

Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży

Warszawa 2020



Spis treści

Wprowadzenie	3
1. Założenia teoretyczne funkcjonowania ŚCZP	5
1.1. Cele organizacji usług	5
1.2. Zachowanie standardów leczenia	6
1.3. Praca na zasobach	7
1.4. Diagnoza funkcjonalna	7
1.5. Sieć oparcia społecznego.....	8
1.6. Profilaktyka zdrowia psychicznego	11
2. Centrum jako sieć oparcia społecznego.....	12
2.1. Koordynacja z podmiotami oświaty	12
2.2. Koordynacja podmiotów pomocy społecznej	15
3. Profilaktyka zdrowia psychicznego	16
4. Organizacja usług w ŚCZP dim.....	17
4.1. Centrum Koordynacji.....	19
3.1.1. Infolinia dla mieszkańców i skoordynowanych podmiotów	20
3.1.2 Zespół Pierwszego Kontaktu	21
3.1.3 Zespół koordynacji międzyinstytucjonalnej.....	21
4.2. Rejestracja medyczna.....	23
4.3. Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny.....	24
4.3.1 Zespół diagnostyczny	24
4.3.2 Zespół psychoterapeutyczny.....	25
4.3.3 Zespół terapii środowiskowej dzieci i młodzieży	27
4.4. Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny 28	
4.4.1 Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	29
4.4.2 Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży	30
4.4.3 Hostel lub ośrodek okresowej opieki całodobowej	31
5. Organizacja usług profilaktycznych	33
5.1. Profilaktyka uniwersalna zaburzeń psychicznych	33
5.2. Profilaktyka selektywna zaburzeń psychicznych.....	34
5.3. Profilaktyka wskazująca zaburzeń psychicznych.....	35
Rekomendacje.....	37
Bibliografia	39

Wprowadzenie

Niniejszy model został opracowany z uwzględnieniem dotychczasowego doświadczenia oraz dobrych praktyk ŚCZP dla dzieci i młodzieży utworzonego w Dzielnicy Warszawa Bielany w ramach innowacyjnego projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa” oraz „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny”. Standardy profilaktyki opracowano w projekcie „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt horyzontalny”. Autorami modelu są dr Tomasz Rowiński z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz dr Kamila Lenkiewicz.

Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego łączy w swoim działaniu trzy podstawowe funkcje - profilaktykę i edukację, leczenie/poradnictwo i oparcie społeczne oraz koordynację międzysektorową. Kluczowe jest zarządzanie procesem zdrowienia z uwzględnieniem roli specjalistów z różnych sektorów. oraz z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnej. Stałym elementem zarządzania procesem zdrowienia jest jego monitorowanie. Powinno ono być zapewnione od pojawienia się pierwszego kryzysu psychicznego do ponownego wejścia w role rodziców oraz ich dzieci. Dlatego tworzenie indywidualnych planów zdrowienia w ramach współpracy międzysektorowej wymaga więcej troski o zachowanie ciągłości terapeutycznej.

Działania Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży opierają się na trzech głównych usługach, którymi są:

- 1) koordynacja międzysektorowa i koordynacja jednostkowego procesu zdrowienia;
- 2) oddziaływania terapeutyczne i psychoedukacja, poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne, wsparcie społeczne dzieci i młodzieży - w tym młodzieży do 21 r.ż., która rozpoczęła terapię przed ukończeniem 18 r.ż. oraz ich rodzin/sieci oparcia;
- 3) profilaktyka i edukacja.

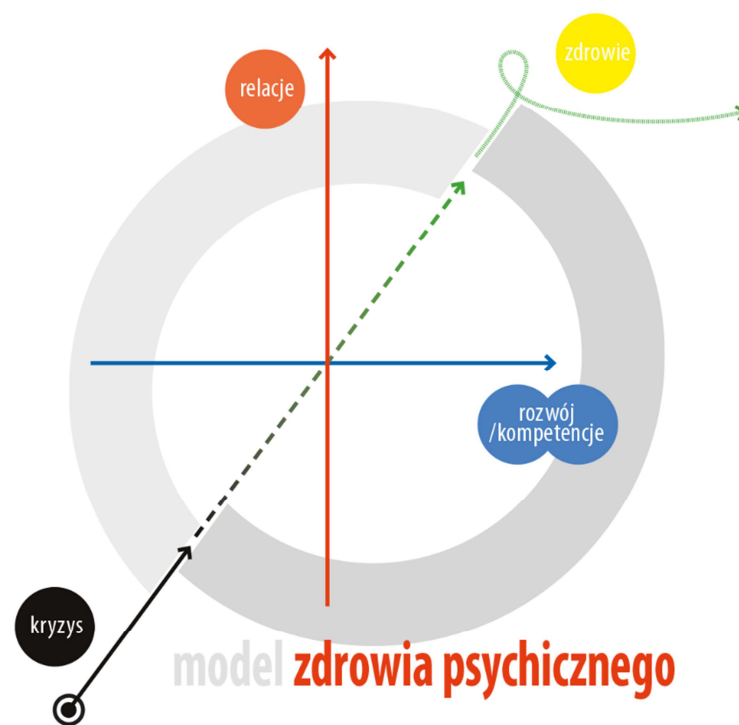
Opis ŚCZP dla dzieci i młodzieży powstał po ponad półrocznym testowaniu wyjściowego Modelu D003/15 przygotowanego w ramach innowacji społecznych we współpracy z Fundacją Wspierania Rozwoju Społecznego “Leonardo”. Głównymi autorami pierwotnej wersji są Dariusz Baran oraz Tomasz Rowiński. Model ten jest wdrażany od 2018 r. w Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa”.

Po uwzględnieniu zasobów oraz deficytów, model powinien być wdrażany z uwzględnieniem specyfiki społeczności lokalnej. Niemniej nie powinny ulegać zmianie zasady nadrzędne. Dotychczasowe wyniki testowania oraz zmiany zachodzące w obszarze regulacji prawnych w psychiatrii dzieci i młodzieży (m.in. reforma wprowadzająca poziomy referencyjne) istotnie wpłynęły na obecny kształt modelu, który utrzymał swoją elastyczność w odniesieniu do uwarunkowań środowiska lokalnego. Przedstawiona poniżej charakterystyka wskazuje na te jego elementy, które stanowią o jego tożsamości oraz wpływają na efektywność udzielanego wsparcia.

1. Założenia teoretyczne funkcjonowania ŚCZP

1.1. Cele organizacji usług

We wsparciu procesu zdrowienia dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, oprócz jasnych definicji jednostek chorobowych określonych przez klasyfikacje międzynarodowe ICD-10 (ICD-11) lub DSM-5, istotne jest zoperacjonalizowanie definicji zdrowia psychicznego. W założeniach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa” bazowano na wynikach badań prowadzonych w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.



Rysunek 1. Zdrowie psychiczne na podstawie Strus, Ciecuch i Rowiński (2014) oraz Strus i Ciecuch (2017) – opracowanie własne

Przyjęto za Strus, Ciecuch, Rowiński (2014) i Strus i Ciecuch (2017), że zdrowie psychiczne można „umieścić” pomiędzy dwoma ortogonalnymi zmiennymi. W pracy z dziećmi i rodziną sprowadza się ono do następujących celów:

- 1) tworzenie warunków do rozwoju lub odbudowy relacji interpersonalnych pomiędzy rówieśnikami oraz pomiędzy dziećmi i dorosłymi (bliskości i empatii);
- 2) tworzenie warunków do rozwoju potencjału dzieci i młodzieży uwzględniając ich możliwości związane z wiekiem (eksploracji i kształtowania własnej tożsamości i stopniowo wzrastającej samodzielności w kierowaniu sobą).

Biorąc pod uwagę prawidłowy rozwój człowieka założono, że kształtowanie się osobowości w wieku rozwojowym ma kluczowe znaczenie dla dobrostanu rodziny, dziecka i młodzieży (Caspi, Roberts, Shiner, 2005; Lenkiewicz, Srebnicki, Bryńska, 2016; Rothbart, 2011; Rowiński i in. 2019a; 2019b). Struktura osobowości i jej funkcjonowanie jest wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi i środowiskowymi, szczególnie rodzinnymi, odnoszącymi się do relacji z osobami istotnymi w aspekcie emocjonalnym (Klein 1952, Bowlby, 1952, 1969, 1982, Kagan 1988, Winnicott, 1993, Fonagy i wsp., 1991).

1.2. Zachowanie standardów leczenia

Drugą zasadą jest zachowanie standardów leczenia mających podstawy w wynikach badań naukowych w poszczególnych modalnościach psychoterapeutycznych. Czerpiąc z doświadczeń projektu “Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawy” oraz uwzględniając rekomendację Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) w UK¹ i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i in. (APA, 1997; 2000; 2000a; 2000b; Shah, Grover i Avasthi, 2019) można przyjąć w leczeniu dzieci i ich rodzin trzy modalności: systemowe, poznawczo-behawioralne oraz psychodynamiczne. Istotne jest, aby w każdej z nich uwzględniać aspekt środowiskowy, szczególnie szkołę oraz grupę rówieśniczą. Natomiast konceptualizacja powinna być przeprowadzana zgodnie ze standardami diagnozy klinicznej, dodatkowo z diagnozą sieci oparcia rodziny oraz dziecka. W ten sposób Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego, w ramach skoordynowanej pracy różnych sektorów publicznych (ochrona zdrowia, oświata i pomoc społeczna), może odpowiadać na dość szeroki wachlarz zgłaszanych problemów oraz wymagań stawianym specjalistom.

¹NICE Guidance (2020). Raport dostępny pod adresem: <https://www.nice.org.uk/>

1.3. Praca na zasobach

Trzecią zasadą jest praca z systemem rodzinnym i lokalnym w celu wykorzystania ich zasobów w procesie zdrowienia. System, w którym powstał problem nosi w sobie jego rozwiązanie (Deissler, 1998). W psychologii społecznej i socjologii przyjęto, że zachowanie człowieka powinno się rozpatrywać z perspektywy mikro- i makrosystemu. Ten pierwszy stanowi rodzina nuklearna z uwzględnieniem kontekstu międzypokoleniowego, a makrosystem to przede wszystkim system społeczny i kulturowy, w którym osoba żyje (Orwid, 2011). Za Maturaną (1988) i Luhmannem (2007) można przyjąć, że systemy te, jak każde inne, są uporządkowaną całością i składają się z elementów pozostających ze sobą w dynamicznej równowadze. Dzięki częściowo przepuszczalnym granicom mogą wyodrębnić się z otoczenia nie tracąc z nim łączności rozumianej jako możliwość wymiany informacji. Kluczowym aspektem utrzymującym i tworzącym system jest komunikacja pomiędzy jego elementami. Przebiega ona wzdłuż granicy sensu, co oznacza, że każde zachowanie w systemie ma cel. Nawet to, które zewnętrznemu obserwatorowi wydaje się go być pozbawione. Najgłębsze i najpełniejsze zrozumienie problemowego zachowania, z którym zgłasza się rodzina jest możliwe tylko i wyłącznie przy uwzględnieniu wiedzy i doświadczenia płynących ze wszystkich systemów w których uczestniczy dziecko. Zadaniem specjalisty nie jest dostarczenie eksperckiej wiedzy, ale poszukanie razem z członkami systemów najlepszego dla nich rozwiązania przy uwzględnieniu ich wiedzy na temat niepełnoletniego, podejmowanych działań i ich rezultatów oraz zaproszenie do pracy na rzecz dziecka poprzez wzięcie odpowiedzialności za poszczególne elementy planu zdrowienia.

1.4. Diagnoza funkcjonalna

Czwartym założeniem jest stosowanie diagnozy funkcjonalnej w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)². WHO (2007) opracowało także wersję klasyfikacji ICF dla dzieci i młodzieży (ICF-CY). Jej przydatność była badana w różnych kontekstach (np. Lee, 2011). Sama klasyfikacja odwołuje się do bio-psycho-społecznego rozumienia problemów psychicznych oraz porządkuje proces diagnostyczny i terapeutyczny. Jest ona prostym narzędziem do weryfikacji efektów wsparcia w ramach monitoringu procesu leczenia i koordynacji. W modelu ŚCZP dim znajduje zastosowanie w

² Klasyfikacja jest dostępna pod adresem:

https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf. Wersja dla dzieci i młodzieży nie ma oficjalnego tłumaczenia zaakceptowanego przez Polską Radę ICF. Wersja angielska jest dostępna pod adresem: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737>

monitorowaniu realizacji dwóch powyżej opisanych celów. Stanowi też odpowiednią ramę w koordynacji międzysektorowej oraz wśród specjalistów w danej społeczności lokalnej.

Międzynarodowe zespoły badawcze opracowały profile ICF³ dla niektórych zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego:

- ADHD wersja podstawowa i skrócona dla dzieci 0-5 oraz 6-17 r.ż. (Bolte i in., 2018);
- ASD wersja podstawowa i skrócona, wersja dla dzieci 0-5, 6-16 i od 17 r.ż. (Mahdi i in., 2018).

Ponadto, wersja podstawowa i skrócona zawiera gotowe profile, które mogą być wykorzystane przy wsparciu młodzieży w odniesieniu do trzech zaburzeń psychicznych, tj.:

- depresji;
- choroby afektywnej dwubiegunowej;
- schizofrenii.

W operacyjnej działalności Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży zastosowanie diagnozy funkcjonalnej wymusza organizację zespołu oraz procesu, w taki sposób, by możliwa była realizacja dwóch fundamentalnych celów, pomiędzy którymi umieszczono zdrowie psychiczne. W różnych społecznościach lokalnych Centrum może być inaczej zorganizowane, ale zawsze jego organizacja powinna uwzględniać owe cele, być może w lepszy sposób. Jednak konieczne wydaje się zapewnienie standardów leczenia z uwzględnieniem aspektu środowiskowego oraz mapowania i maksymalnego wykorzystania zasobów jako wytycznych w organizacji wsparcia na poziomie lokalnym.

1.5. Sieć oparcia społecznego

Kolejną, piątą, zasadą jest praca terapeutyczna uwzględniająca sieć oparcia społecznego. Obecność i zaangażowanie - poza dzieckiem - innych osób z rodziny i środowiska wychowawczego na konsultacjach i sesjach terapeutycznych, służy uruchomieniu zasobów tych „środowisk”. Osoby ważne dla dziecka, tj. rodzina, nauczyciele, rówieśnicy itd., mogą być osobami, które wspierają dziecko i podtrzymują pozytywne zmiany osiągnięte w terapii. Wsparcie rodziny i współpraca całego środowiska wychowawczego ma znaczenie

³ Więcej informacji jest na stronie: <https://www.icf-research-branch.org>

w tworzeniu indywidualnych planów zdrowienia. W modelu zakłada się, że każdy z pracowników powinien być gotowy do świadczenia usług w środowisku. Praca z siecią opiera się na siedmiu założeniach Otwartego Dialogu⁴.

Tabela 1. Założenia Otwartego Dialogu w pracy z rodziną, dziećmi i młodzieżą

Natychmiastowa pomoc	Założenie to jest szczególnie ważne w pracy z osobami będącymi w kryzysie psychicznym i rozumiane jest jako podjęcie pierwszego kontaktu z osobą zgłaszającą problem w przeciągu 24/72 godzin w zależności od stopnia nasilenia objawów. Jednak w pracy z dziećmi i nastolatkami istotne jest, żeby pamiętać, iż nie wszystkie problemy, z którymi zgłasza się rodzina noszą znamiona kryzysu psychicznego. Niektóre mają podłoże genetyczne, neurologiczne lub neurorozwojowe. W ich przypadku ważne jest, żeby do momentu pierwszego kontaktu ze strony zespołu nie upłynęło więcej niż 8 tygodni. W przypadku pracy z zaburzeniami wieku rozwojowego oprócz procesów psychoterapeutycznych, równie ważny jest proces diagnostyczny, który nierzadko obejmuje diagnozę wielospecjalistyczną i wieloaspektową. Dlatego w tej sytuacji zasada natychmiastowej pomocy może w pierwszej kolejności sprowadzać się do rozpoczęcia i przeprowadzenia pełnej diagnozy nozologicznej przy czynnym udziale rodziny, dziecka i szkoły/przedszkola lub innych instytucji uczestniczących w jego życiu.
Perspektywa sieci społecznej	Kluczowym aspektem pracy na rzecz zdrowienia dziecka jest uwzględnienie perspektywy sieci społecznej, która jest definiowana przez osobę zgłaszającą problem, czyli najczęściej rodziców/opiekunów prawnych. Sieć wsparcia społecznego w procesie zdrowienia dziecka ma dwa ważne zadania: (1) poszerzyć rozumienie zgłaszanego problemu i tym samym zaangażować się w poszukiwanie najbardziej adekwatnych dla niego rozwiązań oraz (2) podtrzymywać pozytywne zmiany osiągnięte przez dziecko/nastolatka w procesie zdrowienia.
Elastyczność i mobilność	Elastyczność i mobilność znajdują wyraz w indywidualnym podejściu do problemu dziecka/nastolatka i jego rodziny przy uwzględnieniu standardów pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej na etapie planowania oddziaływań terapeutycznych i warunków ich realizacji. Spotkania

⁴ Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2018) Otwarte Dialogi. Antycypacje, szanowanie inności. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

	<p>terapeutyczne mogą odbywać się poza ŚCZP dim, jeśli jest to związane z celami diagnostycznymi lub terapeutycznymi, dobrem klienta lub pomoże uniknąć rozwoju kryzysu psychicznego lub uniknąć hospitalizacji całodobowej.</p>
Odpowiedzialność	<p>Osoba spotykająca się pierwszy raz z rodziną staje się odpowiedzialna za poznanie kontekstu zgłoszenia. W jej obowiązkach jest także opracowanie indywidualnego planu zdrowienia jak i zbudowanie zespołu leczącego z różnych specjalistów (nierzadko związanych z siecią wsparcia społecznego). Działania, które prowadzi muszą odbywać się przy aktywnym udziale rodziny i dziecka/nastolatka. W modelu ŚCZP dim taką rolę pełni członek Zespołu Pierwszego Kontakt, który przyjmuje na siebie rolę <i>Case managera</i> (CM). Zespół diagnostyczno-terapeutyczny jest w całości odpowiedzialny za analizę problemu i zaplanowanie terapii przy uwzględnieniu stanowiska rodziny i dziecka/ nastolatka.</p>
Ciągłość psychologiczna	<p>Ciągłość opieki psychologicznej zachowywana jest przez CM, który bierze odpowiedzialność za pracę zespołu leczącego jak i przebieg procesu terapeutycznego. Szczególnie dba o łączenie różnych form oddziaływań terapeutycznych w jeden proces, tak, aby strategie te nie były sprzeczne, ale się uzupełniały.</p>
Tolerancja niepewności	<p>Tolerancja niepewności znajduje swoje odzwierciedlenie w postawie specjalisty wobec klienta i jego problemu w sytuacji kryzysu, w której zgłasza się rodzina z dzieckiem. Profesjonalista skupia się na zwiększaniu poczucia bezpieczeństwa klientów i budowaniu relacji z nimi zamiast przejmować kontrolę nad całym procesem zdrowienia. Przestrzeganie tej zasady przez zespół leczący służy aktywizacji zasobów tkwiących w systemie rodzinnym i społecznym. Umacnia to poczucie wpływu i sprawstwa u klientów. Jednak trzeba pamiętać, iż zasada ta nie obowiązuje w sytuacjach realnego zagrożenia zdrowia i życia klienta.</p>
Zasada dialogowości	<p>Spotkania ze specjalistami koncentrują się m.in. na wspieraniu dialogu jako forum, na którym rodzina jak i dziecko/ nastolatek, a także przedstawiciele sieci wsparcia społecznego omawiając problemy mogą uzyskać większy wpływ na własne życie. Zasada ta szczególnie realizowana jest w sesjach dialogu otwartego jak i w dialogu antycypacyjnym, w którym najczęściej uczestniczy dziecko/nastolatek, opiekunowie prawni, przedstawiciele jednostek systemu oświaty i zespół leczący.</p>

1.6. Profilaktyka zdrowia psychicznego

Ostatnią zasadą jest prowadzenie działań profilaktyki oraz promocji zdrowia psychicznego na obszarze funkcjonowania ŚCZP dim. Jest to niezbędne w celu redukcji liczby zaburzeń psychicznych oraz deeskalacji kryzysów psychicznych. Profilaktyka to „świadome działanie nastawione na jednostki lub grupy społeczne, mające na celu zapobieganie różnorodnym problemom zanim one wystąpią. Do działań profilaktycznych zalicza się również identyfikowanie jednostek lub grup zagrożonych w celu podejmowania interwencji we wczesnej fazie powstawania zachowań ryzykownych lub problemowych. Profilaktyka z definicji jest działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym⁵”.

Zadania profilaktyczno-edukacyjne skupiają się przede wszystkim na realizacji programów profilaktycznych dotyczących zaburzeń psychicznych oraz realizacji kampanii społecznych wzmacniających wiedzę z zakresu zdrowia psychicznego. Dodatkowo jedną z właściwości, którą wyróżnia ŚCZP dim, jest zwrócenie uwagi na kontakt z drugim człowiekiem bazujący na wzajemnym zrozumieniu.

⁵ Ostaszewski, K. (2016). *Standardy profilaktyki*. Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii; Warszawa. Publikacja dostępna pod adresem: https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=6177822

2. Centrum jako sieć oparcia społecznego

Kluczowym aspektem funkcjonowania ŚCZP jest tworzenie sieci koordynacji w społeczności lokalnej - na poziomie instytucjonalnym oraz indywidualnego procesu terapeutycznego w modelu zakładamy, że Centrum dla dzieci i młodzieży

jest siecią wspólnie działających instytucji i podmiotów, w których rodzina, dzieci i młodzież otrzymuje lub może otrzymać skoordynowane wsparcie jak najbliżej miejsca zamieszkania.

Networking w grupie instytucji na rzecz konkretnej rodziny jest możliwy na poziomie lokalnym w aktualnym stanie prawnym. Narzędzia pozwalające na zbudowanie takiej sieci mają jednostki samorządu terytorialnego (JST) - miasta, powiaty lub gminy. JST w większości sytuacji jest organem prowadzącym jednostki systemu oświaty (tj. publiczne przedszkola, szkoły i placówki, w tym poradnie psychologiczno-pedagogiczne), jednostki organizacyjne pomocy społecznej oraz pomocy rodzinie, w tym ośrodki interwencji kryzysowej i placówki wsparcia dziennego (np. świetlice socjoterapeutyczne, podwórkowe). Mogą również prowadzić zakłady opieki zdrowotnej lub mieć istotny wpływ na funkcjonowanie POZ-ów.

Rola JST może mieć charakter inicjujący lub wspierający w zależności od polityki przyjętej przez władze lokalne. Rola inicjująca zakłada aktywne uczestnictwo JST w tworzeniu sieci współpracy, natomiast rola wspierająca zakłada decyzję i zgodę władz na to, aby podległe im jednostki tworzyły skoordynowaną sieć wsparcia dla rodzin, dzieci i młodzieży. W modelu przyjmujemy, że warunki koordynacji oraz jej monitoring określa Centrum Koordynacji - zespół koordynacji międzyinstytucjonalnej, którego zadania oraz personel zostały opisane poniżej. Standard dopuszcza tworzenie sieci w ramach umów bilateralnych lub porozumień wielostronnych. Przy czym każda umowa powinna definiować działania oraz zakres odpowiedzialności podmiotów tworzących środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

2.1. Koordynacja z jednostkami systemu oświaty

Koordynacja z jednostkami systemu oświaty przebiega na poziomie indywidualnym - ucznia z trudnościami psychicznymi. Zgłoszenie do Centrum Koordynacji może nastąpić przez

przedszkole/szkołę/placówkę lub rodzinę. Przy czym opiekun prawny musi wyrazić pisemną zgodę na kontakt przedszkola/szkoły/placówki ze środowiskowym centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Koordynacja powinna uwzględniać specyfikę pracy danej jednostki systemu oświaty, regulacje prawne oraz lokalne możliwości w dostępie do specjalistów (zasoby). Głównie ośrodki medyczne I poziomu, w mniejszym stopniu II poziomu, powinny uwzględniać w swojej ofercie m.in. następujące formy współpracy:

- cykliczne spotkania ze specjalistami z jednostek systemu oświaty, w celu budowania współpracy w sieci ŚCZP dim oraz wymiany wiedzy i doświadczenia;
- wykłady oraz warsztaty dla kadry pedagogicznej poszczególnych instytucji dotyczące mechanizmów zaburzeń wieku rozwojowego i roli szkoły w procesie zdrowienia ucznia;
- indywidualne konsultacje dla pracowników instytucji oświatowych.

Możliwe formy oddziaływań podejmowanych w ramach koordynacji indywidualnego planu zdrowienia (po zakwalifikowaniu dziecka i rodziny do oddziaływań terapeutycznych na I poziomie lub w mniejszym stopniu na poziomie II) wyszczególnione są poniżej.

- Przedszkole:
 - psychoedukacja rodziców w ramach profilaktyki;
 - grupy wsparcia dla rodziców dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju (organizacja grup samopomocowych);
 - wsparcie specjalistów z przedszkola w trudnych sytuacjach wychowawczych;
 - superwizja merytoryczna dla kadry;
 - obserwacja dziecka w grupie rówieśniczej w ramach diagnozy przeprowadzanej po zakwalifikowaniu dziecka i rodziny do opieki w ramach I lub II poziomu;
 - wspólne uzgodnienie z rodzicami/opiekunami prawnymi, wychowawcą i specjalistą z ŚCZP dim oddziaływań terapeutycznych podejmowanych w grupie przedszkolnej;
 - uczestnictwo specjalistów oraz nauczycieli w sesjach Otwartego Dialogu na zaproszenie rodziców oraz dzieci i młodzieży.
- Szkoła podstawowa:

- współpraca na etapie konceptualizacji, np. przeprowadzenie sesji diagnostycznej w klasie;
 - uzgodnienie z rodziną oraz ze specjalistami i nauczycielami celu terapeutycznego oraz indywidualnego programu zdrowienia, uwzględniającego – w przypadku dzieci/uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – program edukacyjno-terapeutyczny;
 - włączenie szkoły i klasy w oddziaływania w ramach terapii środowiskowej dzieci i młodzieży;
 - uczestnictwo specjalistów oraz nauczycieli w sesjach Otwartego Dialogu na zaproszenie rodziców oraz dzieci i młodzieży;
 - przyjęcie dziecka na oddział dzienny z realizacją obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki w ramach terapii, włącznie z przygotowaniem szkoły na przyjęcie dziecka po wypisie z oddziału dziennego;
 - w przypadku hospitalizacji ucznia, wsparcie szkoły w przygotowaniu klasy na jego powrót lub praca z nową klasą przy zmianie szkoły;
 - prowadzenie przez zespół profilaktyki zajęć z promocji zdrowia psychicznego, co najmniej w klasach 6-8 szkoły podstawowej;
 - psychoedukacja dla rodziców dotycząca najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego i rozpoznawania ich symptomów.
- Szkoła ponadpodstawowa:
 - prowadzenie przez zespół profilaktyki zajęć z promocji zdrowia psychicznego w klasach i wśród rodziców;
 - psychoedukacja dla rodziców dotycząca najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego i rozpoznawania ich symptomów;
 - przyjęcie na oddział dzienny z realizacją obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki;
 - w przypadku hospitalizacji ucznia wsparcie szkoły w przygotowaniu klasy na jego powrót lub praca z nową klasą przy zmianie szkoły;
 - uczestnictwo specjalistów oraz nauczycieli w sesjach Otwartego Dialogu na zaproszenie rodziców oraz uczniów;
 - szkolenie specjalistów w zakresie tworzenia sieci *peer support* na terenie szkoły;

- psychoedukacja dla sieci *peer support* z danej szkoły ponadpodstawowej prowadzonej przez terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży.
- Poradnia psychologiczno- pedagogiczna:
 - współpraca przy opracowaniu zaleceń z obszaru zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w opiniach, orzeczeniach o potrzebie kształcenia specjalnego oraz orzeczeniach o potrzebie indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania;
 - szkolenia dla specjalistów z zaburzeń wieku rozwojowego i standardów ich diagnozy przy uwzględnieniu roli diagnozy psychologiczno- pedagogicznej;
 - współpraca w przygotowaniu orzeczenia o nauczaniu indywidualnym;
 - koordynacja procesów wsparcia dzieci i młodzieży, które są w procesach diagnostycznych w poradni.

2.2. Koordynacja podmiotów pomocy społecznej

Koordynacja z podmiotami pomocy społecznej przebiega głównie na poziomie konkretnego dziecka/nastolatka z trudnościami psychicznymi, którego rodzina objęta jest pomocą społeczną. Zgłoszenie do Centrum Koordynacji może nastąpić przez asystenta rodziny lub pracownika socjalnego za zgodą pisemną opiekuna prawnego lub niepełnoletniego powyżej 16 r.ż. Opiekun prawny i nastolatek muszą wyrazić pisemną zgodę na kontakt pracownika ośrodka pomocy społecznej z pozostałymi podmiotami ŚCZP dim. Koordynacja powinna uwzględniać specyfikę ośrodków pomocy społecznej, w przypadku dzieci/ nastolatków asystentów rodzinnych, regulacje prawne oraz lokalne możliwości specjalistów (zasoby).

Głównie ośrodki medyczne I poziomu, w mniejszym stopniu II poziomu, powinny uwzględniać m.in. następujące formy współpracy z podmiotami pomocy społecznej:

- objęcie pomocą psychologiczną i psychiatryczną, jeśli wymaga tego dziecko/nastolatek;
- wsparcie asystenta rodziny w realizacji jego zadań wynikających z Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1111, z późn. zm)⁶ dotyczących udzielania pomocy w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i wychowawczych;
- współpraca z asystentami rodziny w obszarze motywacji rodziny do zmiany i wytrwania w procesie terapeutycznym;
- psychoedukacja dotycząca zaburzeń wieku rozwojowych i umiejętności wychowawczych;
- terapia środowiskowa dzieci i młodzieży prowadzona w koordynacji z asystentem rodziny;
- superwizja merytoryczna dla asystentów rodzinnych/pracowników socjalnych.

3. Profilaktyka zdrowia psychicznego

W ŚCZP dim wyróżniono trzy poziomy oddziaływań profilaktycznych. Poziomy profilaktyki zostały zaproponowane przez Instytut Medycyny Akademii Nauk (Mrazek i Haggerty, 1994)⁷ oraz stanowią modyfikację klasyfikacji poziomów profilaktyki problemów zdrowotnych, która została zaproponowana przez Gordona (1993)⁸. Dlatego przyjęto, że profilaktyka modelu ŚCZP dim jest prowadzona na trzech głównych poziomach:

1. Profilaktyka uniwersalna – działania ukierunkowane na całą populację mające na celu wyeliminowanie lub zmniejszenie podejmowania zachowań i działań z grupy ryzyka. Działania profilaktyczne powinny rozpoczynać się jak najwcześniej i dotyczyć przede wszystkim populacji dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym, populacji młodych dorosłych oraz populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym. Dodatkowo promocja zdrowia, którą zaleca się rodzicom do podejmowania wśród swoich dzieci, powinna być prowadzona również przez wychowawców, opiekunów, pedagogów szkolnych, psychologów, jak i nauczycieli. Celem wszelkich działań profilaktycznych na tym poziomie jest promowanie zdrowego stylu życia,

⁶ Tekst Rozporządzenia jest dostępny pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111490887>

⁷ Mrazek, P., Haggerty, J. (1994) (red.). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. USA, Washington: National Academy Press.

⁸ Gordon, R. (1983). *An operational classification of disease prevention*. USA: Public Health Reports.

kształtowanie odpowiednich postaw prozdrowotnych oraz kształcenie umiejętności psychospołecznych niezbędnych w radzeniu sobie z kryzysami i procesie socjalizacji we współczesnym świecie.

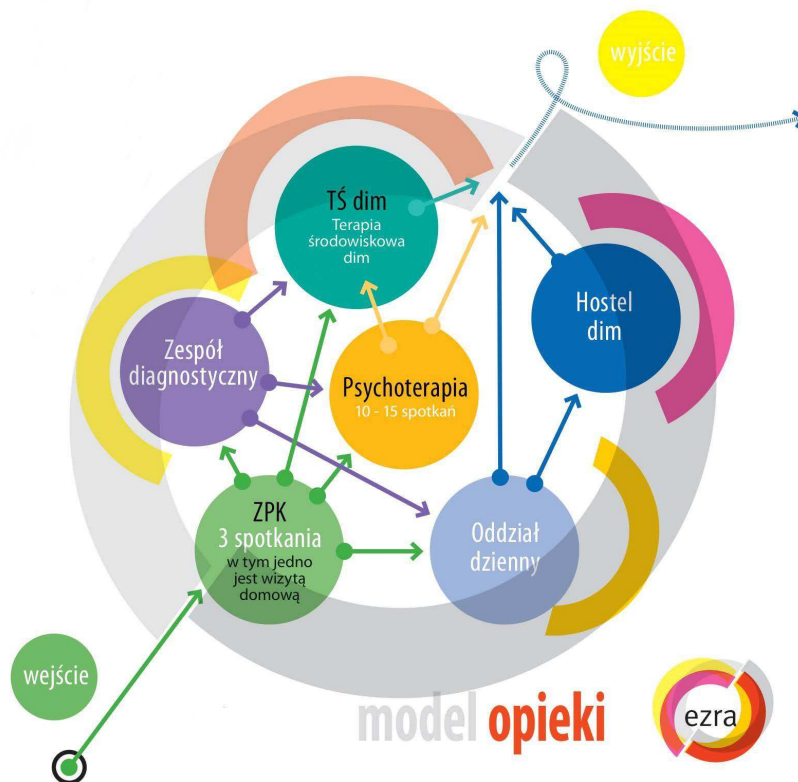
2. Profilaktyka selektywna – działania ukierunkowane na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka mające na celu zapobieganie, ograniczanie lub zaprzestanie podejmowania zachowań i działań z grupy ryzyka. Stosując profilaktykę selektywną, dąży się między innymi do ograniczania czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym oraz kształci umiejętności niezbędne w rozwoju emocjonalnym i społecznym osoby. Przez psychoterapeutów, psychologów, pracowników świetlic terapeutycznych oraz doradców rodzinnych prowadzone są programy profilaktyczne dla takich grup społecznych jak rodzice, opiekunowie i nauczyciele. Programy mają za zadanie pomóc uczestnikom w rozwiązywaniu pojawiających się problemów. Profilaktyka selektywna jest przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.
3. Profilaktyka wskazująca – działania ukierunkowane na jednostki lub grupy wysokiego ryzyka, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń psychicznych lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów zdrowotnych. Osoby prowadzące profilaktykę wskazującą to przede wszystkim osoby przygotowane w zakresie pomocy psychologicznej lub terapeutycznej w ramach tego poziomu profilaktyki współpraca odbywa się między różnymi specjalistami (Ostaszewski, 2010)⁹.

4. Organizacja usług w ŚCZP dim

W ramach oddziaływań medycznych I i II poziom referencyjny, które stanowią część reformy psychiatrii dziecięcej (Dz.U.2019.1640¹⁰ z późn. zm.) tworzą podstawową część ŚCZP dim. Usługi medyczne są rozumiane jako proces wsparcia dziecka/nastolatka będącego w kryzysie psychicznym i jego rodziny z **uwzględnieniem sieci oparcia** społecznego. Poniższy rysunek przedstawia poszczególne jego elementy związane z usługami medycznymi, które powinny być skoordynowane z pomocą społeczną oraz oświatą.

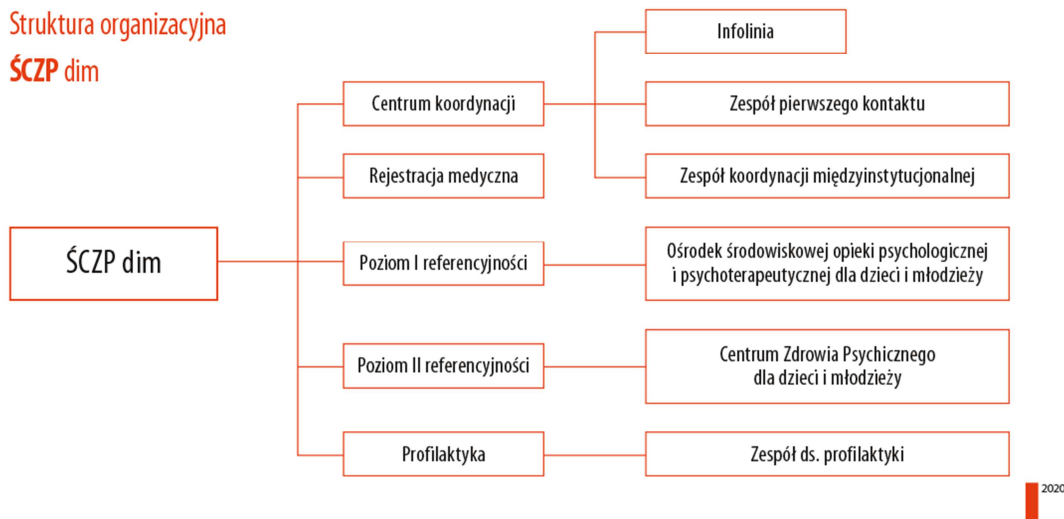
⁹ Ostaszewski, K. (2010). Kompendium wiedzy o profilaktyce. W: *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Warszawa: Fundacja ETOH.

¹⁰ Tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 i 1640 raz z 2020 r. poz. 456) jest dostępny pod adresem: isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285



Rysunek 2. Przykład rozwiązań organizacyjnych zastosowanych w projekcie "Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa"

Model organizacji usług Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży zawiera w sobie I (Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży) i II (Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży) poziom referencyjny i powinien spełniać standardy usług oraz minimalne standardy personelu dla tych poziomów przy uwzględnieniu potencjalnej liczby klientów z danego terenu. Poza tym w Modelu zakłada się funkcjonowanie Centrum Koordynacji, którego zadania oraz rolę opisano poniżej. Schemat organizacyjny jest przedstawiony na Rysunku 2.



Rysunek 3. Struktura organizacyjna Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży utworzonego w ramach projektu “Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa” - opracowanie własne

Standard wsparcia procesu zdrowienia dzieci, młodzieży oraz rodziny został opracowany na podstawie dwóch kluczowych raportów:

1. Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) Standard Operating Procedure¹¹
2. An Ideal Model for Children’s Mental Health Services in South West Region.¹²

W modelu uwzględniono specyfikę pracy z osobą niepełnoletnią oraz jej rodziną i siecią wsparcia społecznego wynikającą z podejścia Otwartego Dialogu, którego autorami są Jaakko Seikkula i Brigitta Alakare (2018).

4.1. Centrum Koordynacji

Centrum Koordynacji (CK) tworzy zespół specjalistów pracujących w ramach lokalnej infolinii, zespołu pierwszego kontaktu (ZPK) i zespołu koordynacji międzyinstytucjonalnej. Jego głównym zadaniem jest przyjęcie zgłoszenia, wstępna ocena rodzaju trudności i/ lub stopnia nasilenia kryzysu psychicznego i nawiązanie oraz podtrzymywanie relacji z rodziną i dzieckiem m.in. podczas wizyt domowych prowadzonych zgodnie z zasadami Dialogu

¹¹ NHS Cornwall Foundation Trust, 2015. Raport jest dostępny na stronie: <https://www.cornwallft.nhs.uk/download.cfm?ver=30176>

¹² The Ministry of Community and Social Services (MCSS) South West (SW) Region, 2001. Raport dostępny pod adresem: https://www.cmho.org/documents/Res_Ideal_Model_Final.pdf

Otwartego lub przekazanie dziecka czy rodziny do innych instytucji świadczących usługi odpowiadające na zgłaszane potrzeby. Główne zadania specjalistów z CK to skoordynowanie procesu wsparcia w danej społeczności lokalnej na poziomie instytucjonalnym; wypracowanie lokalnych procedur związanych z optymalizacją korzystania z dostępnych zasobów; przyjmowanie i wstępna ocena zgłoszeń pod kątem możliwości oraz zasobów Centrum.

Centrum Koordynacji może zostać stworzone przy powiatowym/miejskim/regionalnym centrum interwencji kryzysowej, powiatowym/miejskim centrum pomocy rodzinie, środowiskowym centrum zdrowia psychicznego/centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych lub poradni psychologiczno- pedagogicznej.

Tabela 2. Ogólne wymagania dla personelu Centrum koordynacji oraz rekomendowane szkolenia

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> ● wykształcenie wyższe na kierunku z dziedziny nauk medycznych, nauk o zdrowiu lub nauk społecznych: lekarskim, pielęgniarstwie, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, pracy socjalnej - asystentura rodzinna, socjologii lub resocjalizacji; ● doświadczenie w pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną - min. 2 lata w obszarze wsparcia lub diagnozy psychologicznej lub w obszarze interwencji kryzysowych. 	<ul style="list-style-type: none"> ● prowadzenie rozmowy telefonicznej lub online (czat) w sytuacji kryzysowej; ● prowadzenie sesji Dialogu Otwartego; ● diagnoza funkcjonalna z wykorzystaniem ICF; ● umiejętność konceptualizacji problemów psychicznych dzieci, młodzieży oraz ich rodzin; ● diagnoza psychopatologii wieku rozwojowego dla psychologów.

3.1.1. Infolinia dla mieszkańców i skoordynowanych podmiotów

Zespół infolinii odpowiedzialny jest za przyjmowanie zgłoszeń do Centrum oraz przeprowadzenie krótkiego wywiadu diagnostycznego w celu oceny stopnia nasilenia kryzysu psychicznego i pilności podjęcia interwencji (tzw. triaż psychiatryczny¹³). Stopień nasilenia kryzysu psychicznego oceniany jest za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu

¹³ Triage jest dostępny pod adresem: <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BBF15BBBA-1F99-47F2-BB02-0C3D21DEC9A7%7D>

diagnostycznego oraz triażu psychiatrycznego. Jest to wstępna ocena kwalifikacji i funkcjonowania dziecka zgłoszonego do Centrum. W zależności od stopnia nasilenia problemów oraz historii/aktualnego wsparcia zgłoszenie jest przyjmowane lub przekierowywane. Przyjęcie zgłoszenia oznacza rozpoczęcie procedur związanych z koordynacją wsparcia.

3.1.2 Zespół Pierwszego Kontakt

Po zgłoszeniu do Centrum Zespół Pierwszego Kontakt (ZPK) przyjmuje zlecenie od Zespołu Infolinii (partnerstwo powinno wypracować procedury dot. zlecenia zgłoszeń do ZPK) i podejmuje pierwszy kontakt z osobą zgłaszającą problem, a w przypadku nieletnich - z ich opiekunami prawnymi. Pierwsze spotkanie, co do zasady i po zgodzie obu stron, odbywa się w domu klienta i przeprowadzane jest zgodnie z zasadami Dialogu Otwartego. Głównymi zadaniami Zespołu Pierwszego Kontakt jest nawiązanie relacji z rodziną i klientem, poznanie historii problemu i sieci wsparcia społecznego oraz przygotowanie wstępnej konceptualizacji w podejściu bio-psycho-społecznym. Po wstępnej konceptualizacji zespół przekazuje klienta – w zależności od stopnia nasilenia objawów i rodzaju zgłaszanych trudności – do zespołów z poziomu I lub II. Do zespołu powinna być przypisana funkcja *Case Managera (CM)*¹⁴, czyli osoby odpowiedzialnej za:

- opracowanie indywidualnego planu zdrowienia (IPZ) uwzględniającego Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF);
- organizację zespołu leczącego (monitorowanie procesów wsparcia);
- towarzyszenie małoletniemu klientowi i jego rodzinie w procesie zdrowienia;
- ocenę okresową i końcową wsparcia w ramach indywidualnego planu zdrowienia.

3.1.3 Zespół koordynacji międzyinstytucjonalnej

Rekomendowane jest, aby przed uruchomieniem projektu, wszystkie podmioty lokalnie uzgodniły sposób koordynacji i komunikacji międzysektorowej. Dlatego powinien zostać powołany zespół odpowiedzialny za koordynację współpracy instytucji udzielających pomocy, w tym z sektora zdrowia, oświaty i pomocy społecznej, której celem jest zbudowanie sieci wsparcia dla rodziny i dziecka będących w kryzysie psychicznym.

¹⁴ Rola CM jest kluczowa dla odpowiedzialności Centrum za proces wsparcia. Może ona być zlokalizowana w innym zespole w danej społeczności lokalnej, ale musi być jasno określona z przypisaniem konkretnych zadań.

Członkowie zespołu – powołani z każdego podmiotu lub niezależnie np. przez JST – są odpowiedzialni za sformalizowanie współpracy pomiędzy instytucjami jak i budowanie przestrzeni kooperacji opartej na wzajemnym zaufaniu i szacunku. W centrum rozwiązań powinny być przede wszystkim potrzeby dziecka i jego rodziny. Rekomenduje się, aby w zespole znalazła się reprezentacja organizacji pacjenckich lub rodzin lub przedstawiciel rodziny z doświadczeniem kryzysu psychicznego własnych dzieci. Głównymi zadaniami zespołu są:

- wypracowanie umowy bilateralnej lub wielostronnej pomiędzy instytucjami;
- ustalenie reguł i procedury przepływu informacji w sieci podmiotu;
- organizowanie spotkań kwartalnych oraz monitorowanie współpracy międzyinstytucjonalnej.

3.1.4 Zespół profilaktyki

W skład zespołu ds. profilaktyki dzieci i młodzieży wchodzi osoby odpowiedzialne za profilaktykę, tj.: trener koordynator profilaktyki, specjalista ds. komunikacji społecznej oraz trenerzy warsztatów profilaktycznych.

Głównym zadaniem zespołu jest:

- opracowanie strategii profilaktyki zaburzeń psychicznych dla społeczności lokalnej;
- koordynacja i prowadzenie profilaktyki zaburzeń psychicznych;
- zapewnienie środków i niezbędnych materiałów na realizację procesu wdrażania profilaktyki;
- wsparcie merytoryczne partnerów i instytucji działających w lokalnej społeczności na rzecz dzieci i rodziny;
- współpraca z istniejącymi partnerami działającymi w społeczności lokalnej w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych;
- włączanie partnerów formalnych i nieformalnych w działania profilaktyczne, które są efektywne tylko przy odpowiednim zaangażowaniu zewnętrznych podmiotów tworzących sieć lokalną na rzecz profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Tabela 3. Ogólne wymagania dla personelu zespołu ds. profilaktyki

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> ● koordynator: wykształcenie wyższe na kierunku psychologia/pedagogika/ zdrowie publiczne oraz dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych; ● specjalista ds. komunikacji społecznej: wykształcenie wyższe na kierunku psychologia/pedagogika/zdrowie publiczne lub dwuletnie doświadczenie w tworzeniu, zarządzaniu kanałami komunikacji społecznej oraz dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu działań z obszaru profilaktyki zaburzeń psychicznych w mass mediach, ● trenerzy: wykształcenie wyższe na kierunku psychologia/pedagogika/zdrowie publiczne lub licencja trenerska i stopnia oraz co najmniej dwa lata doświadczenia w prowadzeniu szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem, zaburzeń psychicznych, profilaktyki uzależnień i zaburzeń psychicznych itp. 	<ul style="list-style-type: none"> ● szkolenia i kursy dot. poszerzenia wiedzy i umiejętności z obszaru profilaktyki zdrowia psychicznego.

4.2. Rejestracja medyczna

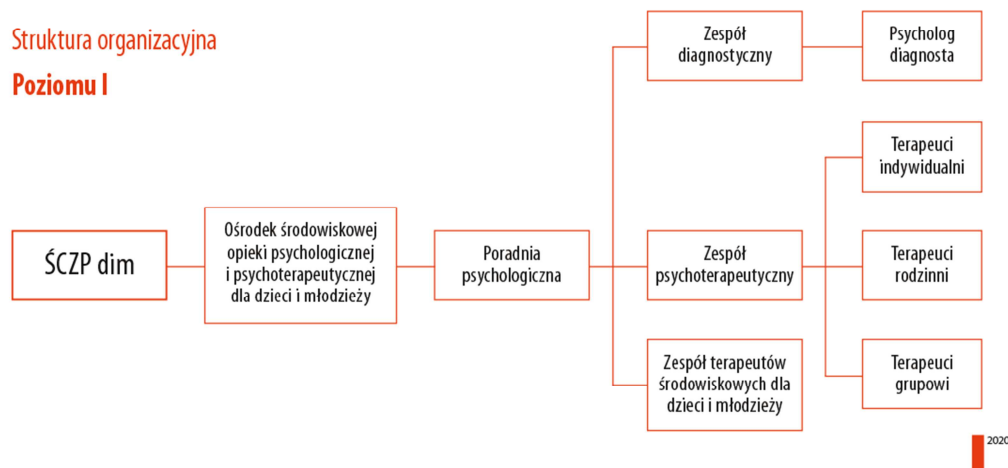
Zespół rejestratorek/ów jest odpowiedzialny za zarządzanie grafikami specjalistów, planem gabinetów oraz umawianiem wizyt w podmiotach leczniczych. W zależności od zasobów w danej społeczności lokalnej może on być organizowany w inny sposób. Istotne jest, aby odpowiednio rejestracja, recepcja lub sekretariat wypracowały sposób efektywnej komunikacji z Centrum Koordynacji oraz z klientem. Komunikacja pomiędzy tymi zespołami a zespołem infolinii powinna być szybka i efektywna oraz wspierana przez rozwiązania IT, co pozwoli reagować na bieżące zmiany w grafikach i na bezpośrednie kontaktowanie się z Klientem po stronie danego podmiotu.

Tabela 4. Ogólne wymagania dla personelu rejestracji medycznej

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> • wykształcenie średnie; • doświadczenie w pracy w rejestracji/ recepcji - min. 1 rok. 	<ul style="list-style-type: none"> • praca z trudnym Klientem lub opiekunami prawnymi/rodziną; • RODO w placówkach medycznych lub jednostkach systemu oświaty lub pomocy społecznej; • radzenie sobie w sytuacja stresowych; • umiejętności komunikacyjne.

4.3. Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny

Pierwszy poziom referencyjny jest opisany w przywołanym wyżej rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W modelu zespół ten jest opisany przez trzy etapy, które są realizowane przez poszczególne podzespoły (ewentualnie samodzielne stanowiska pracy w strukturach organizacyjnych podmiotu).



Rysunek 4. Struktura organizacyjna Poziomu I w ramach Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oparta na Modelu- opracowanie własne.

4.3.1 Zespół diagnostyczny

Zespół odpowiedzialny jest za diagnozę psychologiczną wspomaganą przez innych specjalistów, jeśli wymaga tego konceptualizacja problemu, z którym zgłosił się klient. Diagnoza prowadzona jest za pomocą testów psychologicznych, prób klinicznych

i neuropsychologicznych, obserwacji w naturalnym środowisku dziecka/ nastolatka, wywiadu rozwojowego oraz badania przeprowadzonego przez innego specjalistę, jeśli jest taka konieczność. Każdorazowo proces diagnostyczny kończy się przekazaniem rodzinie i małoletniemu klientowi diagnozy w formie ustnej lub pisemnej. Zespół diagnostyczny może organizować sesje koordynacji podczas których będą przeprowadzane konsultacje kliniczne ze specjalistami z innych podmiotów medycznych (POZ; AOS; II lub III poziomu referencyjności) lub poradni psychologiczno-pedagogicznej, których celem jest omówienie wątpliwości w obszarze diagnozy nozologicznej i/ lub przekierowania klienta na II poziom lub do szpitala.

Tabela 5. Ogólne wymagania dla personelu zespołu diagnostycznego

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> ● wykształcenie wyższe psychologiczne; ● 2-letnie doświadczenie w pracy z dziećmi, młodzieżą, w tymmin. 1 rok w zakresie diagnozy psychologicznej; ● znajomość psychopatologii wieku rozwojowego; ● posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych. 	<ul style="list-style-type: none"> ● szkolenie z diagnozy funkcjonalnej z wykorzystaniem ICF; ● szkolenie ze standardów diagnozy psychologicznej i opracowywania opinii psychologicznych; ● szkolenie z diagnozy neuropsychologicznej dziecka; ● szkolenie kwalifikacyjne dla psychologów nadające uprawnienia.

Zespół stosuje wytyczne dot. diagnozy przyjęte jako standard w badaniach psychologicznych (zob. Grzegorzewska, Cierpiątkowska, Borkowska, 2020).

4.3.2 Zespół psychoterapeutyczny

Zespół stanowią psychoterapeuci lub osoby będące co najmniej na trzecim roku kursu psychoterapii w modalnościach uznanych przez PTP lub PTPB, szczególnie w nurcie behawioralno- poznawczym, systemowym lub psychodynamicznym i obejmującym co najmniej 1200 godzin szkoleń. Pracują oni z rodzinami i małoletnimi klientami na rzecz zmiany zgodnie z celami ustalonymi w ramach indywidualnego planu zdrowienia, sesji indywidualnych, rodzinnych i grupowych adresowanych do dzieci, nastolatków jak i ich rodziców/ opiekunów prawnych. Uczestniczą w sesjach Dialogu Otwartego oraz

współpracują z nauczycielami i innymi osobami uczestniczącymi w życiu rodziny i klienta. W zakres ich obowiązków wchodzi również wizyty w środowisku klienta, jeżeli wymaga tego konceptualizacja, wsparcie lub jest taka konieczność.

Tabela 6. Ogólne wymagania dla personelu zespołu terapeutycznego

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> ● wykształcenie wyższe na kierunkach z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub nauk społecznych: lekarskim, pielęgniarstwie, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji; ● uznanie dorobku przez MZ w psychoterapii dzieci i młodzieży lub tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży¹⁵ lub certyfikat psychoterapeuty z min. 220h szkoleń lub kursów w psychoterapii dzieci i młodzieży; ● ukończony całościowy kurs z psychoterapii, w tym 220 h zajęć z psychoterapii dzieci i młodzieży lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży; ● w trakcie szkolenia, ale min. po 2 roku, z psychoterapii obejmującego minimum 1200 h szkolenia, w tym 360 h stażu w psychoterapii dzieci i młodzieży; ● co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodziną lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży. 	<ul style="list-style-type: none"> ● specjalizacja z psychoterapii dzieci i młodzieży prowadzona przez ośrodki akredytowane; ● szkolenia z psychoterapii prowadzone przez ośrodki atestowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej i obejmujące co najmniej 1200 h, w tym co najmniej 220 h poświęconych na problemy psychoterapii dzieci i młodzieży; ● kurs dialogu motywującego.

¹⁵ Program szkolenia specjalizacyjnego jest dostępny na stronach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego: <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2019/06/Psychoterapia-dzieci-i-mlodziezy-program-specjalizacji-aktualizacja-27-06-2019.pdf>

4.3.3 Zespół terapii środowiskowej dzieci i młodzieży

W zespole są osoby spełniające wymagania kwalifikacji „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” (M.P. z 29.12.2018 poz. 1279)¹⁶ lub są w trakcie szkolenia przygotowującego do certyfikatu nadającego uprawnienia do prowadzenia terapii środowiskowej dzieci i młodzieży lub w trakcie procedury walidacji efektów uczenia się w instytucji certyfikującej. Zespół pracuje środowiskowo co do zasady, rozumianej jako praca z rodziną, dziećmi i młodzieży w miejscu zamieszkania, realizacji obowiązku edukacyjnego lub w społeczności lokalnej. W swojej pracy terapeuci środowiskowi wykorzystują specjalistyczną wiedzę dotyczącą normatywnego rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży jak i psychopatologii wieku rozwojowego. Ich praca terapeutyczna oparta jest w głównej mierze na technikach behawioralno- poznawczych; dialogu motywacyjnym i metodach „pedagogiki podwórka”. Specjaliści ci czynnie uczestniczą w konceptualizacji problemu oraz współdziałają z innymi specjalistami z sieci wsparcia społecznego w ramach interdyscyplinarnych zespołów, które wspólnie planują i wdrażają program pomocy i wsparcia dla pacjenta oraz jego otoczenia z uwzględnieniem dostępnych zasobów, np. innych specjalistów i placówki w najbliższym środowisku rodziny. Do członków zespołu również może być przypisana funkcja *Case Managera*.

Tabela 7. Ogólne wymagania dla personelu zespołu terapii środowiskowej dzieci i młodzieży

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none">● wykształcenie wyższe na kierunkach z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk społecznych i humanistycznych, szczególnie lekarskim, pielęgniarstwie, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji;● uczestniczenie w szkoleniu przygotowującym do uzyskania certyfikatu w kwalifikacji “Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”;● złożenie wniosku dot. procedury walidacji efektów uczenia się w instytucji certyfikującej;● min. 2 lata doświadczenia w pracy	<ul style="list-style-type: none">● szkolenie z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży uwzględniające efekty uczenia zdefiniowane w kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”;● kurs z treningu zastępowania agresji;● kurs z treningu umiejętności społecznych;● kurs z dialogu motywującego;● kursy związane ze wzmacnianiem kompetencji wychowawczych rodziców;● kursy z terapii poznawczo-behawioralnej dla dzieci i młodzieży (1 rok);

¹⁶ Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji: <https://rejestr.kwalifikacje.gov.pl/frontend/index.php?r=kwalifikacja%2Fview&id=12646>

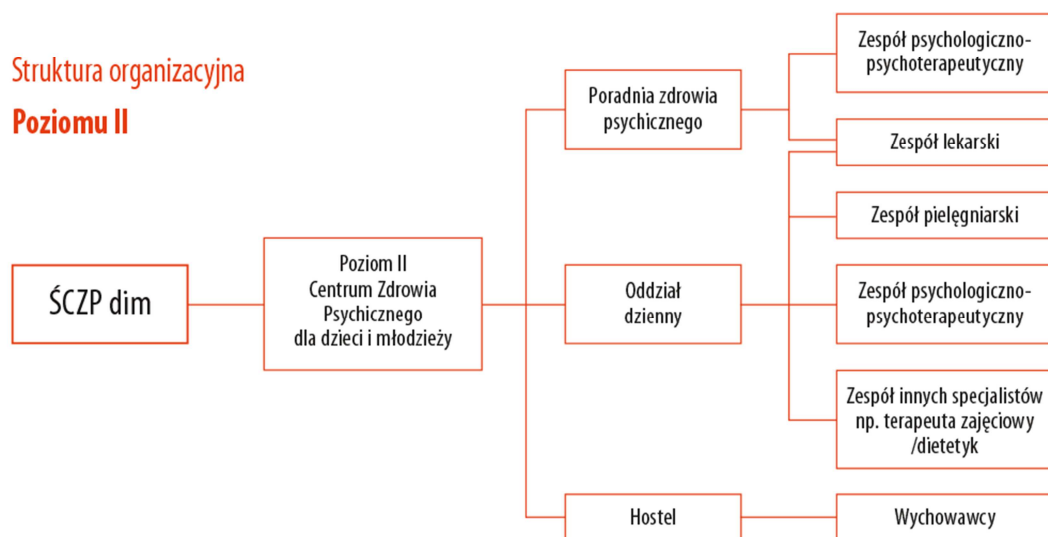
środowiskowej na rzecz dzieci młodzieży oraz rodzin (m.in. asystent rodziny; psycholog szkolny; streetworker).

- kursy z metod pracy podwórkowej/streetworkingu;

4.4. Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny

Biorąc pod uwagę zmiany w przepisach MZ dot. poziomów referencyjnych w psychiatrii dzieci i młodzieży, na II poziom referencyjny składają się w modelu następujące jednostki organizacyjne:

- 1) poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży;
- 2) oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny na min. 15 miejsc na 10.000 populacji niepełnoletniej (w wieku przedprodukcyjnym);
- 3) opcjonalnie hostel lub ośrodek okresowej opieki całodobowej dla młodzieży do 21 r.ż. na min. 8 miejsc na 25.000 populacji niepełnoletniej.



Rysunek 5. Struktura organizacyjna Poziomu II w ramach Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oparta na Modelu – opracowanie własne

W tworzeniu II poziomu referencyjnego minimalne warunki zostały opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285¹⁷),

¹⁷ Rozporządzenie jest dostępne pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/W/UDU20190001285/O/D20191285.pdf>

dwukrotnie zmienianym - rozporządzeniem z 14 sierpnia 2019 r (Dz.U. poz. 1640¹⁸) oraz z 16 marca 2020 r. (Dz.U. poz. 465¹⁹). Organizację II poziomu definiuje późniejsze rozporządzenie, przy zachowaniu definicji personelu oraz wymagań z rozporządzenia wcześniejszego.

4.4.1 Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

Poradnię stanowi zespół psychologiczno-psychoterapeutyczny i zespół lekarzy w skład którego mogą wchodzić specjaliści w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarze ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży, specjaliści w trakcie specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży. Pod jej opieką znajdują się dzieci i młodzież wymagające nie tylko diagnozy psychologicznej lub psychoterapii, ale również leczenia farmakologicznego. W modelu ŚCZP dim liczba personelu w poradni powinna zapewnić efektywną współpracę z Centrum Koordynacji oraz I poziomem, w tym:

- 1) konsultacje psychiatryczne dla klientów zgłaszanych przez ośrodki I poziomu w ramach współpracy w sieci referencyjności;
- 2) przekierowanie klientów na I poziom referencyjny, jeżeli jest negatywna kwalifikacja dot. przyjęcia do poradni zdrowia psychicznego;
- 3) konsultacje dla specjalistów z I poziomu oraz sesje koordynacji oraz konsylia dotyczące procesu leczenia dla wspólnych klientów;
- 4) diagnozę oraz psychoterapię klientów z silniejszymi objawami klinicznymi zaburzeń psychicznych, którzy nie mogą być zakwalifikowani do terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.

Tabela 8. Ogólne wymagania dla personelu II poziomu referencyjnego

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> ● personel musi spełniać łącznie wymagania opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z 	<ul style="list-style-type: none"> ● specjalizacja z psychoterapii dzieci i młodzieży prowadzona przez ośrodki akredytowane; ● psychoterapia prowadzona przez ośrodki atestowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo

¹⁸ Rozporządzenie zmieniające jest dostępne pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001640>

¹⁹ Rozporządzenie zmieniające jest dostępne pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000456>

zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)	Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczo- Behawioralnej i obejmujące co najmniej 1200 h, w tym co najmniej 220 h poświęconych na problemy psychoterapii dzieci i młodzieży; <ul style="list-style-type: none"> ● dialog motywujący; ● terapia behawioralno- poznawcza dzieci i młodzieży lub psychodynamiczna dzieci i młodzieży lub systemowa rodzin.
---	---

4.4.2 Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży

Oddział dzienny stanowi personel lekarski (w tym ordynator) i pielęgniarski, psychologiczno-psychoterapeutyczny, terapii zajęciowej i wychowawcy. Oddział ściśle współpracuje z przedszkolem, szkołą podstawową i/ lub ponadpodstawową, w ramach której pacjenci mogą realizować obowiązek nauki. W oddziale realizowany jest program terapeutyczny skierowany głównie do osób z zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami nastroju, z nieprawidłową kształtującą się osobowością, a także do osób z zaburzeniami psychotycznymi, ale bez aktywnych objawów wytwórczych. Są to zaburzenia psychiczne, które wymagają bardziej intensywnej terapii i opieki niż jest możliwa na I poziomie referencyjnym. Oferta terapeutyczna uwzględnia wiek pacjentów i konieczności realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, który jest realizowany na terenie oddziału lub w szkole macierzystej (w postaci nauczania indywidualnego).

W ramach oddziału prowadzona jest terapia indywidualna, rodzinna i grupowa, terapia zajęciowa. Oddział ściśle współpracuje z lekarzami zatrudnionymi w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, którzy nie tylko kierują na oddział, ale również odpowiadają za opiekę lekarską nad pacjentami w trakcie pobytu na oddziale (na II poziomie jest jeden zespół, który odpowiada za leczenie klientów).

Tabela 8. Ogólne wymagania dla personelu II poziomu referencyjnego

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none"> ● personel musi spełniać łącznie wymagania opisane w 	<ul style="list-style-type: none"> ● tematycznie związane z leczeniem zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń odżywiania;

rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)

- diagnoza psychologiczna i neuropsychologiczna dzieci i młodzieży;
- prowadzenie dokumentacji medycznej.

4.4.3 Hostel lub ośrodek okresowej opieki całodobowej

Hostel lub ośrodek skierowany jest do osób powyżej 16 r.ż. będących w kryzysie psychicznym - zaburzenia psychotyczne F20-F29 bez aktywnych objawów psychotycznych, zaburzenia nastroju F30- F39 i zaburzenia adaptacyjne F43 m.in wzmacniane przez trudności w relacjach rodzinnych, przy jednoczesnym braku wskazań do hospitalizacji całodobowej i do ograniczenia kontaktów rówieśniczych. Hostel powinien być tak zorganizowany, że jest dostępny i gotowy do przyjęcia określonej liczby Klientów w zależności od dostępności miejsc. Gotowość do przyjęcia młodzieży powinna być zapewniona przez cały miesiąc. Pobyt w hostelu połączony jest z oddziaływaniami terapeutycznymi w ramach oddziału dziennego skierowanymi do nastolatka i jego rodziny. Może trwać max. 3 miesiące z możliwością przedłużenia, jeśli zespół leczący uzna to za zasadne. Przeciwwskazaniem do pobytu w hostelu są: nasilone myśli "S" z tendencją do realizacji, zachowania agresywne w stosunku do innych osób i/lub masywne samookaleczenia, czynne uzależnienie od substancji psychoaktywnych, aktywne objawy psychotyczne i brak współpracy w leczeniu, (w tym przyjmowania zleconej farmakoterapii) i/ lub brak zgody nastolatka na pobyt.

Tabela 9. Ogólne wymagania dla personelu hostelu

Minimalne wymagania dla personelu	Rekomendowane szkolenia i kursy
<ul style="list-style-type: none">● personel musi spełniać łącznie wymagania opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.);	<ul style="list-style-type: none">● tematycznie związane z leczeniem zaburzeń odżywiania oraz zaburzeń odżywiania;● diagnoza psychologiczna i neuropsychologiczna dzieci i młodzieży;● prowadzenie dokumentacji medycznej.

-
- **co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z dziećmi jako wychowawca, albo jako personel medyczny w strukturach oddziału lub hostelu.**
-

5. Organizacja usług profilaktycznych

Organizacja usług profilaktycznych w SCZP dim powinna być prowadzona i ewaluowana zgodnie z ogólnoprzyjętymi standardami. W opracowaniach dot. profilaktyki są one często podzielone na trzy poziomy: profilaktyka uniwersalna, selektywna i wskazująca. Każdy z poziomów uwzględnia zadania dostosowane do określonego stopnia zagrożenia.

5.1. Profilaktyka uniwersalna zaburzeń psychicznych

Profilaktyka uniwersalna zaburzeń psychicznych adresowana jest do wszystkich osób w tym: dzieci, młodzieży, rodziców/opiekunów prawnych oraz wychowawców. Profilaktyka ta ma na celu ograniczenie pojawiania się problemów z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w środowisku lokalnym. Szkolenia edukacyjno-profilaktyczne z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinny być organizowane dla konkretnych grup odbiorców w lokalnej społeczności. Są to:

- uczniowie klas 6-8 szkoły podstawowej;
- uczniowie ze wszystkich oddziałów klasowych szkoły ponadpodstawowej;
- rodzice uczniów szkoły podstawowej;
- rodzice uczniów szkół ponadpodstawowych.

Celem szkoleń edukacyjno-profilaktycznych jest:

- promocja zdrowia psychicznego w określonych grupach odbiorców;
- kształtowanie nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi;
- umiejętność tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu psychicznemu;
- wzmocnienie wiedzy uczestników o zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży;
- tworzenie przyjaznego, wolnego od stereotypów środowiska udzielającego wsparcia osobom chorującym oraz zdrowiejącym.

Szkolenia edukacyjno-profilaktyczne wśród określonych grup odbiorców dotyczą konkretnej tematyki dostosowanej do potrzeb danej grupy i zidentyfikowanych potrzeb.

Zadania, które powinni wykonać trenerzy zespołu ds. profilaktyki to przekazanie istotnej wiedzy z zakresu dobrostanu psychospołecznego, który w szkole osiąga się poprzez budowanie dobrych relacji nauczycieli z uczniami i rodzicami oraz wzajemnie między

uczniami. Dzieci i młodzież powinny mieć większą świadomość na temat potrzeby i możliwości korzystania z profesjonalnego wsparcia w kryzysach psychicznych i reagowania na ich wystąpienie wśród rówieśników. Natomiast kadra wychowawcza po warsztatach powinna być lepiej przygotowana do odpowiedniego reagowania w przypadku niepokojących objawów wskazujących na kryzysy psychiczne wśród dzieci i młodzieży.

Rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców polega głównie na wzmacnianiu więzi z dzieckiem w różnych okresach jego rozwoju i dojrzewania. Bezpieczna relacja dzieci i młodzieży z rodzicami jest jednym z czynników chroniących przed występowaniem zaburzeń psychicznych. Szczególnie więź małego dziecka z matką stanowi fundament prawidłowego rozwoju psychicznego. Szkolenia profilaktyczne powinny wskazywać, że w każdym momencie rozwoju dziecka i młodego człowieka, relacje oparte na bliskiej więzi są kluczowe w profilaktyce zdrowia psychicznego najmłodszych. Warsztaty powinny także wzmacniać umiejętności wychowawcze rodziców w takich obszarach jak: budowanie porozumienia z dzieckiem, sposoby budowania więzi wśród członków rodziny, wspieranie dzieci w osiągnięciu celów, stawianie granic dzieciom i młodzieży. Szkolenia mogą dotyczyć tematyki prawidłowego rozwoju w wieku dojrzewania oraz roli rówieśników w rozwoju psychospołecznym dzieci i młodzieży.

Odpowiednio przygotowane materiały takie jak broszury i informatory oraz materiały dostępne online i w mediach społecznościowych mogą zawierać opisy problemów zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych z ogólnymi wskazówkami oraz opisem modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, a konkretnie sposobu pomagania i zasad współpracy w podejściu Otwartego Dialogu. Broszury i informatory mogą posłużyć przede wszystkim rodzicom i kadry wychowawczej w danej szkole. Scenariusze i instrukcje powinny być tak przygotowane, aby mogły być wykorzystane przez innych specjalistów, którzy mogą przeprowadzić podobne szkolenia z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

5.2. Profilaktyka selektywna zaburzeń psychicznych

Profilaktyka selektywna zaburzeń psychicznych adresowana jest do grup zwiększonego ryzyka zaburzeń psychicznych, ale także do rodzin mających inne problemy zdrowotne, rodzinne, ekonomiczne, z dziećmi mającymi trudności w nauce.

Uważność na dzieci i młodzież pod kątem z pozoru niepowiązanych problemów ze zdrowiem psychicznymi powinna być trenowana w różnych grupach pracujących z niepełnoletnimi przez specjalistów profilaktyki dzieci i młodzieży. Zespół dodatkowo w celu realizacji danego standardu powinien skupić się na organizowaniu spotkań ze społecznością lokalną służących określeniu danych potrzeb. Ważną rolę odgrywają tutaj rozmowy z dyrekcją szkoły, nauczycielami, psychologami i pedagogami o ryzykach występujących na co dzień w środowisku szkolnym. Istotne jest również monitorowanie lokalnych i krajowych mediów oraz kanałów komunikacji społecznej takich jak media społecznościowe oraz prowadzenie komunikacji z wykorzystaniem tych kanałów.

W szkołach ponadpodstawowych zespół powinien tworzyć rozwiązania zbliżone do tzw. *peer support*. Ten rodzaj profilaktyki i wsparcia jest prowadzony przez grupę nauczycieli oraz młodzież, która spełnia kryteria wejścia. Młodzież z *peer support* powinna umieć reagować na wczesnym etapie na pojawiające się problemy wśród swoich rówieśników. Prawidłowe wsparcie rówieśnicze jest jednym z czynników minimalizujących ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Kluczowe są trzy elementy współpracy w ramach profilaktyki selektywnej:

- grupa nauczycieli lub nauczycieli specjalistów, którzy potrafią zbudować prawidłową relację z młodzieżą, do których młodzi mogą się zwrócić o pomoc lub poradę. Oni też co do zasady współpracują z grupą rówieśników z sieci *peer support*;
- grupa młodzieży powyżej 16 r.ż., która spełnia kryteria wejścia do sieci *peer support*. Przy czym powinno się unikać parentyfikacji młodzieży oraz włączania osób z doświadczeniem własnego zaburzenia lub choroby psychicznej;
- superwizja sieci prowadzona przez specjalistów z ŚCZP dim lub specjalistów profilaktyki posiadających doświadczenie kliniczne lub doświadczenie w superwizowaniu lub prowadzeniu grup Balinta.

Odpowiednio przygotowani rówieśnicy mający wsparcie zespołu i ŚCZP dim mogą być pierwszymi osobami, które udzielą informacji o miejscach pomagających młodzieży.

5.3. Profilaktyka wskazująca zaburzeń psychicznych

Profilaktyka wskazująca zaburzeń psychicznych adresowana jest do poszczególnych dzieci i młodzieży z grupy wysokiego ryzyka (w tej grupie znajdują się dzieci i młodzież po próbie samobójczej, z zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi oraz eksperymentujący ze środkami psychoaktywnymi). Współpraca z rodzicami dziecka z zaburzeniami psychicznymi

powinna odbywać się przede wszystkim poprzez opracowanie we współpracy z zespołem ds. profilaktyki dzieci i młodzieży skutecznej pomocy dla dziecka w konsultacji z rodzicem, szkołą oraz specjalistycznym personelem, w tym: psychologiem/pedagogiem/psychiatrą dziecięcym. Celem tych działań jest zapobieganie nawrotom zaburzeń lub choroby wśród młodzieży i dzieci mających doświadczenie kryzysów psychicznych.

Wsparcie rodziny dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurozwojowymi ze strony zespołu ds. profilaktyki dzieci i młodzieży to jedno z działań, które odbywać się może poprzez proponowanie i zachęcanie rodziców do udziału w różnych treningach umiejętności rozwijających kompetencje rodziców w zakresie radzenia sobie z problemami wynikającymi z charakterystyki zaburzeń neurozwojowych. Zastosowanie znajdują tutaj także nowoczesne formy wsparcia i samopomocy, takie jak webinaria, grupy wsparcia w mediach społecznościowych czy materiały wideo.

Rekomendacje

W celu efektywnego wdrażania i działania sieci lokalnego wsparcia dla rodzin, dzieci i młodzieży w rozwiązaniach należy pamiętać o tzw. trzeciej stronie tj. opiekunach prawnych/rodzicach oraz obowiązku edukacyjnym lub obowiązku nauki. Dlatego jednostki tworzące ŚCZP dim powinny wdrożyć regulacje istotne dla prawidłowego funkcjonowania sieci podmiotów. Z tym są powiązane określone ryzyka, które należy uwzględnić na etapie tworzenia sieci koordynacji. Poniżej wypunktowano zalecenia, które Centrum Koordynacji powinno podjąć, a co do których nie ma jednego prawidłowego wzorca ich wdrażania. Są to:

- umowy o przetwarzaniu danych osobowych pomiędzy podmiotami;
- umowy/porozumienia o współpracy z najbliższym ośrodkiem III poziomu. Z powodu znacznego obciążenia pracowników całodobowych oddziałów psychiatrycznych mogą one w praktyce ograniczyć się wyłącznie do przejmowania opieki nad rodziną po hospitalizacji dziecka lub młodzieży;
- zmiana paradygmatu we wspieraniu procesów zdrowienia w rodzinie (np. aktywna rola CM) może zająć więcej czasu nie zakładano. Kadra menedżerska powinna monitorować i pracować na rzecz zmiany w postawie specjalistów.

W przypadku wdrażania ŚCZP dim kluczowe są:

- kompetencje kadry specjalistów pracujących z klientami. Ważne, żeby w zespole przynajmniej jeden specjalista posiadał pięcioletnie doświadczenie kliniczne w pracy z dziećmi i młodzieżą;
- różnorodność modalności psychoterapeutycznych, w których pracuje zespół, szczególnie osoby pracujące w nurcie CBT, psychodynamicznym i systemowym. Ważne jest, żeby co najmniej dwóch psychoterapeutów miało ukończony co najmniej drugi rok psychoterapii systemowej i posiadało doświadczenie w pracy z rodzinami;
- liczba godzin pracy bezpośrednio z klientem powinna stanowić taki procent czasu pracy specjalisty, aby w ramach umowy możliwa była praca w środowisku lokalnym na rzecz klienta, tj. sesje koordynacji, spotkania zespołu leczącego, spotkania w ramach sesji Otwartego Dialogu, itd.;

- kadra zarządzająca powinna określić sposób monitorowania pracy i realizacji celów ŚCZP dim w poszczególnych procesach terapeutycznych oraz reguły ewaluacji ich efektywności pod kątem poprawy funkcjonowania dzieci i młodzieży, ale także pod kątem zasad funkcjonowania ŚCZP dim (rozdział I).

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1–63.
2. American Psychiatric Association. (2000a). *Practice guideline for the treatment of patients with major depression*. Washington DC: APA.
3. American Psychiatric Association. (2000b). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl.), 1–45.
4. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, (Suppl.), 1–39.
5. Shah, R., Grover, S., & Avasthi, A. (2019). Clinical practice guidelines for the assessment and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 2), 176.
6. Bölte, S., Mahdi, S., Coghill, D., Gau, S. S. F., Granlund, M., Holtmann, M., ... & de Vries, P. J. (2018). Standardised assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), 1261-1281.
7. Caspi, A., Roberts, B. W., Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 453-484.
8. Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62(5), 891-905.
9. Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
10. Grzegorzewska, I., Cierpiątkowska, L., Borkowska, A.R. (2020) (red). *Psychologia kliniczna dziecka i młodzieży*. Warszawa: PWN.
11. Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
12. Klein, M. (1952). The mutual influences in the development of ego and id: Discussants. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7(1), 51-68.
13. Klein, M. (Ed.). (2013). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources* (Vol. 6). Routledge.
14. Lee, A. M. (2011). Using the ICF-CY to organize characteristics of children's functioning. *Disability and Rehabilitation*, 33(7), 605-616.
15. Lenkiewicz K., Srebnicki T., Bryńska A. (2016). Mechanizm kształtujące rozwój osobowości i jej zaburzeń u dzieci i młodzieży. *Psychiatria Polska*; 50(3): 621–629.
16. Luhmann, N. (2007). *Systemy społeczne. Zarys ogólnej teorii*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
17. Mahdi, S., Albertowski, K., Almodayfer, O., Arsenopoulou, V., Carucci, S., Dias, J. C., ... & da Cunha, G. R. (2018). An international clinical study of ability and disability in autism spectrum disorder using the WHO-ICF framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(6), 2148-2163.
18. Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1), 25-82.
19. Orwid, M. (2012). Czynniki psychospołeczne w psychiatrii dzieci i młodzieży. W: Namysłowska, I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL.
20. Ostaszewski, K. (2010). Kompendium wiedzy o profilaktyce. W: *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Warszawa: Fundacja ETOH.
21. Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. Guilford Press.
22. Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., ... & Krueger, R. F. (2019). Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska

- adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część I - założenia teoretyczne. *Psychiatria Polska*, 53(1). 7-22.
23. Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., ... & Krueger, R. F. (2018). Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część II–wyniki empiryczne. *Psychiatria Polska*, 53(1), 23-48.
24. Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2018). *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
25. Woods Winnicott, D. (1993). *Dziecko, jego rodzina i świat*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.