

Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Działania środowiskowe i współpraca instytucji na rzecz osób chorujących psychicznie

Abstract: Mental and behavioral disorders are common diseases affecting more than 25% of the population. They are as universal as they relate to people from all countries and societies, people of all ages – both women and men, people of varying financial status, living in urban areas or rural areas. Changing the behavior of a suffering persons concern his/her family, then other members of local society, because no one really understand what had happen to her or him. This lack of awareness of the disease often leads to delay in seeking help, thus, these preventable diseases remain undiagnosed and untreated. This promotes social stigmatization associated with the disease, and the sick are the object of stigmatization and discrimination. The statistics show that even one in four families has in its midst a person suffering from a mental or behavioral disorders. Picked debunking stereotypes is difficult for people with mental illness for many of the medical, scientific, non-governmental organizations. In a society there is still a belief that these people are dangerous and should be isolated. Family – especially at the beginning of the disease is experiencing a very high stress. It is therefore important a social support, the aim of which is to bring the solution to the problem, to overcome the difficulties, the reorganization of disturbed relations with the environment and emotional support. Environmental measures aimed to help those people should be designed to increase their self-confidence and a sense of their abilities in dealing with other members of their societies; gradually increase their activity and development interests, education, copying skills with experience of mental illness, to provide opportunities to share their experiences and seek solutions and development of basic social skills. The more the rise of the greater society a chance to create a climate of understanding, acceptance, a sense of security and integration in local communities the better.

Key words: environmental institutions, mental illness

Nasze życie jest tym, co zeń uczynią nasze myśli.

Marek Aureliusz

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są powszechnymi chorobami, dotykającymi ponad 25% ludzi w pewnych okresach ich życia. Mają charakter uniwersalny, ponieważ dotyczą osób ze wszystkich krajów i społeczeństw, w każdym wieku – zarówno kobiet, jak i mężczyzn, o różnym statusie materialnym, mieszkających i na terenach zurbanizowanych, i wiejskich. Zmiana zachowania osoby chorej wywołuje zaniepokojenie i cierpienie otoczenia, gdyż nie rozumie ono, co się z nią dzieje.

Ten brak świadomości choroby prowadzi często do zwlekaniem z poszukiwaniem pomocy. W jego efekcie te uleczalne choroby pozostają nierozpoznane i nieleczone.

Sprzyja to napiętnowaniu społecznemu chorych, stają się oni obiektem stygmatyzacji, a nawet dyskryminacji. Ze statystyk wynika, że nawet jedna na cztery rodziny ma w swoim gronie przynajmniej jedną osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. W ostatnich latach podejmowany jest trud obalania stereotypów dotyczący osób chorujących psychicznie przez wiele środowisk medycznych, naukowych i organizacji pozarządowych [1, 2].

W społeczeństwie nadal panuje przekonanie, że osoby te są niebezpieczne i należy je izolować. Sposób udzielania pomocy osobom cierpiącym z powodu choroby psychicznej można uważać za miarę dojrzałości społeczności lokalnej i całego społeczeństwa. Wyrażają się w nim zarówno indywidualne, jak i grupowe oraz zinstytucjonalizowane postawy wobec nieuchronnej, choć czasem kłopotliwej, obecności takich osób w społeczeństwie.

Na skutek problemów natury psychicznej człowiek traci zdolność adaptacji do dotychczasowych warunków życia. W adaptacji psychicznej jako procesie pewnych przemian można wyodrębnić trzy sfery:

- adaptacja w sferze intelektualnej, polegająca na modyfikacji pojęć i wyobrażeń oraz sądów o samym sobie i otaczającym świecie – odbudowanie obrazu samego siebie z uwzględnieniem wszystkich jego komponentów, a w ślad za tym przyjęcie zmodyfikowanego systemu wartości, ocen, nastawień, postaw i oczekiwań. Do najważniejszych problemów w tym zakresie należą: akceptacja deficytów i ich konsekwencji, właściwa ocena własnych możliwości, przyjęcie realnych planów życiowych, ukształtowanie odpowiednich postaw wobec dalszego leczenia i wobec innych osób;

- adaptacja w sferze emocjonalnej, zmierzająca do przywrócenia normalnej struktury emocjonalnej, a więc adekwatnych reakcji emocjonalnych, wytworzenia tolerancji na sytuacje trudne, których w życiu osoby chorującej psychicznie jest o wiele więcej niż w życiu osoby pełnosprawnej, wykorzystanie emocji, jako motywów działania. Obejmuje ona także wypracowanie pozytywnego ogólnego stanu emocjonalnego (nastroju) pozbawionego przewlekłych stanów o zabarwieniu negatywnym, takich jak nuda, lęk, smutek, depresja, złość, agresja [4];

- adaptacja w sferze behawioralnej, czyli zmiana zachowania (stylu życia) i dostosowanie go do wymogów i ograniczeń wynikających z choroby psychicznej. Chodzi głównie o dostosowanie planów życiowych i podejmowanie zadań zgodnie z realnymi możliwościami. Ten rodzaj adaptacji obejmuje także eliminację mechanizmów obronnych stosowanych w sytuacjach trudnych (stresowych) w formie unikania, rezygnacji, zaprzeczenia, represji czy zachowań agresywnych, które to reakcje występują częściej u osób chorujących psychicznie [3, 5].

Z adaptacją psychiczną wiąże się również adaptacja społeczna, polegająca na ułożeniu poprawnych stosunków ze środowiskiem społecznym, w którym się żyje (członkowie rodziny, sąsiedzi) i pracuje (współpracownicy w zakładzie pracy).

Przedstawiając te trzy rodzaje adaptacji należy stwierdzić, że jest to bardzo złożony proces. Wszystkie te procesy należy traktować łącznie, gdyż wzajemnie się warunkują. Kluczową sprawą jest założenie, że człowiek chorujących psychicznie ma dostęp do tych samych dóbr, co człowiek zdrowy. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak i udziału oraz obecności w szeroko pojętym społeczeństwie [3, 4].

Najważniejsze założenia, postulaty i strategie psychiatrii środowiskowej to:

– dehospitalizacja i deinstytucjonalizacja, czyli rezygnacja z pobytu w szpitalu psychiatrycznym, ale także z domu pomocy społecznej, które nie służą choremu w powrocie do zdrowia. Zastępowanie zinstytucjonalizowanej opieki nad osobą chorującą psychicznie na rzecz intensywnej opieki w domu chorego lub innymi formami opieki, takimi jak: opieka rodzinna, specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez ośrodki pomocy społecznej, mieszkania chronione, środowiskowe domy samopomocy. Przenoszenie chorych ze szpitali psychiatrycznych do domów pomocy społecznej jest sprzeczne z zasadą deinstytucjonalizacji.

– środowiskowy system opieki nad zdrowiem psychicznym: należą do nich środowiskowe domy samopomocy, których misją jest przywracanie osobom z zaburzeniami psychicznymi umiejętności radzenia sobie w sytuacjach życiowych na najwyższym z możliwych poziomie, stwarzanie możliwości do rozwoju ruchu samopomocowego oraz rozwój sieci oparcia społecznego, we współpracy z najbliższym i dalszym otoczeniem społecznym. Celem działalności takich domów jest wspieranie uczestników i ich rodzin oraz kompensowanie skutków niepełnosprawności w sferze zdrowia psychicznego, a także propagowanie modelu zdrowej rodziny przez:

- stwarzanie warunków do nabycia umiejętności wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, doskonalenia umiejętności nabytych oraz realizacja zadań życiowych,
- podtrzymywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- wsparcie psychologiczne i terapeutyczne – wsparcie w sytuacjach kryzysowych,
- opiekę pielęgniarstwa i rehabilitację fizyczną,
- integrację osób z zaburzeniami psychicznymi w społeczności lokalnej przez aktywizację zawodową i społeczną,
- stymulowanie osobistego rozwoju poprzez opracowanie indywidualnego planu pomocy,
- umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, indywidualnej, grupowej, grupach wsparcia, spotkaniach grupowych, wspieranie grup samopomocowych w zakresie zdrowia psychicznego,
- zaspokajanie w miarę możliwości tych potrzeb, które wpływają w dużym stopniu na rozwój psychiczny: bezpieczeństwo, działania higieniczne, odżywianie, ruch, odpoczynek, kontakt, godność osobista, kontakt emocjonalny, sens życia, potrzeby kulturalne,

- zapobieganie stanom powodującym konieczność ciągłej opieki ze strony instytucji przez globalną rehabilitację środowiskową,
- organizowanie spotkań i zajęć integracyjnych poza Środowiskowym Domem Samopomocy,
- współpraca z rodzinami osób korzystających z działalności domu, poradnictwo, informacja, wsparcie i pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych,
- uaktywnianie środowiska związane z propagowaniem i ochrona zdrowia psychicznego,
- współpraca ze środkami masowego przekazu w celu propagowania ochrony zdrowia psychicznego,
- współpraca z organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami, fundacjami, kościołem, placówkami oświatowymi, kulturalnymi, samorządami lokalnymi – w celu integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin ze środowiskiem,
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji;
 - promocja zdrowia psychicznego – polegająca na edukacji na działaniach edukacyjnych, upowszechnianiu wiedzy o zdrowiu psychicznym i jego zaburzeniach, na kształtowaniu pozytywnych odniesień wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. W promocji zdrowia ważne jest także działanie umożliwiające nabywanie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, wzmacnianie naturalnych i instytucjonalnych źródeł oparcia społecznego (rodziny, więzi sąsiedzkich) stowarzyszeń i grup samopomocowych. Zadania te mogą być realizowane przez ośrodki pomocy społecznej, lecznictwa i oświaty. Także przez specjalne programy edukacyjne promujące zdrowy styl życia w szkołach, placówkach opiekuńczych oraz w ramach działalności konsultacyjnej psychiatryczno-psychologicznej. Profilaktyka dotyczy zwłaszcza dzieci i młodzieży, wśród których do grup szczególnego ryzyka należą: dzieci z rodzin dysfunkcyjnych i dzieci pozbawione opieki rodzicielskiej z różnych powodów (alkoholizm, przemoc, choroba psychiczna, zaburzenia osobowości, niepełnosprawność rodziców), dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i innymi dysfunkcjami, młodzież eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi. Do grup ryzyka należą również osoby dorosłe znajdujące się w trudnych sytuacjach życiowych, jak np. przemoc w rodzinie, utrata kogoś bliskiego, alkoholizm, ubóstwo, bezrobocie [4, 6];
 - społeczność terapeutyczna, czyli sposób organizacji placówek leczenia i instytucji współpracujących na rzecz pacjenta, aby w równym stopniu były zaangażowane w proces pomocy, która jej wymaga;
 - prawa pacjenta, które w psychiatrii środowiskowej wymagają szczególnej uwagi i ochrony w związku z dopuszczalnością przymusu bezpośredniego oraz

hospitalizacji i leczenia bez zgody pacjenta. W przypadkach, kiedy wymagane jest umieszczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody, jest to realizowane za zgodą sądu rodzinnego i opiekuńczego na zasadach ustalonych przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. [1, 6];

– aktywne wychodzenie do pacjenta w jego środowisku jest ważną strategią postępowania w stosunku do osób chorujących psychicznie, z zaburzeniami psychotycznymi, upośledzeniami umysłowymi podwójną diagnozą, a więc wszystkich osób, które po opuszczeniu szpitala psychiatrycznego mają trudności w kontynuowaniu leczenia w poradni, często zaniedbują swoje potrzeby życiowe i izolują się. Osoby te są szczególnie narażone na wykluczenie społeczne, skrajne ubóstwo głód i nawet bezdomność. Istnieje potrzeba współdziałania służb w pomocy tym osobom, jak również ich rodzinom, które niejednokrotnie nie wiedzą, jak zachować się w stosunku do osoby chorującej psychicznie i nie rozpoznają lub zbyt późno reagują na symptomy choroby. Współdziałające służby takie, jak policja, straż miejska, miejskie ośrodki pomocy społecznej, lekarze, pielęgniarki środowiskowe, powinny włączać się w system wsparcia dla osób chorujących psychicznie i ich rodzin. W razie zaniechania leczenia, często konieczne staje się wszczęcie postępowania o przymusowe leczenie psychiatryczne bez zgody pacjenta (art. 29 o ochronie zdrowia psychicznego);

– aktywny udział pacjenta w procesie terapii, którego podstawą jest zmiana relacji na linii lekarz–pacjent w relację partnerską. Pacjent jest świadomy swej sytuacji, podejmuje autonomiczne decyzje i przekazuje lekarzowi ważne informacje z osobistego doświadczenia choroby. Wtedy pacjent może świadomie, dobrowolnie i aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia. Wymaga to uzyskania przez pacjenta wglądu, motywacji oraz odpowiedniego zasobu wiedzy o chorobie i jej leczeniu, a od lekarza, obok wiedzy i doświadczenia, także umiejętności kontaktu z pacjentem, uszanowania jego autonomii i poważnego traktowania swych kompetencji. Pacjent aktywnie uczestnicząc w terapii, nabywa umiejętności radzenia sobie z chorobą. Zdarza się, że pacjenci od udziału w grupie edukacyjnej, terapeutycznej lub wsparcia przechodzą do grupy samopomocowej [2, 5].

– oddział dzienny – jest jedną z podstawowych form opieki psychiatrycznej, znajdujących się przy szpitalach psychiatrycznych lub w środowisku lokalnym. Pacjentami są osoby w trakcie pierwszej hospitalizacji lub po kolejnych nawrotach choroby, ale nie na tyle poważnych, aby istniała konieczność hospitalizacji stacjonarnej. Pacjent „panuje” nad swoimi objawami i wyraża chęć i zgodę na leczenie. Musi posiadać skierowanie od lekarza prowadzącego, pobyt jest poprzedzony wstępną rozmową z personelem. Rodzaj zajęć uzależniony jest od profilu oddziału. Są to zazwyczaj: psychoterapia indywidualna, grupowa oraz inne formy terapii społecznej, jak np. rozmowy z rówieśnikami, wspólne wyjścia, wycieczki i terapia zajęciowa. Celem psychoedukacji jest nauka o chorobie, praca nad wglądem we własne przeżycia i zaradnością w trudnych sytuacjach kryzysowych [4, 6].

Współpraca z rodziną pacjenta pełni bardzo ważną rolę w procesie leczenia. Rodzina obarczona jest negatywnymi skutkami stereotypów panujących w społeczeństwie, przeżywa traumę związaną z faktem zachorowania bliskiej osoby, dotknięta zostaje napiętnowaniem społecznym, dźwiga brzemień odpowiedzialności i opieki nad chorym. Bardzo ważne jest, aby w pierwszym okresie dotrzeć z informacją do rodziny na temat możliwości pomocy i interwencji kryzysowej. Następnie potrzebna jest psychoedukacja i systematyczne udzielanie wsparcia (grupa wsparcia dla rodzin osób chorujących psychicznie). Ważne jest, aby rodzina mogła aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia i rehabilitacji chorego i stanowić dla niego wsparcie. Rodziny, które uczestniczą w grupach wsparcia stanowią w pierwszej kolejności źródło społecznego oparcia.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. z późn. zmianami – uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka – reguluje sprawy z zakresu szeroko pojętych zagadnień zdrowia psychicznego obywateli. Zapisy ustawy dotyczą zarówno zagadnień profilaktyki, różnorodnych form pomocy, jak i ochrony praw i wolności osób z zaburzeniami psychicznymi. Art. 8 ust. 1 tejże ustawy wskazuje, że:

„Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej organami do spraw pomocy społecznej, w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Oparcie społeczne polega w szczególności na:

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

Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z późn. zmianami, wskazuje na zadania pomocy społecznej. Art. 15 ustawy mówi że: „pomoc społeczna polega w szczególności na:

- 1) przyznawaniu i wypłacaniu przewidzianych ustawą świadczeń,
- 2) pracy socjalnej,
- 3) prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej,
- 4) analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej,
- 5) realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych;

6) „rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb”.

Wzmacnianie i budowanie sieci społecznego oparcia to system relacji szeregu osób, z którymi ludzie się kontaktują i są w bliskich relacjach. W razie potrzeby otrzymują od nich wsparcie różnego rodzaju: informacje, porady, akceptację, a także wsparcie emocjonalne. Do takich osób może również należeć asystent osoby niepełnosprawnej (AON), który wspomaga proces usamodzielniania się pacjenta. Udzielając pomocy asystent nie wykonuje czynności za osobę niepełnosprawną, a jedynie inspiruje, wspiera i motywuje ją do samodzielnego działania. Podczas usługi asystenta pacjent mobilizowany jest do większej aktywności życiowej, społecznej i zawodowej.

Asystent osoby niepełnosprawnej wspiera osobę niepełnosprawną:

- w załatwieniu spraw urzędowych (np. w dotarciu do odpowiedniego urzędu, przygotowaniu dokumentów),
- w dotarciu do placówek służby zdrowia, na rehabilitację, terapię itp.,
- w podwyższaniu kompetencji społecznych i zawodowych, w dalszym kształceniu, m.in. na kursach zawodowych,
- w poszukiwaniu pracy (np. asystuje w poszukiwaniu informacji o wolnych stanowiskach pracy, kompletowaniu dokumentów, przygotowaniach do rozmowy z potencjalnym pracodawcą),
- w podtrzymywaniu procesu nawiązywania i utrzymywania kontaktu przez osobę niepełnosprawną z potencjalnymi pracodawcami, z instytucjami i organizacjami społecznymi, najbliższym sąsiedztwem,
- w organizacji czasu wolnego – realizacji zainteresowań, w uczestniczeniu w życiu kulturalnym, w codziennych obowiązkach.

Z kolei Centra Integracji Społecznej są jednostkami, które mają na celu pomoc w odbudowaniu i podtrzymaniu u osoby biorącej udział w zajęciach umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych. Centrum realizuje reintegrację zawodową i społeczną przez następujące zadania: kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu, przekazywanie umiejętności zawodowych przez przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych, naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą, uczenie racjonalnego gospodarowania własnymi środkami pieniężnymi. Osoba przyjmowana jest do centrum po podpisaniu indywidualnego planu zatrudnienia socjalnego. Udział w centrum ma zatem charakter umowy, którą jest program zatrudnienia socjalnego, opracowany dla każdego uczestnika indywidualnie. Realizacja programu jest warunkiem korzystania przez uczestnika centrum ze świadczeń z ubezpiecze-

nia zdrowotnego. Realizacja programu zaczyna się od okresu próbnego, który trwa miesiąc. W tym czasie uczestnik otrzymuje świadczenie integracyjne. Czas dziennego pobytu uczestnika nie może być krótszy niż sześć godzin.

Mieszkanie chronione – to zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym, a w przypadku mieszkań chronionych o zasięgu ponadgminnym – zadanie własne powiatu. Udzielenie pomocy w formie mieszkania chronionego przysługuje osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę, potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki. Pomoc tego typu przysługuje w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym. Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną. Pobyt w mieszkaniu chronionym jest formą pomocy mającą charakter odpłatny. Opłatę za pobyt w mieszkaniach chronionych ustala podmiot kierujący (tj. odpowiednio do charakteru jednostki – gmina lub powiat), w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług.

Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi są szczególnym rodzajem usług. Pomoc udzielana jest tu wyróżnionej grupie osób. Zasady jej przyznawania i odpłatności określa rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej, a nie, tak jak w przypadku pozostałych usług opiekuńczych, regulacje gminne. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa, że ośrodki pomocy społecznej, w porozumieniu z poradniami zdrowia psychicznego czy innymi specjalistycznymi placówkami terapeutycznymi, organizują oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w relacjach z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Przy określeniu, komu przysługuje pomoc w formie usług specjalistycznych, zastosowanie ma ogólna zasada dotycząca usług, zapisana w ustawie o pomocy społecznej. Wskazuje ona, że pomoc w formie usług specjalistycznych może być przyznana osobom, które wymagają pomocy innych, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia, takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ale także usługi specjalistyczne dla pozosta-

łych grup) są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: m.in. psychologa, pedagoga, logopedy, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego, asystenta osoby niepełnosprawnej lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć te usługi. Dodatkowo specjaliści świadczący usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż: m.in. w szpitalu psychiatrycznym, w środowiskowym domu samopomocy, domu pomocy społecznej dla osób z upośledzeniem umysłowym, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym. Usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi mogą także świadczyć osoby, które nabyły doświadczenie pracując już w ramach tego rodzaju usług.

Bibliografia

1. *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, red. M. Załuska, K. Prot, P. Bronowski, Warszawa 2007.
2. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, *W trosce o zdrowie psychiczne. Ogólnopolski informator dla rodzin i opiekunów osób chorujących psychicznie*, Kraków 2004.
3. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535.
4. Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593.
5. Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995.
6. Bronowski P., Załuska M., *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie*, Warszawa 2005.