy postępowań.

Innowacyjna metoda aktywizacji została bardzo szczegółowo opisana w przygotowanych materiałach (podręcznik, scenariusze). Stąd też terapeuta może samodzielnie przygotować się do pracy z chorymi i nie musi ponosić dodatkowych kosztów, np. na szkolenie.

## VII. DOSTĘPNOŚĆ PRODUKTU FINALNEGO DLA JEGO PRZYSZŁYCH UŻYTKOWNIKÓW

Produkt finalny będzie dostępny na stronie internetowej Fundacji Inicjatyw Menedżerskich [www.fim.org.pl/projekt/przyjaznyswiat](http://www.fim.org.pl/projekt/przyjaznyswiat). Na prośbę Ośrodka lub terapeuty, który będzie zainteresowany wdrożeniem innowacji niezbędne materiały mogą być przesłane drogą elektroniczną lub pocztową. W okresie sześciu miesięcy po zakończeniu projektu autorzy innowacyjnej koncepcji świadczyć będą bezpłatne usługi doradcze osobom zainteresowanym pracą z chorymi według nowej metody. W ostatniej fazie realizacji projektu przewidziano wiele działań upowszechniających produkt.

Potencjalni użytkownicy uczestniczyć będą w warsztatach dyskusyjnych i konferencji upowszechniającej. Będą mieli także możliwość obejrzenia filmu popularyzatorsko – instruktażowego, w którym powiemy o istocie rozwiązania, jego zaletach, korzyściach i możliwościach jego zastosowania.

## VIII. ZMIANY W ZAKRESIE STRATEGII UPOWSZECHNIANIA

Ostateczna wersja produktu finalnego nie wymaga wprowadzenia zmian do działań upowszechniających, o których mowa w Strategii Projektu Innowacyjnego Testującego.

## IX. ZMIANY W ZAKRESIE STRATEGII WŁĄCZANIA DO GŁÓWNEGO NURTU

Ostateczna wersja produktu finalnego nie wymaga wprowadzenia zmian do działań mainstreamingowych, o których mowa w Strategii Projektu Innowacyjnego Testującego.

## X. ZAŁĄCZNIKI

Podręcznik „Innowacyjna metoda wsparcia osób chorujących psychicznie w wieku 15-25 lat”

Załącznik nr 1 Narzędzie do oceny funkcjonowania poznawczego

Załącznik nr 2 Etap I Szybka interwencja. Zestaw narzędzi do diagnozy potencjału osoby chorującej psychicznie

Załącznik nr 3 Etap II Projektowanie. Zestaw narzędzi do wyznaczania celów oraz planowania

Załącznik nr 4 Etap III Działanie. Zestaw narzędzi wspierający proces wdrażania

Załącznik nr 5 Scenariusze postępowań dla rodziny – grupa A

Załącznik nr 6 Scenariusze postępowań dla nauczycieli – grupa A

Załącznik nr 7 Scenariusze postępowań dla pracodawców/pośredników pracy – grupa A

Załącznik nr 8 Etap I Szybka interwencja. Zestaw narzędzi do diagnozy potencjału osoby chorującej psychicznie dla osób o obniżonym poziomie funkcjonowania intelektualnego

- Załącznik nr 9 Etap II Projektowanie. Zestaw narzędzi do wyznaczania celów oraz planowania dla osób o obniżonym poziomie funkcjonowania intelektualnego
- Załącznik nr 10 Etap III Działanie. Zestaw narzędzi wspierający proces wdrażania dla osób o obniżonym poziomie funkcjonowania intelektualnego
- Załącznik nr 11 Scenariusze postępowań dla rodziny – grupa B
- Załącznik nr 12 Scenariusze postępowań dla nauczycieli – grupa B
- Załącznik nr 13 Scenariusze postępowań dla pracodawców/pośredników pracy – grupa B
- Materiał instruktażowy „Współpraca opiekuna z lekarzem osoby chorującej”
- Materiał szkoleniowy „Praca z osobą chorującą psychicznie”
- „Współpraca z terapeutą z rodzinami osób chorujących”
- „Określanie i utrzymywanie granic w pracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi”
- Poradnik dla pracodawców „Metodyka zarządzania potencjałem pracowniczym”