

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



PROGRAM WSPARCIA PSYCHIATRYCZNEGO W CENTRUM WSPARCIA MIESZKAŃCA W CIECHANOWIE

1. Wprowadzenie i uzasadnienie programu.

Zaburzenia psychiczne uważane są za chorobę cywilizacyjną XXI wieku. Szacuje się, że około 8 mln Polaków cierpi na zaburzenia psychiczne, które są poważnym oraz narastającym problemem. Według badań EZOP II (Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2022 r.) około 24% dorosłych Polaków w wieku produkcyjnym, tj. od 18 do 64 lat, miało objawy zaburzenia psychicznego. W przypadku dzieci i młodzieży jeden psychiatra dziecięcy przypada na ponad 12 tys. osób poniżej 18 r. ż. (Zdrowie psychiczne Polaków – statystyki zdrowia psychicznego, Fundacja Poznaj Lęk, 2025 r.).

W Ciechanowie nie funkcjonuje Centrum Interwencji Kryzysowej. Mieszkańcy miasta mają, w sytuacjach krytycznych ograniczony dostęp do szybko reagujących podmiotów wsparcia. Program jest odpowiedzią na rosnące potrzeby w zakresie usług wspomagających zdrowie psychiczne.

Wczesna interwencja, wsparcie psychiatryczne **zmniejsza ryzyko przewlekłości i powikłań.**

2. Cele programu.

Program będzie miał charakter lokalnego wsparcia uzupełniającego, skoncentrowanego na szybszym, łatwiej dostępnym i mniej sformalizowanym kontakcie podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie oraz osób skierowanych przez współpracujące instytucje ze specjalistą – lekarzem psychiatrii.

Program zwiększy dostępność usług wspierających zdrowie psychiczne dla mieszkańców Ciechanowa wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym.

Cele szczegółowe:

- 1) zapewnienie wczesnej interwencji psychiatrycznej
- 2) zapobieganie pogłębianiu się kryzysów psychicznych, w których wsparcie psychologa jest niewystarczające
- 3) wsparcie osób z chorobami psychicznymi w codziennym funkcjonowaniu społecznym

3. Grupy docelowe

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów, w szczególności:

- 1) dzieci i młodzieży
- 2) osób dorosłych i seniorów

znajdujących się w kryzysie psychicznym, którzy borykają się m.in. z zaburzeniami nastroju, lękowymi, osobowości, odżywiania, psychotycznymi, tożsamości, są w kryzysie emocjonalnym, społecznym, zdrowotnym.

4. Szczegółowe zasady realizacji programu określa Regulamin programu.

5. Program w 100% jest finansowany ze środków Polsko – Szwajcarskiego Programu Rozwoju Miast w ramach projektu pod nazwą „Wzmocnienie systemów społecznych i ochrony środowiska w Ciechanowie oraz części jego Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego”.
6. Program realizowany jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 32D, poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie.

REGULAMIN PROGRAMU WSPARCIA PSYCHIATRYCZNEGO

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin określa zasady realizacji Programu Wsparcia Psychiatrycznego dla mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów.
2. Odbiorcami programu są mieszkańcy Gminy Miejskiej Ciechanów spełniający kryteria określone w §2 niniejszego Regulaminu, zwani dalej Uczestnikami, niezależnie od wieku, płci czy sytuacji społecznej.
3. Podmiotem realizującym program jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 32D, poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie, zwany dalej Realizatorem, przy współpracy z podmiotem leczniczym lub specjalistą posiadającym prawo wykonywania zawodu lekarza psychiatry.

§ 2

UCZESTNICZY PROGRAMU

1. Warunkiem udziału w programie jest:
 - 1) zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Ciechanów;
 - 2) posiadanie skierowania lekarskiego do lekarza psychiatry bądź takiego zalecenia od psychologa;
 - 3) złożenie karty zgłoszenia do programu zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie;
2. Program obejmuje w szczególności:
 - 1) dzieci i młodzież
 - 2) osoby dorosłe i seniorówznajdujących się w kryzysie psychicznym, którzy borykają się m.in. z zaburzeniami nastroju, lękowymi, osobowości, odżywiania, psychotycznymi, tożsamości, są w kryzysie emocjonalnym, społecznym, zdrowotnym.
3. Do programu kwalifikowane są w pierwszej kolejności osoby, które:
 - 1) posiadają skierowanie do lekarza psychiatry bądź zalecenie takiej wizyty wydane przez psychologa
 - 2) nie mają możliwości szybkiego dostępu do lekarza psychiatry w ramach NFZ
 - 3) posiadają nasilone objawy psychiczne (m.in. lęk, atak paniki, objawy depresyjne, poczucie przeciążenia psychicznego, trudności w funkcjonowaniu itp.)
4. Program nie obejmuje osób:
 - 1) wymagających natychmiastowej interwencji psychiatrycznej lub hospitalizacji
 - 2) korzystających aktualnie z długoterminowego leczenia psychiatrycznego

- 3) pozostających pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych w trakcie zgłaszania się lub korzystania ze wsparcia

§ 3

WYTYCZNE UCZESTNICTWA W PROGRAMIE ORAZ TRYB ZGŁASZANIA

1. Udział w programie jest dobrowolny i bezpłatny.
2. Nabór do programu prowadzony jest w trybie ciągłym, zgłoszenia rozpatrywane są zgodnie z kolejnością zgłoszeń. W przypadku dużego zainteresowania programem poza zastosowaną kolejnością zgłoszeń zostanie wprowadzony priorytet dla dzieci i młodzieży.
3. Program obejmuje ograniczoną liczbę wizyt lekarskich przypadających na jednego uczestnika – tj. nie więcej niż 3 wizyty.
4. Warunkiem zakwalifikowania do programu jest:
 - 1) pozytywna ocena zgłoszenia dokonana przez Realizatora
 - 2) dostępność wolnych miejsc w programie
 - 3) spełnienie wszystkich kryteriów formalnych określonych w Regulaminie i karcie zgłoszenia do programuj (załącznik nr 1)
 - 4) wyrażenie zgody Uczestnika na przetwarzanie danych osobowych, w zakresie niezbędnym do realizacji celu, przez Administratora danych osobowych, tj. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie.
5. Realizator programu zastrzega sobie prawo do:
 - 1) przeprowadzenia wstępnej konsultacji kwalifikacyjnej
 - 2) odmowy przyjęcia do programu bez podania szczegółowego uzasadnienia, jeżeli zgłoszenie nie spełnia celów programu
 - 3) zakończenia udziału w projekcie osoby, która narusza zasady programu lub stwarza zagrożenie dla siebie lub innych.
6. Zgłoszenia do programu dokonywane są osobiście lub przez przedstawiciela ustawowego – zgodnie z informacją podaną przez Realizatora.
7. Terminy spotkań ustalane są indywidualnie z Uczestnikiem programu.
8. W przypadku niestawienia się na umówioną wizytę lekarską bez uprzedniego poinformowania, Realizator może odmówić wyznaczenia kolejnego terminu, jak również może dochodzić zwrotu środków publicznych.
9. Realizator programu zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zmiany terminu wizyty lekarskiej z przyczyn organizacyjnych
 - 2) odmowy dalszego udziału Uczestnika w projekcie w przypadku rażącego naruszenia zasad uczestnictwa w programie

§ 4

OBOWIĄZKI I PRAWA UCZESTNIKÓW

1. Uczestnik programu zobowiązany jest do:

- 1) punktualnego stawiania się na umówioną wizytę lekarską
- 2) przestrzegania zasad współżycia społecznego
- 3) wcześniejszego (min. 24h) odwołania wizyty lekarskiej w przypadku niemożności udziału
- 4) współpracy z lekarzem psychiatrą

2. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z udziału w programie na każdym etapie, bez konieczności podawania przyczyny.

3. Uczestnik ma prawo do jednorazowej zmiany terminu wizyty lekarskiej z przyczyn osobistych, jednak nie później niż na 3 dni przed wyznaczoną wizytą.

§ 5

FINANSOWANIE PROGRAMU

1. Program wsparcia psychiatrycznego dla mieszkańców Gminy Miejskiej Ciechanów jest w 100% finansowany ze środków Polsko-Szwajcarskiego Programu Rozwoju Miast.

§ 6

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Podmiotem realizującym program jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie poprzez utworzone w ramach projektu Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie przy współpracy z podmiotem leczniczym lub specjalistą posiadającym prawo wykonywania zawodu lekarza psychiatry.

2. Wsparcie psychiatryczne świadczy wybrany w konkurencyjnej procedurze lekarz/lekarze psychiatry w innej lokalizacji niż siedziba Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ciechanowie.

3. Od odmowy zakwalifikowania do programu nie przysługuje odwołanie.

4. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ciechanowie w ramach realizacji usługi odpowiedzialny będzie za prawidłowe i zgodne z obowiązującymi przepisami podjęcie działań z zakresu przetwarzania danych osobowych (określone w przepisach Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).

5. Kwestie sporne nieuregulowane w niniejszym Regulaminie rozstrzyga Koordynator Merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca w Ciechanowie.

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZWAJCARSKO-POLSKI

Program Współpracy



KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU WSPARCIA PSYCHIATRYCZNEGO

I. DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA:

IMIE I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

UL.....NR.....

MIEJSCOWOŚĆ.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

ADRES E-MAIL (OPCJONALNIE)

☐ OŚWIADCZAM, ŻE ZAMIESZKUJĘ NA TERENIE GMINY MIEJSKIEJ CIECHANÓW

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DOTYCZY OSÓB NIEPEŁNOLETNICH)

IMIE I

NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

UL.....NR.....

MIEJSCOWOŚĆ.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

☐ OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM OSOBY ZGŁASZANEJ

☐ WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ W PROGRAMIE

III. KRYTERIA KWALIFIKACYJNE- WYTYCZNE UCZESTNICTWA (ZAZNACZENIE WSZYSTKICH PÓŁ JEST WARUNKIEM ROZPATRZENIA ZGŁOSZENIA)

☐ POSIADAM SKIEROWANIE LEKARSKIE DO LEKARZA PSYCHIATRY BĄDŹ ZALECENIE PSYCHOLOGA

☐ NIE MAM MOŻLIWOŚCI SZYBKIEGO DOSTĘPU DO PSYCHIATRY W RAMACH NFZ

☐ NIE KORZYSTAM OBECNIE Z DŁUGOTERMINOWEGO LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE PROGRAM NIE JEST PRZEZNACZONY DLA OSÓB:

- WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ INTERWENCJI PSYCHIATRYCZNEJ LUB HOSPITALIZACJI
- BĘDĄCYCH W STANIE ZAGROŻENIA ŻYCIA I ZDROWIA
- KORZYSTAJĄCYCH AKTUALNIE Z DŁUGOTERMINOWEGO LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO
- POZOSTAJĄCYCH POD WPŁYWEM ALKOHOLU LUB ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH PODCZAS UDZIAŁU W PROGRAMIE

IV. ZASADY UCZESTNICTWA W PROGRAMIE:

- UDZIAŁ W PROGRAMIE JEST DOBROWOLNY I BEZPŁATNY
- PROGRAM OBEJMUJE OGRANICZONĄ LICZBĘ WIZYT LEKARSKICH PRZYPADAJĄCYCH NA JEDNEGO UCZESTNIKA – MAKSYMALNIE 3 WIZYTY
- ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO PUNKTUALNEGO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE
- ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO ODWOŁANIA WIZYTY LEKARSKIEJ MIN. 24H WYPRZEDZENIEM
- PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROGRAMU NALEŻY DO REALIZATORA

V. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

1. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/ŁAM SIĘ Z REGULAMINEM PROGRAMU WSPARCIA PSYCHIATRYCZNEGO I AKCEPTUJĘ JEGO POSTANOWIENIA.
2. OŚWIADCZAM, ŻE PODANE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.
3. PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE PROGRAM NIE STANOWI ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ PRZEZ NFZ

ZAŁĄCZNIKI:

1.
2.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

KWALIFIKACJA DO PROGRAMU:

☐ ZAKWALIFIKOWANO

Projekt pn. „Wzmocnienie systemów społecznych i ochrony środowiska w Ciechanowie oraz części jego Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego” dofinansowany przez Fundusze Szwajcarskie wspierające zmniejszanie różnic gospodarczych i społecznych w Unii Europejskiej

☐ NIEZAKWALIFIKOWANO

- uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....
MIEJSCOWOĆ I DATA

.....
PODPIS
Specjalisty ds. programów i komunikacji
z mieszkańcami

REALIZACJA PROGRAMU:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby zatwierdzającej udzielone wsparcie w programie

.....

Koordinator merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca