



# **Standardy i rekomendacje merytoryczne dla ośrodków I poziomu referencyjnego**

Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej  
dla Dzieci i Młodzieży/Zespoły Środowiskowej Opieki Psychologicznej  
i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży

Warszawa, 2023

# **Standardy organizacyjne dla ośrodków I poziomu referencyjnego**

Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej  
dla Dzieci i Młodzieży/Zespoły Środowiskowej Opieki Psychologicznej  
i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży

Opracowano w ramach realizacji projektu „Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży” nr POWR.05.02.00-00-0001/21, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

## **Standardy organizacyjne – I poziom referencyjny**

1. Organizacja pracy ośrodka/zespołu
  - 1.1. Cele funkcjonowania ośrodka/zespołu
  - 1.2. Organizacja funkcjonowania ośrodka/zespołu
  - 1.3. Funkcje i zadania poszczególnych członków personelu ośrodka/zespołu
    - 1.3.1. Zadania i zakres obowiązków psychologa
    - 1.3.2. Zadania i zakres obowiązków psychoterapeuty
    - 1.3.3. Zadania i zakres obowiązków terapeuty środowiskowego
  - 1.4. Współpraca wewnętrzna zespołu
  - 1.5. Koordynacja przypadku
  - 1.6. Wsparcie merytoryczne i superwizje
2. Organizacja opieki nad pacjentem
  - 2.1. Ścieżka pacjenta
  - 2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej, zgody na leczenie
    - 2.2.1. Zgoda na leczenie
    - 2.2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej
3. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi
  - 3.1. Konsylia zewnętrzne
  - 3.2. Sesje koordynacji
4. Standardy i algorytmy postępowania

## **Słownik pojęć**

**Konsylium wewnętrzne** – narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wewnętrznej struktury podmiotu.

**Konsylium zewnętrzne** – narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach współpracy między personelem realizującym świadczenia opieki zdrowotnej u innych świadczeniodawców (tj. z innymi podmiotami realizującymi świadczenia opieki zdrowotnej w ramach I, II lub III poziomu referencyjnego).

**Sesje koordynacji** – spotkania personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ośrodku I poziomu referencyjnego z: (a) personelem innych podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, (b) zespołami podstawowej opieki zdrowotnej, (c) pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania lub higienistkami szkolnymi, (d) dyrektorami szkoły lub placówki oświatowej, nauczycielami, (e) osobami niebędącymi nauczycielami realizującymi zadania w zakresie wsparcia dzieci, uczniów i rodzin, (f) osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty, (g) przedstawicielami zespołów kuratorskiej służby sądowej, (h) asystentami rodzinnymi i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej. Ich celem jest podjęcie i realizowanie współpracy w zakresie koordynacji wsparcia dla dziecka/adolescenta, jego rodziny i otoczenia społecznego.

## **Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży/Zespół Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej Dla Dzieci i Młodzieży – I poziom referencyjny**

### **Standardy organizacyjne**

#### **1. Organizacja pracy ośrodka/zespołu**

##### **1.1. Cele funkcjonowania ośrodka/zespołu**

Cele i zadania Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży/Zespołów Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (ośrodki/podmioty I poziomu referencyjnego) są ukierunkowane na udzielanie kompleksowej oraz interdyscyplinarnej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom i otoczeniu. Z pomocy tego rodzaju podmiotów korzystać mogą dzieci i młodzież oraz ich rodziny. Istotnym elementem działalności podmiotów I poziomu referencyjnego są świadczenia realizowane w środowisku zamieszkania i codziennego funkcjonowania dziecka/adolescenta i jego rodziny. Z tego względu zaleca się wybór ośrodka jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

##### **Cel 1**

Działania podmiotów I poziomu referencyjnego obejmują w zależności od potrzeb:

- diagnozę psychologiczną i wieloaspektową konceptualizację problemu pacjenta,
- wsparcie i pomoc psychologiczną,
- psychoterapię,
- warsztaty/treningi,
- terapię środowiskową,
- wsparcie psychospołeczne otoczenia pacjenta,
- profilaktykę i prewencję,
- zindywidualizowaną współpracę ze środowiskiem pacjenta (m.in. środowisko sąsiedzkie, inni specjaliści z jednostek ochrony zdrowia, jednostki oświatowe i placówki oświatowo-wychowawcze, służby publiczne, jednostki pomocy społecznej i pieczy zastępczej, zespoły kuratorskie).

Z założenia działalność ośrodków I poziomu referencyjnego opiera się na pracy zespołowej, która w kontekście diagnozy psychologicznej i konceptualizacji oraz procesu terapeutycznego powinna być poddawana regularnej superwizji.

##### **Cel 2**

Zgodnie ze współczesnym, biopsychospołecznym rozumieniem człowieka i jego zdrowia idea ośrodków I poziomu referencyjnego zakłada rozeznanie zgłaszanego problemu w odniesieniu do kontekstu indywidualnego pacjenta, jego kontekstu rodzinnego, relacyjnego, społeczno-kulturowego oraz dobranie i uspołnienie oddziaływań pomocowych w jego otoczeniu.

### **Cel 3**

Do celów szczegółowych działania ośrodków I poziomu referencyjnego należą:

- wdrażanie interwencji psychospołecznych (diagnostycznych i terapeutycznych) jako pierwszych, z wyboru, na wczesnym etapie pojawienia się problemu,
- zapewnienie możliwości diagnozy i leczenia z uwzględnieniem środowiska dziecka/adolescenta,
- tworzenie warunków dla wsparcia rozwoju (w tym do prawidłowego rozwoju osobowości oraz podjęcie pomocy w zakresie wystąpienia nieprawidłowości w tym obszarze rozwojowym), realizacji zadań rozwojowych, identyfikacji zasobów oraz umiejętności efektywnej adaptacji do otoczenia i umiejętności interpersonalnych dziecka/adolescenta, poprzez umożliwienie prowadzenia psychoterapii długoterminowej w formie indywidualnej i rodzinnej oraz innych oddziaływań, uznanych za wykazane w odniesieniu do danego pacjenta,
- zapewnienie dostępu do zindywidualizowanych oddziaływań, dopasowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka/adolescenta oraz jego otoczenia,
- zapewnienie możliwości całościowej i wielostronnej opieki psychologicznej (diagnoza psychologiczna, pomoc psychologiczna) oraz terapii (psychoterapia, terapia środowiskowa),
- wprowadzenie całościowego rozumienia zgłaszanego problemu (wieloaspektowa konceptualizacja), z ujęciem kontekstu rodzinnego, środowiskowego, społeczno-kulturowego, historycznego,
- dostęp do spójnego i skoordynowanego procesu leczenia, opartego na planie diagnostyczno-terapeutycznym oraz biopsychospołecznej konceptualizacji problemu i funkcjonowania dziecka/adolescenta,
- wzmacnianie naturalnych źródeł wsparcia (zasobów) w otoczeniu społecznym dziecka/adolescenta.

**Tabela 1.** Biopsychospołeczny wymiar zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

<b>Biopsychospołeczny wymiar zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – uzasadnienie teoretyczne</b>
<p>Obserwacje kliniczne wskazują, że u dzieci i młodzieży:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• objawy psychopatologiczne najczęściej mają charakter procesualny, nie incydentalny (zmiany charakteru objawów w czasie),</li> <li>• granice między normą a psychopatią są płynne,</li> <li>• dochodzi często do współwystępowania objawów psychopatologicznych.</li> </ul>
<p>Współcześnie zaleca się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podejście dymensjonalne a nie kategorialne w diagnozie nozologicznej (posługiwanie się pojęciem spektrum objawów/zaburzeń),</li> <li>• funkcjonalne podejście w procesie diagnozy klinicznej (opis całościowego funkcjonowania osoby, jej możliwości oraz czynników wpływających na jej funkcjonowanie).</li> </ul> <p>Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia – wersja dla dzieci i młodzieży ICF-CY, pozwala rejestrować cechy rozwijającego się dziecka oraz wpływ środowiska na rozwój. Uwzględnia powiązanie między indywidualnym funkcjonowaniem dziecka/adolescenta, kształtowaniem się jego kompetencji osobistych, z kontekstem rozwojowym, rodzinnym i społecznym.</p> <p>Współczesne podejście do diagnozy (w tym klasyfikacja ICF-CY) odwołuje się do podejścia klinicznego określanego mianem psychopatologii rozwojowej.</p> <p>Psychopatologia rozwojowa zakłada przede wszystkim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozumienie zdrowia i choroby jako wyniku działania czynników ryzyka oraz czynników ochronnych w toku życia człowieka,</li> <li>• dynamiczną interakcję między biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, kulturowymi, środowiskowymi czynnikami (ryzyka lub ochronnymi), która decyduje o adaptacji lub nieprzystosowaniu dziecka/adolescenta,</li> <li>• konieczność złożonej i wielopoziomowej analizy objawów prezentowanych przez dziecko/nastolatka.</li> </ul>

## 1.2. Organizacja funkcjonowania ośrodka/zespołu

### Standard 1

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży udziela świadczeń minimum pięć dni w tygodniu (od poniedziałku do soboty, z wyłączeniem dni wolnych od pracy i świąt), w tym minimum dwa razy w tygodniu od godziny 8.00 oraz minimum dwa razy w tygodniu do godziny 20.00. Zespół Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży udziela świadczeń minimum pięć dni w tygodniu (od poniedziałku do soboty, z wyłączeniem dni wolnych od pracy i świąt),

w tym minimum dwa razy w tygodniu od godziny 8.00 oraz minimum dwa razy w tygodniu do godziny 20.00.

**Standard 2**

Docelowa grupa objęta opieką to dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzież objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcący się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, a także ich rodziny lub opiekunowie prawni i najbliższe otoczenie społeczne.

**Standard 3**

Pierwszym etapem leczenia jest przeprowadzenie procesu diagnostycznego zgodnie z opisanymi procedurami.

**Standard 4**

Proces diagnostyczny powinien trwać nie dłużej niż 3 miesiące i być zakończony konsylium wewnętrznym, na którym następuje omówienie diagnozy, przedstawienie planu postępowania, wyznaczenie osób do jego realizacji oraz zostaje ustalona osoba koordynatora przypadku.

**Standard 5**

Zaleca się, aby ośrodek/zespół organizował konsylia wewnętrzne, zewnętrzne i sesje koordynacji.

**Standard 6**

Ośrodek/zespół jest zobowiązany do podejmowania współpracy z Centrami Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Poradniami Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Oddziałami Dziennymi Psychiatrycznymi Diagnostyczno-Terapeutyczno-Rehabilitacyjnymi dla Dzieci i Młodzieży (ośrodki II poziomu referencyjnego) oraz Ośrodkami Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (ośrodki III poziomu referencyjnego).

**Standard 7**

Oddziaływania prowadzone w ramach ośrodka/zespołu, w tym procesy diagnozy psychologicznej oraz procesy psychoterapii powinny być poddawane regularnej superwizji grupowej, co najmniej raz w miesiącu.



### **1.3. Funkcje i zadania poszczególnych członków personelu ośrodka/zespołu**

Działanie ośrodka I poziomu referencyjnego opiera się na współpracy zespołu, do którego należą:

- (1) psycholog (specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą, lub psycholog kliniczny, lub psycholog posiadający co najmniej rok udokumentowanego doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą w placówkach działających w ramach systemu opieki zdrowotnej, oświaty, pomocy społecznej, wspierania rodziny lub pieczy zastępczej),
- (2) psychoterapeuta (specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty),
- (3) terapeuta środowiskowy (terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji rynkowej 'Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży' włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, w rozumieniu art. 2 pkt 25 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2020 r. poz. 226), lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca tytuł magistra psychologii lub magistra pedagogiki specjalnej, po uzyskaniu pozytywnej opinii kierownika podmiotu.

Ważne, by każda z tych osób posiadała doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz ich otoczeniem społecznym.

#### **1.3.1. Zadania i zakres obowiązków psychologa**

1. Prowadzenie procesu diagnostycznego, w tym:
  - a. prowadzenie wywiadu rodzinnego, rozwojowego i diagnostycznego z rodzicami/opiekunami, prowadzenie rozmowy z dzieckiem/adolescentem,
  - b. prowadzenie obserwacji zachowania dziecka/adolescenta w gabinecie, prowadzenie obserwacji relacji dziecka/adolescenta z rodzicami/opiekunami, rodzeństwem,
  - c. gromadzenie i analiza danych z dostępnej dokumentacji (np. dokumentacja lekarska, opinie psychologiczne i pedagogiczne, orzeczenia, świadectwa szkolne, opinia kuratora, wyroki sądowe itd.),
  - d. prowadzenie diagnostyki psychologicznej, z wykorzystaniem standaryzowanych procedur i narzędzi diagnostycznych, dostosowanej do możliwości i potrzeb dziecka/adolescenta.
2. Współdziałanie w procesie planowania, realizacji i monitorowania postępowania, w tym:
  - a. tworzenie konceptualizacji i planu terapeutycznego, uwzględniającego dostępne zasoby,

- b. ustalanie rodzaju i zakresu oddziaływań, podziału pracy,
  - c. podejmowanie roli koordynatora przypadku,
  - d. uczestniczenie w konsyliach wewnętrznych i zewnętrznych, sesjach koordynacji oraz współdziałanie w ramach zespołu interdyscyplinarnego, realizującego program pomocy i wsparcia pacjenta, i jego otoczenia,
  - e. uczestniczenie w spotkaniach superwizyjnych (tj. superwizjach klinicznych oraz superwizjach terapeutycznych).
3. Prowadzenie oddziaływań pomocowych, w tym terapeutycznych, profilaktycznych, interwencji środowiskowych dotyczących pacjenta, jego rodziny i otoczenia, w tym:
- a. prowadzenie porad psychologicznych dla dziecka/adolescenta,
  - b. prowadzenie oddziaływań grupowych w postaci treningów lub warsztatów,
  - c. w razie potrzeby współprowadzenie wraz z psychoterapeutą psychoterapii grupowej,
  - d. prowadzenie oddziaływań edukacyjno-konsultacyjnych związanych ze wsparciem psychospołecznym,
  - e. w razie potrzeby prowadzenie wizyty w środowisku dziecka/adolescenta,
  - f. podejmowanie adekwatnych działań prawnych,
  - g. prowadzenie wsparcia informacyjnego dla rodziców/opiekunów na temat świadczeń oferowanych przez system ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, instytucje pomocowe, instytucje prawne,
  - h. przygotowywanie pisemnych informacji o stanie zdrowia dziecka/adolescenta, w tym dotyczących zakresu koniecznych dostosowań, zaleceń terapeutycznych oraz profilaktycznych dla (a) rodziców/opiekunów, (b) podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, (c) zespołów podstawowej opieki zdrowotnej, (d) pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, (e) higienistek szkolnych, (f) nauczycieli, (g) osób udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty, (h) przedstawicieli zespołów kuratorskiej służby sądowej, (i) asystentów rodzinnych i pracowników socjalnych w podmiotach pomocy społecznej.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej.

### **1.3.2. Zadania i zakres obowiązków psychoterapeuty**

1. Współdziałanie w procesie planowania, realizacji i monitorowania postępowania, w tym:
- a. współtworzenie konceptualizacji i planu terapeutycznego, uwzględniającego dostępne zasoby,
  - b. ustalanie rodzaju i zakresu oddziaływań, podziału pracy,
  - c. podejmowanie roli koordynatora przypadku,
  - d. uczestniczenie w konsyliach wewnętrznych i zewnętrznych, sesjach koordynacji oraz współdziałanie w ramach zespołu interdyscyplinarnego, realizującego program pomocy i wsparcia pacjenta, i jego otoczenia,
  - e. uczestniczenie w spotkaniach superwizyjnych (tj. superwizjach klinicznych oraz superwizjach terapeutycznych).
2. Prowadzenie oddziaływań pomocowych, w tym terapeutycznych, profilaktycznych, interwencji środowiskowych dotyczących pacjenta, jego rodziny i otoczenia, w tym:
- a. prowadzenie psychoterapii, indywidualnej, relacyjnej rodzic-dziecko, rodzinnej, grupowej, konsultacji rodzicielskich,

- b. w razie potrzeby prowadzenie oddziaływań grupowych w postaci treningów lub warsztatów,
  - c. prowadzenie oddziaływań edukacyjno-konsultacyjnych związanych ze wsparciem psychospołecznym,
  - d. w razie potrzeby prowadzenie wizyty w środowisku dziecka/adolescenta,
  - e. podejmowanie adekwatnych działań prawnych,
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej.

### **1.3.3. Zadania i zakres obowiązków terapeuty środowiskowego:**

1. Wspomaganie psychologa w prowadzeniu procesu diagnostycznego, w tym:
  - a. w razie potrzeby zbieranie informacji na temat sytuacji dziecka/adolescenta, jego rodziny oraz funkcjonowania w środowisku w kontekście zgłaszanych problemów,
  - b. prowadzenie obserwacji zachowania dziecka/adolescenta w środowisku.
2. Współdziałanie w procesie planowania, realizacji i monitorowania postępowania, w tym:
  - a. współtworzenie konceptualizacji i planu oddziaływań uwzględniającego dostępne zasoby,
  - b. ustalanie rodzaju i zakresu oddziaływań, podziału pracy,
  - c. podejmowanie roli koordynatora przypadku,
  - d. uczestniczenie w konsyliach wewnętrznych i zewnętrznych, sesjach koordynacji oraz współdziałanie w ramach zespołu interdyscyplinarnego, realizującego program pomocy i wsparcia pacjenta, i jego otoczenia,
  - e. uczestniczenie w spotkaniach superwizyjnych (tj. superwizjach klinicznych oraz superwizjach terapeutycznych).
3. Prowadzenie oddziaływań pomocowych, w tym terapeutycznych, profilaktycznych, interwencji środowiskowych dotyczących pacjenta, jego rodziny i otoczenia, w tym:
  - a. w razie potrzeby prowadzenie jednorazowego spotkania edukacyjno-konsultacyjnego w celu omówienia zasad procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
  - b. prowadzenie terapii środowiskowej dla dziecka/adolescenta, jego rodziny i otoczenia społecznego,
  - c. prowadzenie oddziaływań grupowych w postaci treningów lub warsztatów,
  - d. w razie potrzeby prowadzenie oddziaływań edukacyjno-konsultacyjnych związanych ze wsparciem psychospołecznym,
  - e. podejmowanie adekwatnych działań prawnych,
  - f. prowadzenie wsparcia informacyjnego dla rodziców/opiekunów na temat świadczeń oferowanych przez system ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, instytucje pomocowe, instytucje prawne.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej.

### **1.4. Współpraca wewnętrzna zespołu**

#### **Standard 1**

Działanie Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży/Zespołów Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (ośrodki I poziomu referencyjnego) jest ukierunkowane na udzielanie kompleksowej oraz interdyscyplinarnej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego, dlatego też istotnym elementem ich funkcjonowania jest współpraca w ramach zespołu.

### **Standard 2**

Role każdego z członków zespołu mają równą rangę w procesie diagnozy i prowadzenia leczenia oraz są współzupelniające; każdy z członków zespołu ma do zrealizowania zadania przypisane specyficznie do pełnionych przez siebie w zespole funkcji oraz wspólne z innymi członkami zespołu.

### **Standard 3**

Współpraca w zespole jest podstawową zasadą funkcjonowania ośrodka I poziomu referencyjnego oraz jest szczególnie istotna w zakresie: (a) wzajemnego przekazywania sobie przez członków zespołu informacji istotnych dla stworzenia konceptualizacji i planu postępowania, (b) wspólnego ustalania rodzaju i zakresu oddziaływań oraz podziału pracy, (c) wspólnego przekazywania informacji na temat postępów leczenia.

### **Standard 4**

Realizacja współpracy odbywa się przede wszystkim poprzez uczestnictwo w konsyliach wewnętrznych, również z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Zaleca się, aby konsylium wewnętrzne odbywało się co najmniej raz w tygodniu.

### **Standard 5**

Konsylium wewnętrzne to narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach wewnętrznej struktury podmiotu. Spotkania te służą: (a) omówieniu diagnozy i konceptualizacji na zakończenie procesu diagnostycznego danego pacjenta, (b) przedstawieniu planu postępowania, (c) wyznaczeniu osób do jego realizacji, (d) ustaleniu koordynatora przypadku, (e) omówieniu wątpliwości i trudności w kwestii już prowadzonych oddziaływań. Każde konsylium wewnętrzne należy odnotować w historii choroby dziecka/adolescenta, którego ona dotyczyła.

## **1.5. Koordynacja przypadku**

Koordynacja przypadku odpowiada metodzie zarządzania przypadkiem (z ang. *case management*), która znajduje zastosowanie w opiece psychiatrycznej jako element procesu jej deinstytucjonalizacji (tj. odejścia od długoterminowej opieki stacjonarnej) na rzecz przeniesienia jej do opieki środowiskowej (tj. sprawowanej i realizowanej w otoczeniu pacjenta). Podstawowe zadania w pracy metodą zarządzania przypadkiem (koordynowania przypadku) obejmują:

1. proces diagnozy, tj. diagnostykę psychologiczną i (jeśli zachodzi taka potrzeba) psychiatryczną oraz wieloaspektową konceptualizację problemu pacjenta,
2. planowanie, tj. stworzenie indywidualnego planu postępowania,
3. łączenie, tj. umożliwienie skorzystania z różnego rodzaju dostępnych usług/świadczeń, adekwatnie do potrzeb, w tym realizowanych przez różne instytucje,
4. monitorowanie, tj. stałą ewaluację postępów leczenia,
5. występowanie w interesie pacjenta, tj. wspieranie pacjenta, jego rodziny i otoczenia oraz całego procesu zmian.

**Koordinator przypadku** (*case manager*) jest osobą, która jest odpowiedzialna za monitorowanie całego procesu.

#### **Standard 1**

Proces koordynacji przypadku powinien rozpoczynać się najpóźniej w momencie zakończenia procesu diagnozy, podczas konsylium wewnętrznego, na którym następuje omówienie diagnozy, przedstawienie planu postępowania oraz zostaje ustalona osoba koordynatora przypadku.

#### **Standard 2**

Koordinatorem przypadku może być dowolna osoba z zespołu. Zaleca się, o ile to możliwe, by koordynatorem została osoba, której udział w realizacji planu leczenia jest największy bądź znaczny.

#### **Standard 3**

Do zadań Koordynatora przypadku należy: (a) monitorowanie przebiegu realizacji planu leczenia oraz zaleceń ustalonych w drodze postępowania diagnostycznego, (b) komunikacja i wymiana informacji ze wszystkimi zaangażowanymi w proces leczenia osobami, (c) ustalanie rodzaju i zakresu oddziaływań zgodnie z planem leczenia i zawartym w nim podziałem pracy, (d) zgłaszanie potrzeby zorganizowania superwizji, sesji koordynacji lub konsylium z innymi podmiotami, (e) prowadzenie dokumentacji medycznej z konsylium wewnętrznego, zewnętrznego i sesji koordynacji zgodnie z ogólnymi zasadami.

### **1.6. Wsparcie merytoryczne i superwizje**

#### **Standard 1**

Oddziaływania prowadzone w ramach ośrodka I poziomu referencyjnego, w tym proces diagnozy psychologicznej oraz proces terapii powinny być poddawane regularnej superwizji, tj. superwizji klinicznej oraz superwizji terapeutycznej.

##### **Rekomendacja 1**

Rekomenduje się, by wszyscy pracownicy ośrodka stale dążyli do doskonalenia i podnoszenia swoich kwalifikacji i kompetencji zawodowych.

##### **Rekomendacja 2**

Rekomenduje się, by ośrodek organizował superwizję zespołu, która daje możliwość przepracowywania procesów powstających w grupie pracowników w związku z wykonywaną pracą i które to procesy wtórnie na tę pracę mogą w negatywny sposób wpływać.

#### **Standard 2**

Superwizja kliniczna (tj. procesu diagnostycznego) jest ukierunkowana na monitoring i wsparcie w zakresie: (a) procesu konceptualizacji zgłaszanego problemu, (b) doboru właściwych narzędzi diagnostycznych do weryfikacji postawionych hipotez na temat problematyki lub aktualnego funkcjonowania dziecka/adolescenta, (c) interpretacji wyników procesu diagnostycznego, w kontekście indywidualnym i środowiskowym dziecka/adolescenta, (d) określenia profilu potrzebnego wsparcia w odniesieniu do uzyskanych wyników postępowania diagnostycznego. Superwizja kliniczna jest superwizją

indywidualną, w której uczestniczy psycholog, realizowaną przez specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa z min. 5-letnim doświadczeniem klinicznym, bez udziału pacjenta.

#### **Rekomendacja 1**

Rekomenduje się, by psycholodzy zaangażowani w proces diagnostyczny swoją pracę poddawali indywidualnej superwizji klinicznej, z częstotliwością uzależnioną od potrzeb.

#### **Standard 3**

Superwizja terapeutyczna (tj. procesu psychoterapeutycznego) jest ukierunkowana na monitoring i wsparcie w zakresie: (a) konceptualizacji mechanizmów trudności dziecka/adolescenta w kontekście zaleceń, stanowiących efekt postępowania diagnostycznego, (b) rozumienia mechanizmów relacji terapeutycznej z dzieckiem/adolescentem lub jego otoczeniem, (c) planowania, wdrażania i ewaluacji interwencji terapeutycznych, (d) współpracy zespołu terapeutycznego w procesie leczenia dziecka/adolescenta. Superwizja procesu terapeutycznego jest prowadzona przez osobę z certyfikatem superwizora lub superwizora aplikanta uznanych towarzystw naukowych (zgodnie z definicją regulowaną przez odrębne przepisy). Superwizja powinna odbywać się przynajmniej 12 razy w roku, w formie grupowej dla całego zespołu. W przypadku realizowania tego obowiązku na poziomie minimalnym częstotliwość superwizji w jednym miesiącu nie może być wyższa niż 2.

#### **Rekomendacja 1**

Rekomenduje się, by superwizja procesu terapeutycznego pacjentów w wieku rozwojowym była prowadzona przez osobę z certyfikatem superwizora lub superwizora aplikanta, posiadającą doświadczenie w prowadzeniu superwizji procesów psychoterapeutycznych dzieci i młodzieży.

#### **Rekomendacja 2**

Rekomenduje się, by psychoterapeuci prowadzący psychoterapię dziecka/adolescenta swoją pracę poddawali indywidualnej superwizji terapeutycznej, realizowanej przez osobę z certyfikatem superwizora lub superwizora aplikanta uznanych towarzystw naukowych, bez udziału pacjenta z częstotliwością uzależnioną od potrzeb.

#### **Standard 4**

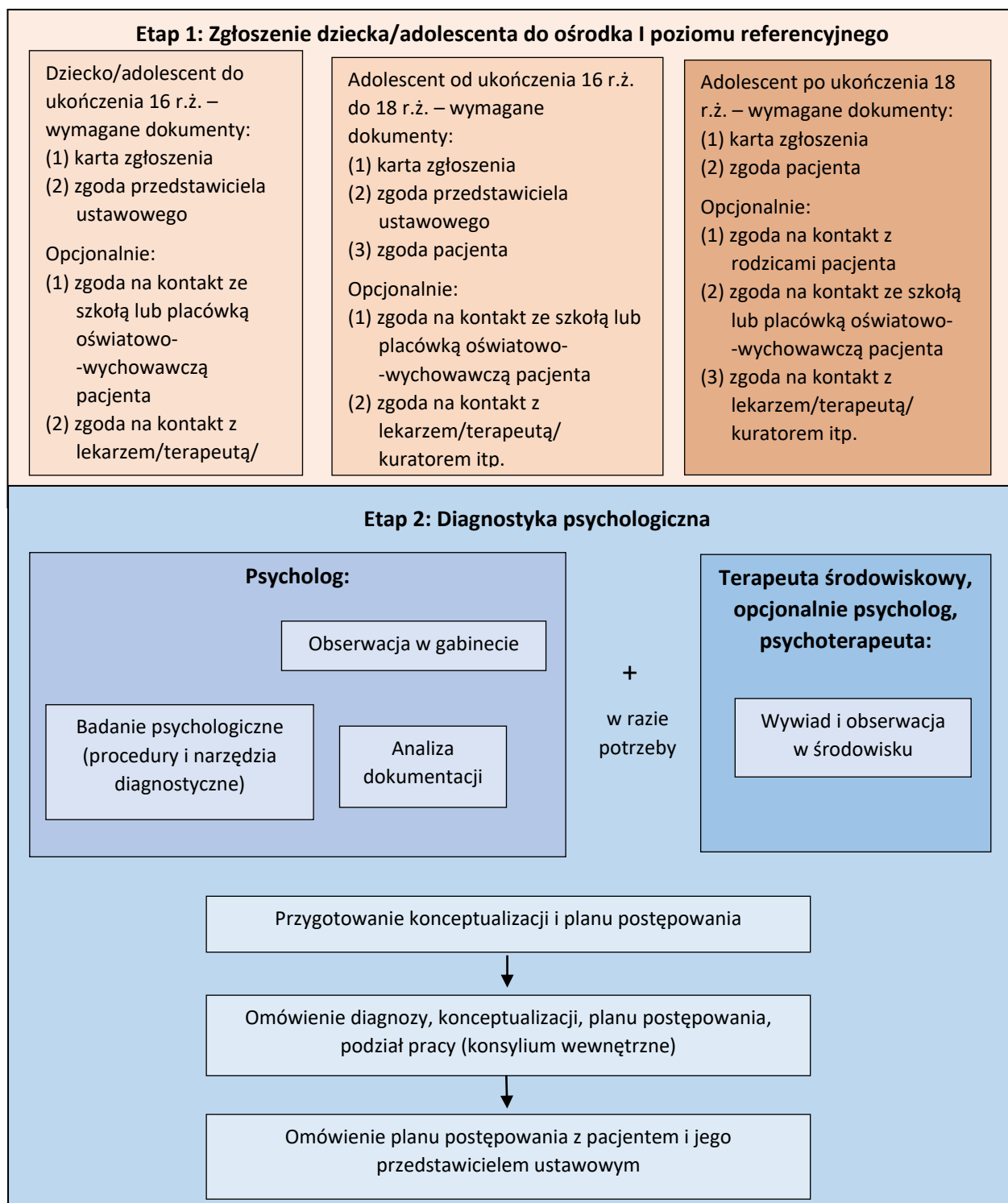
Superwizja może być przeprowadzona z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Każdą superwizję należy odnotować w dokumentacji medycznej dziecka/adolescenta, którego ona dotyczyła.

#### **Standard 5**

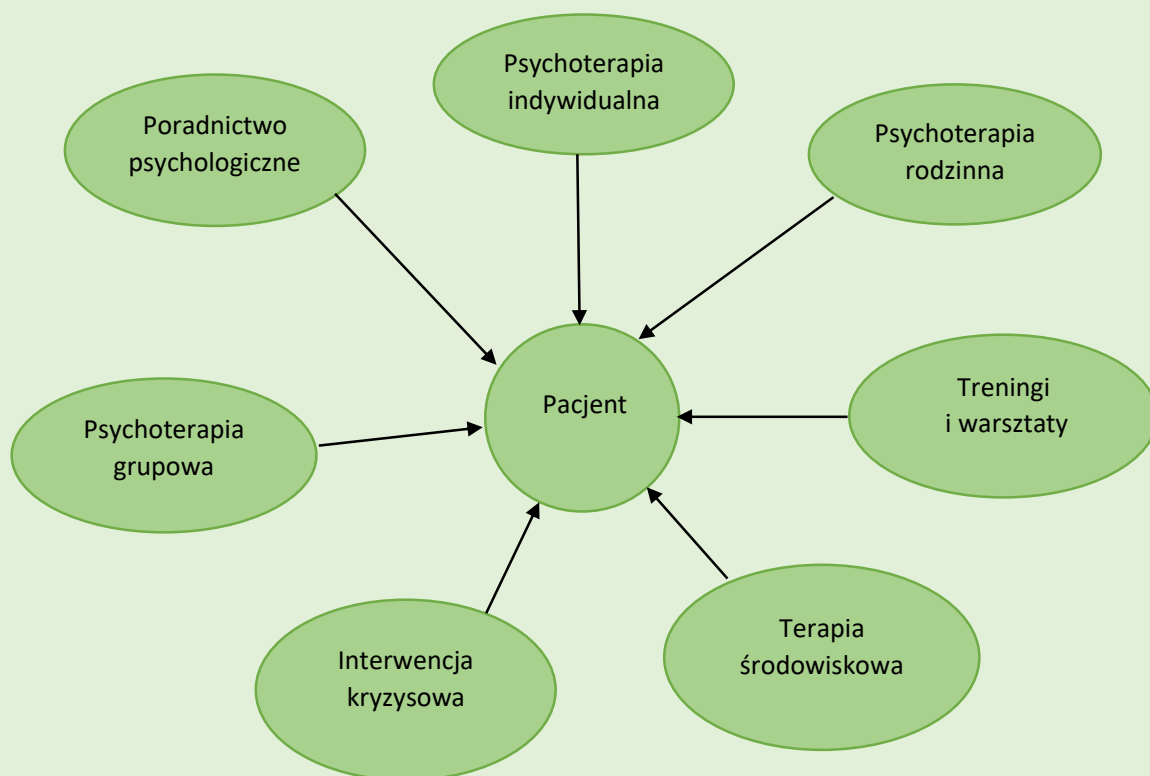
Członek zespołu (superwizant) jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o możliwości superwizowania jego procesu diagnostycznego/terapeutycznego u superwizora. Ujawnienie faktu i osoby superwizora następuje w odpowiedzi na pytanie ze strony pacjenta lub jego opiekunów prawnych.

## 2. Organizacja opieki nad pacjentem

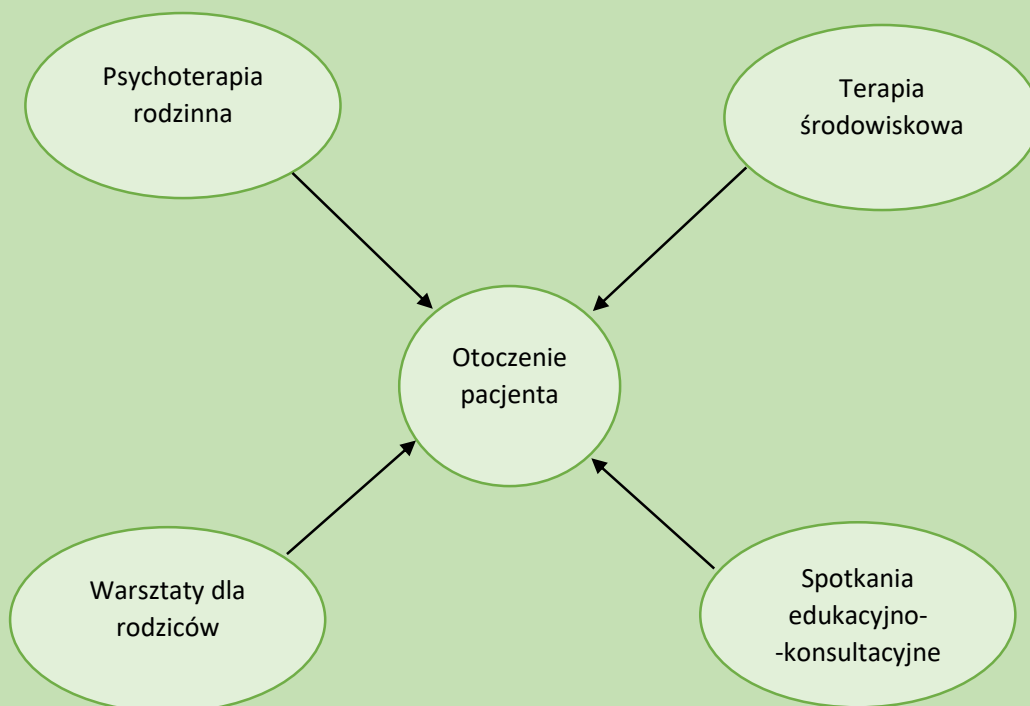
### 2.1. Ścieżka pacjenta



**Etap 3A: Oddziaływania bezpośrednio wobec pacjenta - do wyboru:**



**Etap 3B: Oddziaływania pośrednie wobec pacjenta - do wyboru:**





## **2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej, zgody na leczenie**

### **2.2.1. Zgoda na leczenie**

#### **Standard 1**

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest udzielenie zgody na podjęcie wobec niego oddziaływań. Zgoda formalna powinna zostać pozyskana przed rozpoczęciem procesu diagnostycznego, przy czym po opracowaniu planu leczenia warto uzyskać przynajmniej ustną zgodę na proponowane postępowanie.

#### **Standard 2**

Pacjent ma prawo udzielić zgody na kontakt z osobami/instytucjami, od których pozyskanie informacji lub wobec których prowadzenie oddziaływań jest istotne dla procesu leczenia. Takie osoby/instytucje to np. (a) przedszkole lub szkoła, do której uczęszcza pacjent, (b) lekarz psychiatra lub lekarz innej specjalności, (c) psycholog/psychoterapeuta z innego podmiotu, (d) kurator, (e) ośrodek opieki społecznej. Wobec każdej z tych osób/instytucji należy uzyskać oddzielną zgodę, w której zostanie umieszczony zapis co do osoby/instytucji, której ona dotyczy.

#### **Standard 3**

Zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjent wyraża samodzielnie; nie dotyczy to leczenia małoletnich, czyli osób poniżej 18 r.ż. W przypadku pacjentów małoletnich wymagana jest:

- a. zgoda substytucyjna, tj. zgodę na leczenie dziecka/adolescenta poniżej 16 r.ż. wyraża rodzic pacjenta (lub inny przedstawiciel ustawowy, np. opiekun prawny, kurator),
- b. zgoda kumulatywna, tj. zgodę na leczenie adolescenta powyżej 16 r.ż. wyraża sam pacjent oraz jego rodzic (lub inny przedstawiciel ustawowy). W przypadku rozbieżności decyzji, np. rodzica i małoletniego pacjenta, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.

#### **Standard 4**

Udzielenie zgody powinno być poprzedzone wyczerpującą i zrozumiałą informacją – przekazaną rodzicowi oraz pacjentowi z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu.

#### **Standard 5**

W sytuacji, gdy do ośrodka I poziomu referencyjnego z dzieckiem/adolescentem zgłasza się jeden z rodziców, można domniemywać, że drugi rodzic wyraża zgodę na taki rodzaj kontaktu (tzw. zgoda domniemana). W sytuacji, gdy istnieją wskazania do leczenia, a jeden z rodziców wprost sprzeciwia się leczeniu dziecka/adolescenta, wówczas decyzję o leczeniu podejmuje sąd opiekuńczy. Do czasu wydania przez sąd opiekuńczy decyzji można podejmować tylko niezbędne czynności dla ratowania życia i zdrowia pacjenta. W sytuacji jawnego konfliktu między rodzicami dziecka/adolescenta posiadającymi pełnię praw rodzicielskich, warto jednak uzyskać pisemną zgodę od obojga rodziców.

## 2.2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej

### Standard 1

Realizacja każdego oddziaływania/świadczenia wobec pacjenta, bezpośredniego lub pośredniego (tj. spotkania edukacyjno-konsultacyjne, warsztaty dla rodziców, terapia środowiskowa, terapia rodzinna) powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta.

### Standard 2

Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- (1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: (a) nazwisko i imię (imiona), (b) datę urodzenia, (c) oznaczenie płci, (d) adres miejsca zamieszkania, (e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, (f) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania,
- (2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
- (3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
- (4) datę sporządzenia,
- (5) identyfikację osoby dokonującej wpisu do dokumentacji medycznej.

### Standard 3

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta. Upoważnienie powinno zawierać: (a) miejscowość i datę, (b) dane pacjenta (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL), (c) dane osoby upoważnionej (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr dowodu tożsamości), (d) wyraźny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.

### Standard 4

Dokumentacja medyczna może być udostępniona do wglądu (bezpłatnie, w siedzibie podmiotu, w którym odbywa/odbywało się leczenie), poprzez sporządzenie jej wyciągów, kopii, odpisów lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej i informatycznych nośników danych (nieodpłatnie w przypadku udostępnienia po raz pierwszy w żądany sposób) lub poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru (z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu). Wszystkie wytwory (np. rysunki dziecka), notatki dotyczące bezpośrednich wypowiedzi w trakcie wywiadu i obserwacji, wypełnione kwestionariusze, protokoły badań testowych są traktowane jako dane surowe (materiał źródłowy) i jako takie nie mieszczą się w pojęciu dokumentacji medycznej. Powinny być wydzielone i odpowiednio zabezpieczone w miejscu udzielania świadczeń (tj. w teczce pacjenta, w której jest wydzielona część z dokumentacją medyczną oraz część przeznaczona na dane surowe – materiał źródłowy).

### **Standard 5**

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 r.ż., która jest przechowywana przez okres 22 lat.

### **Standard 6**

Dokumentacja medyczna ma istotną wartość dowodową. Powinna być prowadzona w sposób chronologiczny, rzetelny, kompletny, czytelny, bieżący, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie aktami prawnymi.

### **Standard 7**

Szczegółowe zasady dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej opisane są w aktualnie obowiązujących aktach prawnych.

## **3. Współpraca z podmiotami zewnętrznymi**

### **3.1. Konsylia zewnętrzne**

#### **Rekomendacja 1**

Istotnym elementem pracy ośrodka I poziomu referencyjnego jest współpraca z innymi podmiotami realizującymi świadczenia opieki zdrowotnej w ramach I, II lub III poziomu referencyjnego. Realizacja współpracy odbywa się poprzez uczestnictwo w konsyliach zewnętrznych. Ich częstotliwość powinna odpowiadać realnym potrzebom świadczeniobiorcy (zasady opisane w aktualnie obowiązujących przepisach). Mogą być one realizowane za pomocą systemów teleinformatycznych.

#### **Rekomendacja 2**

Konsylium zewnętrzne to narada personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach współpracy między personelem realizującym świadczenia opieki zdrowotnej u innych świadczeniodawców. Spotkania te służą: (a) przekazaniu informacji istotnych dla procesu diagnostycznego, stworzenia konceptualizacji i planu oddziaływań, (b) uzgodnieniu lub uszczegółowieniu diagnozy, (c) uzgodnieniu lub uszczegółowieniu planu oddziaływań, (d) przekazaniu pacjenta pod opiekę ośrodka innego poziomu referencyjnego.

#### **Rekomendacja 3**

Konsylia mogą być realizowane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjentów lub ich prawnych opiekunów zgodnie z procedurami udzielania zgody (wskazane jest, by zgodę na realizację konsyliów zewnętrznych pozyskiwać podczas przyjęcia pacjenta do ośrodka i dołączyć ją do dokumentacji medycznej). Podczas wymiany informacji należy zadbać o utrzymanie zasady poufności. Każde konsylium zewnętrzne należy odnotować w dokumentacji medycznej dziecka/adolescenta, którego ona dotyczyła.

### **3.2. Sesje koordynacji**

#### **Rekomendacja 1**

Istotnym elementem pracy ośrodka I poziomu referencyjnego jest podjęcie wielowymiarowej współpracy z rozpoznanymi w danej społeczności lokalnej zasobami

instytucjonalnymi i prowadzenie jej na rzecz pacjentów, zgodnie z kwalifikacjami i kompetencjami danych instytucji i zatrudnionych w nich osób. Realizacji tej współpracy służą sesje koordynacji. Ich częstotliwość powinna odpowiadać realnym potrzebom świadczeniobiorcy. Mogą być realizowane za pomocą systemów teleinformatycznych.

### **Rekomendacja 2**

Sesje koordynacji to spotkania personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ośrodku I poziomu referencyjnego z: (a) personelem innych podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, (b) zespołami podstawowej opieki zdrowotnej, (c) pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania lub higienistkami szkolnymi, (d) dyrektorami szkoły lub placówki oświatowej, nauczycielami, (e) osobami niebędącymi nauczycielami realizującymi zadania w zakresie wsparcia dzieci, uczniów i rodzin, (f) osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty, (g) przedstawicielami zespołów kuratorskiej służby sądowej, (h) asystentami rodzinnymi i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej. Ich celem jest podjęcie i realizowanie współpracy w zakresie koordynacji wsparcia dla dziecka/adolescenta, jego rodziny i otoczenia społecznego.

### **Rekomendacja 3**

Sesje koordynacji mogą być realizowane wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjentów lub ich prawnych opiekunów zgodnie z procedurami udzielania zgody (wskazane jest, by zgodę na realizację sesji koordynacji pozyskiwać podczas przyjęcia pacjenta do ośrodka i dołączyć ją do dokumentacji medycznej). Podczas wymiany informacji należy zadbać o utrzymanie zasady poufności. Każdą sesję koordynacji należy odnotować w dokumentacji medycznej dziecka/adolescenta, którego ona dotyczyła.

### **Rekomendacja 4**

Koordynacja współpracy między jednostkami powinna uwzględniać specyfikę pracy danej instytucji, regulacje prawne oraz lokalne możliwości (zasoby). W celu nawiązania współpracy zaleca się podpisanie porozumienia, które będzie regulowało sposób i zakres współprowadzonych działań (zasady opisane w aktualnie obowiązujących przepisach). Porozumienie powinno zawierać: (a) dane stron, (b) zakres czasowy porozumienia, (c) obszary porozumienia, (d) obowiązki stron, (e) wskazanie osoby koordynatora, (f) klauzulę informacyjną RODO.

## **4.1. Standardy i algorytmy postępowania**

Każdy z pracowników ośrodka jest zobowiązany do prowadzenia oddziaływań zgodnie z ustalonymi standardami organizacyjnymi i merytorycznymi (patrz sekcje poświęcone standardom merytorycznym w leczeniu poszczególnych zaburzeń psychicznych, emocjonalnych, behawioralnych i neurorozwojowych dzieci i młodzieży), w tym stosowania się do algorytmów oceny stanu psychicznego i zalecań działania wg MHT (*Mental Health Triage*), jak to wyszczególniono poniżej:

## Standardy organizacyjne - I poziom

Kategoria	Wskazanie	Typowe zachowania i objawy pacjenta	Rodzaj interwencji/czas na udzielenie bezpośredniej konsultacji	Interwencje realizowane przez ośrodki
<b>A</b> <b>Natychmiastowa reakcja służb ratunkowych</b>	<b>TRYB PILNY!</b> Zgłoszenie przez dziecko/rodzinę zagrożenia życia (niezależnie od sposobu zgłoszenia, np. podczas porady telefonicznej, osobistej wizyty w ośrodku, wizyty środowiskowej – w domu lub w szkole)	Pacjent prezentuje <b>aktualne działania</b> zagrażające sobie lub innym, np. przedawkowanie leków, próba samobójcza, masywna przemoc, posiadanie broni	<b>POMOC NATYCHMIASTOWA!</b>  Natychmiastowe zgłoszenie do szpitala, wezwanie pogotowia, reakcja służb ratowniczych, wezwanie policji	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Wezwanie karetki pogotowia lub policji lub straży pożarnej!!!</b></li> <li>✓ Kontynuacja opieki (lub jej rozpoczęcie) w trybie ambulatoryjnym po zakończeniu hospitalizacji.</li> </ul>
<b>B</b> <b>Pomoc w ciągu 4 godzin</b>	<b>Bardzo wysokie ryzyko bezpośredniej szkody dla siebie lub innych</b> (niezależnie od sposobu zgłoszenia, np. podczas porady telefonicznej, osobistej wizyty w ośrodku, wizyty środowiskowej – w domu lub w szkole)	Bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa lub skrzywdzenia innych, pacjent zgłasza jasny plan samobójczy lub utrwalone myśli S, wcześniejsze próby samobójcze w historii lub poważne samookaleczenia, wysokie prawdopodobieństwo zachowań ryzykownych związanych z brakiem kontroli impulsów.	<b>Pomoc bardzo pilna, w ciągu 4 godzin</b>  Bardzo szybka reakcja zespołu leczącego w zakresie zdrowia psychicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Konieczna ocena przez lekarza psychiatrę</b> (np. na Izbie Przyjęć szpitala z oddziałem psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży, pilna konsultacja w PZP w II poziomie referencyjnym), hospitalizacja w zależności od stopnia zagrożenia życia.</li> <li>✓ Uzyskanie od opiekunów pisemnego potwierdzenia dotyczącego uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka, koniecznych form pomocy i sposobu ich realizacji.</li> <li>✓ Pacjent <u>nie zakwalifikowany do hospitalizacji</u>: bezpośrednia interwencja kryzysowa, <u>wskazany kontakt bezpośredni, w tym samym dniu i ewentualnie ponowna ocena stanu w dniu następnym</u>, monitoring stanu zdrowia, zapewnienie wsparcia lekarza psychiatry, systematyczny monitoring sytuacji, pozyskiwanie nowych informacji, udzielanie wsparcia w zakresie postępowania w trakcie oczekiwania na planową wizytę, <u>ustalenie sposobu kontaktu w przypadku zmiany sytuacji</u>.</li> </ul>
<b>C</b> <b>Pomoc w ciągu 24 godzin</b>	<b>Wysokie ryzyko popełnienia samobójstwa lub skrzywdzenia innych</b> przy rozpoczynającym się kryzysie psychotycznym; niespodziewana zmiana nastroju, bez planu i braku wcześniejszych prób samobójczych oraz zachowań agresywnych w wywiadzie (niezależnie od sposobu zgłoszenia, np. podczas porady telefonicznej, osobistej wizyty w ośrodku, wizyty środowiskowej – w domu lub w szkole)	Obecne myśli samobójcze bez planu lub bieżącej historii myśli samobójczych z możliwą intencją. Gwałtownie nasilające się objawy psychozy lub ciężkich zaburzeń nastroju. Zachowanie wysokiego ryzyka związane z zaburzeniami percepcyjnymi lub myśłowymi, majaczeniem, demencją lub zaburzoną kontrolą impulsów. Nadmierna/niesprowokowana agresja w warunkach opieki w domu. Nadużycie.	<b>Pomoc pilna, w ciągu 24 godzin</b>  Pilna odpowiedź zespołu leczącego w zakresie zdrowia psychicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Konieczna ocena przez lekarza psychiatrę</b> (np. na Izbie Przyjęć szpitala z oddziałem psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży, pilna konsultacja w PZP w II poziomie referencyjnym), hospitalizacja w zależności od stopnia zagrożenia życia.</li> <li>✓ Uzyskanie od opiekunów pisemnego potwierdzenia dotyczącego uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka, koniecznych form pomocy i sposobu ich realizacji.</li> <li>✓ Pacjent <u>nie zakwalifikowany do hospitalizacji</u>: bezpośrednia interwencja kryzysowa, <u>wskazany kontakt bezpośredni, w tym samym dniu i ewentualnie ponowna ocena stanu w dniu następnym</u>, monitoring stanu zdrowia pacjenta, zapewnienie wsparcia lekarza psychiatry, systematyczny monitoring sytuacji, pozyskiwanie nowych informacji, udzielanie wsparcia w zakresie postępowania w trakcie oczekiwania na planową wizytę, <u>ustalenie sposobu kontaktu w przypadku zmiany sytuacji</u>.</li> </ul>

## Standardy organizacyjne - I poziom

<p style="text-align: center;"><b>D</b> <b>Pomoc w ciągu 72 godzin</b></p>	<p><b>Umiarkowane ryzyko</b> dokonania samouszkodzenia/lub znacznego zaburzenia czynności psychicznych</p>	<p><u>Znaczne cierpienie pacjenta/opiekuna</u> związane z ciężką chorobą psychiczną (ale nie samobójczą). Brak wglądu/wczesne objawy psychozy. Agresja rezystancyjna/utrudniona opieka. Izolacja/brak opiekuna lub znana sytuacja wymagająca priorytetowej interwencji lub oceny.</p>	<p><b>Pomoc pół-pilna, w ciągu 72 godzin</b></p> <p>Pół-pilna reakcja zespołu leczącego w zakresie zdrowia psychicznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bezpośrednia ocena i interwencja zespołu ośrodka.</li> <li>✓ Monitoring stanu zdrowia pacjenta, monitoring sytuacji, pozyskiwanie nowych informacji, udzielanie wsparcia w zakresie postępowania w trakcie oczekiwania na planową wizytę.</li> <li>✓ Ponowna konsultacja w celu ustalenia postępowania w trakcie oczekiwania na planową wizytę.</li> <li>✓ <u>Ustalenie miejsca zgłoszenia (punkt kontaktowy) w przypadku zmiany sytuacji.</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>E</b> <b>Pomoc w ciągu 4 tygodni</b></p>	<p><b>Niskie ryzyko</b> szkody lub gdy ryzyko jest średnie to jednocześnie jest dobre wsparcie otoczenia i obecne czynniki stabilizujące.</p>	<p>Pacjent jest stabilny i ma niskie ryzyko uszkodzenia w okresie oczekiwania na wizytę, ale wymaga specjalistycznej oceny zdrowia psychicznego. Inne służby mogą zarządzać tą osobą do czasu oceny służby zdrowia psychicznego. Może to być np. pacjent ośrodka, który wymaga dostosowania leczenia lub obserwacji.</p>	<p><b>Pomoc niepilna, w ciągu 4 tygodni</b></p> <p>Niepilna reakcja zespołu leczącego w zakresie zdrowia psychicznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bezpośrednia ocena i interwencja zespołu ośrodka.</li> <li>✓ Wsparcie i poradnictwo.</li> <li>✓ Powtórna konsultacja w celu ustalenia postępowania w okresie oczekiwania na wizytę.</li> <li>✓ <u>Ustalenie miejsca zgłoszenia (punkt kontaktowy) w przypadku zmiany sytuacji.</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>F</b> <b>Pomoc bez ram czasowych</b></p>	<p>Zgłoszenie pacjenta, który nie wymaga bezpośredniego kontaktu z pracownikami zdrowia psychicznego</p>	<p>Inne usługi (poza zdrowiem psychicznym) bardziej odpowiednie do obecnej sytuacji lub potrzeb</p>	<p>Skierowanie lub porada, aby skontaktować się z alternatywnym miejscem wsparcia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ocena kliniczna (triage) w celu udzielenia porady, wsparcia.</li> <li>✓ Porada, aby skontaktować się z innym ośrodkiem pomocy/ wsparcia/ lub telefonicznie skierować do alternatywnego usługodawcy (z formalnym pisemnym skierowaniem lub bez)</li> <li>✓ Pomoc lub ułatwienie przeniesienia do alternatywnego usługodawcy.</li> <li>✓ Wsparcie i porady</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>G</b> <b>Pomoc bez ram czasowych</b></p>	<p>Rada, konsultacja, Informacja</p>	<p>Jest to pacjent lub opiekun wymagający porady lub informacji. Usługodawca udzielający informacji (zabezpieczenie). Pierwsze powiadomienie w oczekiwaniu na dalsze informacje lub szczegóły.</p>	<p>Tylko porady lub informacje LUB potrzeba zdobycia większej ilości informacji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ocena kliniczna (triage) w celu udzielenia porady, wsparcia i / lub zebrania dalszych informacji.</li> <li>✓ Należy rozważyć konieczność kontaktu telefonicznego.</li> <li>✓ Wsparcie i poradnictwo.</li> </ul>

## Notatki

## Notatki



Notatki



**Rzeczpospolita  
Polska**



**Ministerstwo  
Zdrowia**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

