
Stowarzyszenie Na TAK

ul. Płowiecka 15
60-277 Poznań

Testowanie Modelu wsparcia usamodzielniania młodych z zaburzeniami psychicznymi **Moja sprawa!**

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1. Innowacje społeczne.

Stowarzyszenie Na TAK	1
WPROWADZENIE	2
Główne założenia	2
Kluczowe komponenty	3
PROFIL PACJENTA	8
Osoby w wieku 15-19 lat	8
Osoby w wieku 20 - 35 lat	9
ZESPÓŁ ZINTEGROWANEJ OPIEKI	11
Główne zadania ZZO	11
Role członków ZZO	12
MANAGER PACJENTA	17
Szczegółowy opis zadań	17
Narzędzia diagnostyczne	19
Praca na celach	20
Projektowanie ścieżki leczenia	27
Wybrane formy krótkoterminowej pomocy psychologicznej	28
CASE REVIEW	31
“Małe” Case Review (CR) z lekarzem psychiatrą	31
“Duże” Case Review	34

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE I REHABILITACJI PSYCHOSPOŁECZNEJ	35
Zatrudnienie wspomagane	35
Programy Sygnaturowe	37

WPROWADZENIE

Medycyna na świecie coraz bardziej przyspiesza w kierunku prewencji raczej niż leczenia – nacisk położony jest na to, żeby identyfikować osoby z podwyższonych grup ryzyka. W leczeniu chorób somatycznych coraz częściej stosuje się w tym celu badania genetyczne i markery. W psychiatrii i sektorze zdrowia psychicznego takie podejście jest na razie poza zasięgiem, ale nie jest to powód, aby nie podejmować działań profilaktycznych i leczniczych na wczesnym etapie powstawania problemu. Dotyczy to zwłaszcza osób młodych, dla których wczesna interwencja może oznaczać uniknięcie choroby psychicznej o przewlekłym charakterze czy nawet uratowanie życia. Ponadto, dzięki wystarczająco wczesnemu skierowaniu działań leczniczych i pomocowych na takie aspekty ludzkiego funkcjonowania jak relacje społeczne, praca, związki intymne czy kreatywność można znacząco wpłynąć na trajektorię życia jednostki i w perspektywie długoterminowej zwiększyć powodzenie w budowaniu satysfakcjonującego życia. Nacisk musi być położony jednak na zapobieganie lub jak najwcześniejszą i najbardziej dopasowaną interwencję, a to może być osiągnięte tylko poprzez zawiązanie efektywnych partnerstw zarówno ze społecznościami lokalnymi, jak i specjalistami z innych dyscyplin.

Proponowany Model ma na celu stworzenie, w oparciu o istniejące instytucje i struktury państwowe, samorządowe i pozarządowe, bardziej skutecznej niż dotychczas odpowiedzi na potrzeby młodych osób (15-29 rok życia) doświadczających zaburzeń psychicznych i/lub osób chorujących. Wszelkie badania i analizy stanu lecznictwa i pomocy społecznej dla tej grupy wskazują na niewystarczającą integrację procesów, sieci i systemów wsparcia, co znacząco obniża możliwość skutecznego działania wszelkich podmiotów zaangażowanych w pomoc młodym osobom z zaburzeniami psychicznymi. Brak integracji wpływa na niskie współczynniki aktywizacji i inkluzji społecznej osób z tej grupy, łączy się z wieloma stratami, wynikającymi nie tylko z ograniczonej produktywności osób z tej grupy i jej potencjału społecznego, co jest szczególnie ważne w perspektywie złej sytuacji demograficznej Polski. Ważne są także wszelkie koszty ukryte, tj. takie, które występują poza bezpośrednimi kosztami leczenia, czyli opieki medycznej i wsparcia socjalnego. Chodzi tu głównie o renty, zasiłki stałe i inne koszty medyczne niezwiązane bezpośrednio z leczeniem zaburzeń psychicznych oraz koszty opieki ponoszone przez rodziny tych osób. Analiza systemu pomocy psychiatrycznej i społecznej jasno pokazuje, że efektywność środków publicznych wydawanych na leczenie, wspieranie, aktywizację i integrację społeczną osób z zaburzeniami jest niezadowolająca. Znaczących korzyści nie osiągają nie tylko osoby chorujące, ale też ich otoczenie czy szeroko rozumiane społeczeństwo, a poziom inkluzji społecznej osób dotkniętych chorobą lub zaburzeniem psychicznym pozostawia wiele do życzenia.

Główne założenia

Model opiera się na założeniach podejścia “Collaborative Care”, obejmującego zintegrowane działania medyczne, psychologiczne i społeczne, dopasowane do indywidualnego pacjenta, realizowane w sposób ciągły, w miejscu najbardziej dla niego dogodnym. Składa się z szeregu komponentów, z których jednym jest systematyczna ocena psychiatryczna oraz proaktywne (z zaangażowaniem i świadomym udziałem

pacjenta) monitorowanie (i ewentualne modyfikowanie) indywidualnych ścieżek terapeutycznych, jak również ocena efektywności całości procesu terapeutycznego za pomocą standaryzowanych skal.

Collaborative Care to specyficzny sposób myślenia o opiece zdrowotnej i jej praktykowaniu. Przez ostatnie lata powstało wiele Modeli i definicji zintegrowanej opieki medycznej, niemniej jednak - mimo pewnych rozbieżności - we wszystkich tych Modelach można dostrzec cechy wspólne. Należą do nich integracja kompetencji specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego (psycholog, psychiatra, pielęgniarki, terapeuci itp.), podstawowej opieki zdrowotnej i aktywizacji społeczno-zawodowej, a także koncentracja na leczeniu osoby jako całości, a także uwzględnienie rodziny i otoczenia pacjenta.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat opublikowano niemal setkę badań wskazujących na dużą skuteczność podejścia Collaborative Care, szczególnie w przypadku leczenia depresji, ale również innych częściej występujących zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń lękowych, zespołu stresu pourazowego, choroby afektywnej dwubiegunowej czy uzależnień oraz chorób współistniejących, takich jak choroby serca, cukrzyca i nowotwory, a więc wszędzie tam, gdzie wymagana jest długoterminowa i systematyczna kontrola stanu zdrowia pacjentów. Badania te jasno pokazują, że wdrożenie zasad zintegrowanej opieki prowadzi do osiągnięcia lepszych wyników przez pacjentów, większego zadowolenia pacjentów i specjalistów z postępów w terapii, a w dalszej perspektywie również do poprawy funkcjonowania - w tym obniżenia kosztów - całego systemu opieki zdrowotnej.

Kluczowe komponenty

Wyróżnia się pięć kluczowych komponentów zintegrowanej opieki zdrowotnej.

1. Ścisła współpraca zespołu realizującego jedną ścieżkę terapeutyczną pacjenta.
2. Pula pacjentów objęta proaktywną opieką zespołu.
3. Ukierunkowanie na cel w oparciu o mierzalne/obserwowalne dane.
4. Wykorzystanie form terapeutycznych o potwierdzonej naukowo skuteczności.
5. Odpowiedzialność zespołu za uzyskiwane wyniki.

Aby działanie opieki zintegrowanej było efektywne, wszystkie te komponenty muszą zostać poprawnie wdrożone i muszą współwystępować. Tylko wtedy można mówić o Collaborative Care. Poniżej znajduje się opis tych elementów.

Kluczowy element 1 - Ścisła współpraca zespołu realizującego jedną ścieżkę terapeutyczną pacjenta.

Pierwszym kluczowym komponentem Collaborative Care jest opieka zespołowa skoncentrowana na pacjencie, co w praktyce oznacza ścisłą współpracę zespołu realizującego jedną ścieżkę terapeutyczną pacjenta. Pacjent jest centralną częścią zespołu, jako że jest on głównym odbiorcą usług i oddziaływań specjalistów. Można powiedzieć, że zespół zawiązuje się z powodu i dla dobra pacjenta. Zatem to indywidualne potrzeby i prawa pacjenta wyznaczają zakres oferowanych usług i kierunek ich koordynacji

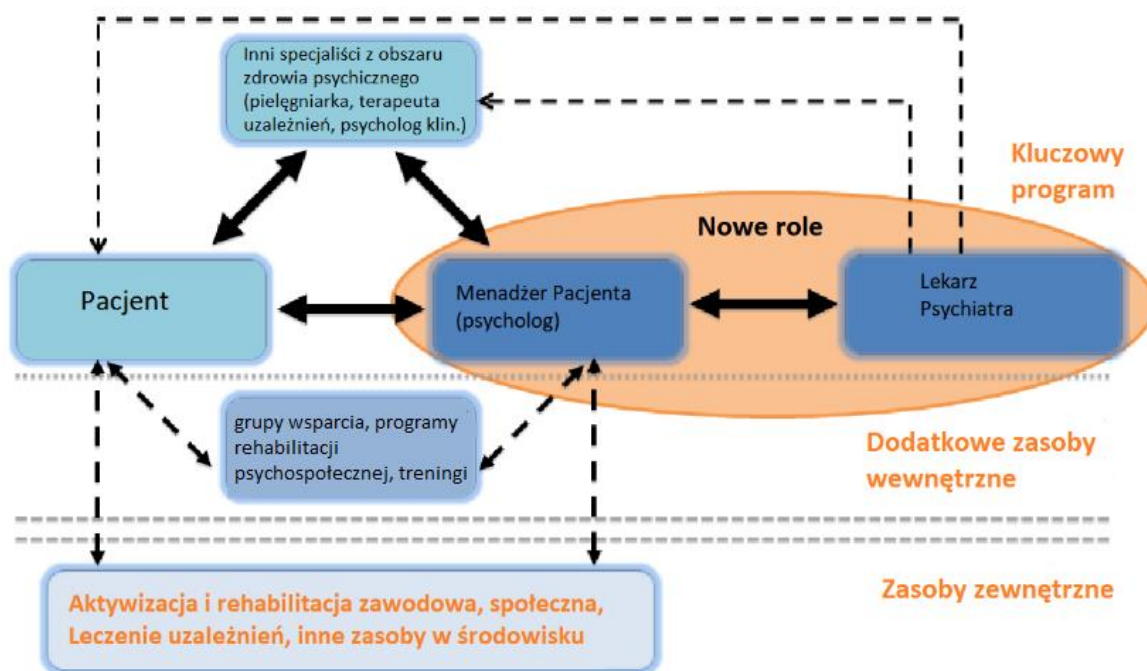
w systemie zintegrowanej opieki. Zespół dysponuje dużymi możliwościami jeśli chodzi o włączanie do planu leczenia różnych zasobów i specjalistów, czy to z obszaru medycyny, czy pomocy społecznej. Każdy zatem pacjent jest traktowany indywidualnie, a zespół uruchamia usługi, których dostarczenie usprawni i zoptymalizuje proces terapeutyczny i przyczyni się do realizacji wyznaczonego dla konkretnego pacjenta celu. Istotne jest tutaj, by wszelkie wysiłki poszczególnych członków zespołu były zbieżne i realizowały jedną wspólnie ustaloną i zaakceptowaną ścieżkę leczenia pacjenta.

Skupienie na pacjencie oznacza również konieczność motywowania pacjenta do aktywnego współdziałania z zespołem. Szczere zaangażowanie pacjenta jest bowiem podstawowym warunkiem powodzenia procesu leczenia w każdych warunkach. W tradycyjnym podejściu pacjent jest raczej stroną bierną, która po prostu poddaje się leczeniu. W przypadku przedstawianej tu idei opieki zintegrowanej pacjent jest aktywnym uczestnikiem procesu zdrowienia, mającym wpływ na jego kierunek czy tempo, wnosi również swoje kompetencje i zasoby. Dowiedziono, że zaangażowanie pacjenta psychiatrycznego w leczenie wydłuża okresy remisji i zmniejsza liczbę nawrotów.

Najważniejszy jest zatem zespół realizującym postulat Collaborative Care, bowiem idea zintegrowanej opieki nie ma szans ziścić się bez udziału osób, które będą ją stosować w swej codziennej praktyce. W przypadku omawianego Modelu zespół to złożona ze specjalistów grupa, której wszyscy członkowie zgodnie i w porozumieniu realizują jeden wspólny plan terapeutyczny obejmujący nie tylko samego pacjenta, ale również – o ile to konieczne – jego najbliższe otoczenie.

W skład zespołu wchodzi pacjent, lekarz psychiatra, psycholog w roli managera pacjenta, a czasem również pracownik socjalny oraz inni specjaliści (psychoterapeuta, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta uzależnień, interwent kryzysowy czy specjaliści, których zadaniem jest w głównej mierze aktywizacja zawodowa pacjenta), dobierani w zależności od aktualnych potrzeb pacjenta. Dzięki takiemu składowi, zespół – zwany zespołem zintegrowanej opieki środowiskowej – dysponuje pełnym wachlarzem kompetencji oraz narzędzi, które niezbędne są do skutecznej realizacji biopsychospołecznego planu terapeutycznego. Istotną cechą zespołu zintegrowanej opieki jest to, iż przyjmuje on jeden spójny sposób widzenia potrzeb i celów pacjenta, będący wypadkową perspektyw poszczególnych jego członków.

Rysunek 1 pokazuje jakimi zasobami dysponuje Model i jak powinna wyglądać komunikacja i współpraca specjalistów. Sercem Modelu jest zespół, którego trzon stanowi diada manager pacjenta i lekarz psychiatra. Linia ciągła oznacza kontakt intensywny i częsty, przerywana rzadszy, w razie potrzeby. Model tworzy nowe role, które mają zapewnić integrację oddziaływań oraz możliwość objęcia aktywną opieką większej liczby pacjentów i ich rodzin.



Rys. 1. Zasoby Modelu

Kluczowy element 2 - Pula pacjentów objęta proaktywną opieką zespołu.

Drugim kluczowym założeniem podejścia CC jest to, że zespół zintegrowanej opieki jest odpowiedzialny za udzielanie pomocy oraz poziom osiągniętych efektów i stopień realizacji celów w całej puli pacjentów będących pod jego opieką. To wymaga, by zespół skupiał swoje wysiłki na tych osobach, czy grupach osób, których stan zdrowia się nie poprawia, które nie angażują się w dostateczny sposób w proces zdrowienia – na przykład nie stawiają się na umówione spotkania, oraz tych, które zagrożone są całkowitym zaniechaniem leczenia. Istotną cechą tych wysiłków jest proaktywność członków zespołu, rozumiana jako aktywne wyszukiwanie pacjentów z wymienionych grup ryzyka oraz przejmowanie inicjatywy, zabieganie o kontakt z pacjentem i zachęcanie go do kontynuacji leczenia zawsze wtedy, gdy pacjent traci motywację, co wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest nader częstym zjawiskiem. W takiej sytuacji zespół wykorzystuje niestandardowe w tradycyjnym podejściu metody, jak na przykład wizyty domowe, rozmowy telefoniczne czy pocztę elektroniczną, a także szybko łączy pacjentów z zasobami specjalistycznymi lub środowiskowymi, którymi dysponuje, a których użycie może przyczynić się do poprawy zdrowia czy funkcjonowania pacjenta. W zarządzaniu zdrowiem puli pacjentów liczy się bowiem wczesne i efektywne reagowanie na problemy – inaczej niż w tradycyjnym podejściu, gdzie lekarz czeka, aż pacjent sam zjawi się z problemem w gabinecie. Proaktywna opieka zespołu gwarantuje,

że żaden z pacjentów potrzebujących pomocy czy specjalnych oddziaływań nie zostaje niezauważony, a działania lecznicze i pomocowe mogą być racjonalnie dopasowywane do grup pacjentów z podobnymi problemami.

Rejestr Pacjenta

Aby umożliwić realizację tego założenia w praktyce, niezbędne jest dostępne dla wszystkich członków zespołu miejsce, w którym gromadzone są rozmaite dane o pacjencie, i które w łatwy sposób pozwala na śledzenie postępów w leczeniu zarówno poszczególnych osób, jak i całej puli. Służy do tego specjalne narzędzie zwane Rejestrem pacjentów.

Rejestr pacjentów jest narzędziem informatycznym, bazą danych wszystkich aktywnych pacjentów opieki zintegrowanej, umożliwiającą gromadzenie oraz przetwarzanie wyników badań, informacji o regularności kontaktów ze specjalistami, treści wywiadów przeprowadzanych przez specjalistów i wszelkich innych danych niezbędnych do efektywnej realizacji planów leczenia. Istotne jest to, że informacje wprowadzone przez jednego ze specjalistów stają się natychmiast dostępne dla innych członków zespołu i mogą być wykorzystane podczas najbliższego kontaktu z pacjentem.

Ponadto Rejestr umożliwia sortowanie zgromadzonych danych ze względu na dowolne kryteria. Można zatem w łatwy sposób zidentyfikować na przykład grupę pacjentów, którzy zaniechali kontaktów z zespołem, czy takich, których stan zdrowia, czy wyniki w jakimś konkretnym obszarze nie uległy oczekiwanemu polepszeniu. Pozwala to podjąć wobec nich odpowiednie działania terapeutyczne czy motywujące.

W praktyce zatem systematyczny przegląd listy aktywnych pacjentów w rejestrze umożliwia zespołowi posortowanie pacjentów według wagi problemów oraz wyłonienie tych, którzy mogą potrzebować więcej uwagi, niezależnie od poziomu ich bieżącego zaangażowania w proces terapeutyczny. Biorąc pod uwagę taki czynnik jak długość leczenia, rejestr pozwoli również na zidentyfikowanie tych pacjentów, którzy już od jakiegoś czasu korzystają z zasobów systemu opieki zintegrowanej, ale nie wykazują większego zaangażowania albo tych, którzy być może osiągnęli już maksymalne korzyści. Dzięki takiemu podejściu możliwe jest przekierowanie zasobów leczniczych i opiekuńczych na innych, bardziej potrzebujących pacjentów lub zintensyfikowanie działań mających na celu przywrócenie kontaktu z pacjentami zagrożonymi wypadnięciem, którzy wymagają bardziej proaktywnego podejścia ze strony zespołu.

Kluczowy element 3 - Ukierunkowanie na cel w oparciu o mierzalne/obserwowalne dane.

Ukierunkowanie na cel i zespołowe dążenie do jego realizacji jest kolejnym kluczowym komponentem Modelu opartego na Collaborative Care. Dla każdego pacjenta - i przy jego aktywnym udziale - zespół wyznacza cel, rozumiany zarówno jako cel osobisty pacjenta, czyli poprawę jego funkcjonowania w środowisku, jak i polepszenie jego wyników klinicznych, a ostatecznie ustąpienie/remisję objawów. Tak zdefiniowany cel staje się celem całego zespołu i wszyscy członkowie stają się odpowiedzialni za jego realizację.

Aby osiągnąć założony cel zespół musi wiedzieć, że zmierza do niego najkrótszą drogą i z wykorzystaniem najbardziej skutecznych technik. Do oceny tego procesu służą wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne w formie kwestionariuszy, pozwalające na uzyskanie miarodajnych i porównywalnych danych. Na ich podstawie zespół monitoruje i ewaluje realizację ścieżki terapeutycznej z uwzględnieniem dynamicznie zmieniającej się sytuacji pacjenta w nawiązaniu do kryterium pacjentocentryczności.

Rutynowe i systematyczne pomiary, których wyniki gromadzone są w rejestrze pacjentów, pozwalają zorientować się zespołowi czy i jaki postęp już się dokonał. Można też dzięki nim określić w jakich obszarach doszło do poprawy, a jakie wymagają większej uwagi. Ostatecznie też brak czy niezadowolające tempo postępu powinny zmusić zespół do rewizji i modyfikacji tych dotychczasowych działań, które okazały się nieskuteczne w procesie dążenia do celu, a być może również do całkowitego przedefiniowania tego celu czy ścieżki. Zaletą stosowania mierzalnych danych z punktu widzenia pacjenta jest to, iż lepiej rozumie on proces diagnostyczny, zasadność wdrożonego leczenia i może sam ocenić swoje postępy w realizacji celu w oparciu o obiektywne przesłanki.

Szczególnie ważnym zadaniem, którego realizację umożliwi prowadzenie Rejestru Pacjentów jest monitorowanie procesu ich leczenia. Pomocne w tym są zarówno uwagi specjalisty, jak i wskaźniki liczbowe, które zapewniają solidną podstawę dla szacowania efektów udzielanej pomocy. Ewaluacja efektów odbywa się dwutorowo: a) pomiar nasilenia objawów negatywnych (ustępowanie symptomów zaburzeń) oraz b) obserwacja pozytywnych zmian w życiu pacjenta.

Należy mieć na uwadze, że stosowanie narzędzi musi być podporządkowane zadaniu, jakim jest efektywna realizacja planu terapeutycznego prowadzącego do wyzdrowienia czy ustąpienia objawów u pacjenta, a nie tylko gromadzeniu danych statystycznych, oraz to, że użycie kwestionariuszy nie zastępuje oceny klinicznej dokonywanej przez specjalistów, gdyż pozyskane z nich dane nie przedstawiają całego obrazu klinicznego pacjenta.

Kluczowy element 4 - Wykorzystanie form terapeutycznych o potwierdzonej naukowo skuteczności.

Kolejnym istotnym komponentem Collaborative Care jest wykorzystanie form terapeutycznych i medycznych, których skuteczność w leczeniu danego zaburzenia została potwierdzona w badaniach naukowych. Należy tu zarówno stosowanie odpowiednio dobranej farmakoterapii, jak i oddziaływań psychoterapeutycznych, które sprawdzają się w warunkach w jakich aktualnie prowadzony jest pacjent. Zaleca się stosowanie podejść opartych na dowodach, w tym krótkich form psychologicznych, takich jak Aktywacja Behawioralna, Dialog Motywujący, Distress Tolerance Skills, Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach – krótki opis zastosowania owych technik znajduje się w dalszej części. W przypadku zaburzeń osobowości przede wszystkim zaleca się stosowanie psychoterapii o potwierdzonej naukowo skuteczności, w tym: DBT (Dialectical Behavior Therapy), MBT (Mentalization Based Therapy) czy terapię w nurcie psychodynamicznym, np. TFP (Transference Focused Therapy). Dodatkowo stosowane są techniki motywujące i zwiększające zaangażowanie pacjenta w realizację planu leczenia. Wszystkie te formy służą osiągnięciu przez pacjenta i zespół założonego celu.

Warto tu przypomnieć, że samo stosowanie założeń Collaborative Care, a w zasadzie zawartej w nich i omawianej tu idei proaktywnej opieki zespołowej ma potwierdzoną naukowo skuteczność. Ten sam standard odnosi się również do narzędzi diagnostycznych wykorzystywanych w pracy z pacjentem.

Kluczowy element 5 - Odpowiedzialność zespołu za uzyskiwane wyniki.

Ostatnim z omawianych tu kluczowych komponentów Collaborative Care jest odpowiedzialność zespołu za uzyskiwane wyniki leczenia pacjentów, a co za tym idzie dbałość o podnoszenie jakości świadczonych pacjentom usług, jak i o rozwój własny.

Jak już zostało wspomniane, uwaga zespołu skierowana jest między innymi na pulę pacjentów. Systematyczne badanie osiąganych przez nią postępów oraz porównywanie postępów osiąganych przez różne zespoły może stanowić podstawę oceny jakości i zakresu oferowanych usług. Pozwala też zidentyfikować najskuteczniejsze formy oddziaływań wypracowane przez dany zespół, a w rezultacie doprowadzić do ich usprawnienia, lepszego dostosowania, czy też całkowitej zmiany podejścia w całym systemie zintegrowanej opieki.

Odpowiedzialność zespołu za osiągnięte wyniki skłania członków zespołu do przyjrzenia się swojej pracy, dążenia do podnoszenia jakości usług poprzez usprawnianie procedur i wzajemną edukację oraz usprawnienia w obszarze komunikacji w zespole.

PROFIL PACJENTA

Osoby w wieku 15-19 lat

Adolescencja jest jednym z trudniejszych okresów rozwojowych w życiu człowieka. Okres dojrzewania to czas autonomizacji od dotychczasowego świata dorosłych, okres intensywnego poszukiwania własnej tożsamości i autorytetów. W tym czasie szczególnie ważna jest rozumiejąca postawa rodziców i

nauczycieli, ich orientacja w specyfice danego okresu rozwojowego i wspieranie toczącego się procesu rozwojowego, zwłaszcza w przypadku jego zahamowania, spowolnienia czy występujących trudności, które mogą przybrać postać zaburzeń lub kryzysów psychicznych. Nie można też zapominać o tym, że zaniedbania z poprzednich okresów rozwojowych czy objawy zaburzeń zignorowane i pozostawione bez odpowiedniego oddziaływania w latach wcześniejszych, mają tendencję do aktywizacji u adolescentów, często we wzmożonej formie.

Najczęstsze zaburzenia psychiczne występujące u osób w wieku 15–19 lat to:

- zaburzenia adaptacyjne
- zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego
- zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane
- zaburzenia urojeniowe
- zaburzenia wegetatywne pod postacią somatyczną
- zaburzenia nerwicowe, fobie społeczne
- ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne nieokreślone
- dystymia
- zaburzenia odżywiania

Wyzwania tego wieku rozwojowego są tak duże, że brak wsparcia otoczenia (rodziny, nauczycieli, kolegów) w sytuacji trudności rozwojowych lub rozwijającego się zaburzenia, może prowadzić do trwałych problemów ze zdrowiem psychicznym, które są trudne do wyleczenia i ograniczają możliwości młodego człowieka w osiągnięciu dojrzałości.

Osoby w wieku 20 - 35 lat

Obecnie osoby pełnoletnie zazwyczaj kontynuują naukę na dalszych etapach, często na studiach. Raczej nie rozpoczynają od razu dorosłego życia (praca, założenie rodziny). Jako że studiuje więcej niż połowa kilku ostatnich roczników osób pełnoletnich, wzrasta odsetek studentów (i uczniów szkół policealnych) zmagających się z kryzysami psychicznymi. Osoby z tej grupy borykają się z problemami podobnymi do poprzedniej grupy, tj. zaburzeniami nastroju (głównie depresja i choroba dwubiegunowa), zaburzeniami lękowymi (w tym zaburzenia somatyzacyjne), zaburzeniami odżywiania, osobowości, psychotycznymi, opozycyjno-buntowniczymi, uzależnieniami i zaburzeniami adaptacyjnymi różnego rodzaju.

W przypadku otoczenia studentów, stereotypy na temat zdrowia psychicznego są równie silne jak w innych grupach wiekowych, a niekiedy nawet silniejsze. Dlatego często mija bardzo dużo czasu, zanim osoba przeżywająca trudne stany psychiczne uda się po profesjonalną pomoc. Osoby studiujące poddawane są ogromnej presji ze strony rodziców i otoczenia, czują potrzebę wykazania się,

samodzielnego funkcjonowania. Coraz częściej standardem jest łączenie nauki (nawet na kilku kierunkach) i pracy zarobkowej, co powoduje ogromne przeciążenia rozwijającego się nadal organizmu i psychiki. Rywalizacja o pozycję i zasoby w niestabilnym otoczeniu społeczno-ekonomicznym już na etapie studiowania może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania. Naturalne dla tego okresu testowanie swoich kompetencji towarzyskich i społecznych oraz możliwości zawierania i utrzymywania relacji intymnych również rodzi coraz więcej wyzwań i niepokoju. Można więc powiedzieć, że ta grupa jest równie mocno jak adolescenti narażona na zmasowane oddziaływanie niekorzystnych czynników i dużej ilości stresorów, co przy osłabionych zasobach czy podatności na kryzysy psychiczne stanowi prosty przepis na wystąpienie zaburzenia psychicznego.

Jeśli już młoda osoba dorosła trafi do systemu pomocy (tu również występuje często problem zależności finansowej od rodziców i niskiej dostępności pomocy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej), potrzebuje wsparcia, aby nie wypaść z pełnionych ról społecznych. Studenci z zaburzeniami psychicznymi wykazują szereg trudności, które wpływają na ich wywiązywanie się z obowiązków akademickich, są to: absencje wynikające z okresowych nasileń objawów choroby; konieczność nadrabiania zaległości powstałych np. w okresie hospitalizacji; problemy z koncentracją, pamięcią, utrzymaniem odpowiedniego poziomu motywacji, radzeniem sobie ze stresem; problem z organizacją własnej pracy, planowaniem działań, ustalaniem celów i priorytetów, szczególnie pod presją czasu; lęk przed publicznym wypowiedaniem się i obawa przed pracą w grupie; problemy z radzeniem sobie ze skutkami ubocznymi przyjmowanych leków (np. z sennością, bezsennością, wolniejszym tempem pracy). Wymagają więc wsparcia instytucjonalnego ze strony uczelni, aby byli w stanie z powodzeniem ukończyć edukację. Z powodu niskiej świadomości w obszarze zdrowia psychicznego wśród kadry uczelni często studenci z zaburzeniami traktowani są po prostu jako gorsi studenci, podejrzewani są również o lenistwo czy arogancję.

Jeśli osoba młoda z zaburzeniami zdoła ukończyć edukację (przy wsparciu otoczenia) i rozpocznie pracę lub staż, zmagają się często z nowym zestawem czynników obciążających w środowisku zawodowym. Jeśli nie kontynuuje kontaktu z psychologiem, psychoterapeutą lub psychiatrą, może dojść do kolejnego kryzysu psychicznego. Uwrażliwianie całego społeczeństwa na problemy osób z zaburzeniami zmniejsza ryzyko nawrotów i pozwala osobie z zaburzeniami na budowanie, mimo trudności, swojej autonomii.

W toku testowania Modelu okazało się, że poziom rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz stopień ich zaawansowania w populacji osób w wieku 15-29 są niedoszacowane. Większa niż przewidywana w Modelu liczba osób młodych boryka się z poważnymi zaburzeniami funkcjonowania psychicznego, przejawiającego się nie tylko trudnościami w nauce/pracy czy adekwatnym wypełnianiu ról społecznych, ale też często silnymi objawami (lęk, stany depresyjne, zachowania autoagresywne i agresywne), które wręcz uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie, tym samym zaburzając rozwój młodej osoby. Skala i głębokość trudności w funkcjonowaniu psychicznym naszych Pacjentów zdecydowanie potwierdza słuszność naszego założenia o konieczności wczesnej interwencji i profilaktyki zdrowia psychicznego wśród osób młodych. Testowanie Modelu wykazało jednak, że istnieje konieczność stworzenia szerokiej dostępności usług psychoterapii długoterminowej (indywidualnej i rodzinnej), które będą finansowane w ramach ubezpieczenia (lub niskokosztowe), ponieważ większości młodych pacjentów i ich rodzin nie stać na finansowanie usług psychoterapii długoterminowej.

ZESPÓŁ ZINTEGROWANEJ OPIEKI

Sercem Modelu jest specjalnie utworzony zespół, składający się ze specjalistów z różnych obszarów sektora zdrowia i pomocy społecznej. Zastosowanie Modelu opieki zintegrowanej pociąga za sobą konieczność zmiany dotychczasowej praktyki na wielu poziomach i jest dla specjalistów nowym, innowacyjnym sposobem wykonywania zawodu. Stworzenie silnego i skutecznie współpracującego zespołu jest kluczowe i wymaga dokładnego zrozumienia podstawowych elementów zasad działania i rozwoju zintegrowanego zespołu. Ustalenie celu leczenia pacjenta i dążenie na przestrzeni procesu terapeutycznego do uzyskania tego celu w sposób usystematyzowany (jedna z kluczowych zasad opieki zintegrowanej) wymaga udanej współpracy i ujednoliconego podejścia, które może być skomplikowane ze względu na różnice wynikające m.in. z kultur profesji. Nie ulega wątpliwości, że ten rodzaj współpracy wymaga znaczących zmian w sposobie świadczenia usług poszczególnych profesjonalistów, zmian w zachodzących interakcjach i tego jak poszczególni świadczeniodawcy postrzegają swoje relacje z innymi specjalistami.

Jest to w pełni zintegrowany zespół z ustrukturyzowanym przepływem komunikacji i jasno określonymi procesami. Role wszystkich członków są jasno określone, procesy zmapowane i dookreślone a zasady komunikacji przejrzyste i łatwe do wdrożenia. Ponadto podział pracy pomiędzy pracownikami, którzy są współodpowiedzialni za proces leczenia i wspomagania leczenia pacjenta zakładają maksymalne wykorzystanie już istniejących zasobów ludzkich i odpowiadają na potrzeby charakterystyczne dla danej populacji pacjentów.

Zespół zintegrowanej opieki składa się z czterech członków zespołu oraz pacjenta, znajdującego się w jego centrum. W skład zespołu wchodzi: Pacjent, Lekarz POZ, Manager pacjenta (psycholog z wykształcenia), Konsultant psychiatra oraz Konsultant ds. społecznych. Regularna komunikacja pomiędzy członkami została przedstawiona przy pomocy linii niebieskiej, natomiast komunikacja ‘w razie potrzeby’ przy pomocy linii zielonej.

Główne zadania ZZO

1. Zidentyfikowanie pacjenta i monitorowanie jej/jego ścieżki leczenia
 - a. Zidentyfikowanie przypadku (badanie przesiewowe, skierowanie), potwierdzenie diagnozy
 - b. Proaktywny kontakt z pacjentem & monitorowanie efektów leczenia (wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne)
 - c. Zmiana leczenia jeśli pacjentowi się nie poprawia
 - d. Plan zapobiegania nawrotom
2. Wzmacnianie odpowiedzialności pacjenta
 - a. Współdziałanie pacjenta w tworzenie planu leczenia i otrzymanej pomocy
 - b. Edukacja

-
- c. Krótkie formy terapii nastawione na aktywizowanie pacjenta
 3. Wspieranie w dodatkowych formach leczenia
 - a. Lekarz pierwszego kontaktu (przepisanie leków)
 - b. Skierowanie do psychiatry/ psychoterapia
 4. Konsultacje psychiatryczne w trudniejszych przypadkach
 - a. Superwizja puli pacjentów/konsultacje dla Managera pacjenta
 - b. Konsultacje psychiatryczne dla pacjentów nieuzyskujących poprawy
 5. Wspomaganie społeczne
 - a. Konsultant ds. społecznych jako łącznik ze środowiskiem kontaktowym

Role członków ZZO

Rola Pacjenta

W Modelu zintegrowanej opieki pacjent traktowany jest jako aktywny uczestnik w procesie zdrowienia i usamodzielniania się i jest (często też wraz ze swoją rodziną lub opiekunami prawnymi) integralną częścią zespołu. Potrzeby i prawa pacjenta wyznaczają zakres i kierunek koordynacji usług, zarówno medycznych, jak i społecznych. Zaangażowanie pacjenta w swoje własne zdrowienie znacznie podnosi uzyskiwane efekty.

Wzmacnianie odpowiedzialności pacjenta odbywa się m.in. poprzez współudział pacjenta w tworzeniu planu leczenia i wyboru otrzymywanego wsparcia z obszaru społecznego i medycznego, edukowanie pacjenta w zakresie symptomów choroby oraz zastosowanych form leczenia, wypracowanie planu zapobiegającego nawrotom oraz aktywizowanie pacjenta przy pomocy krótkich form wsparcia psychologicznego.

Rola Lekarza POZ

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej często jest pierwszą osobą, która ma możliwość zidentyfikowania osoby potrzebującej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego, czy to poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem, czy też w oparciu o informacje pochodzące od członków rodziny, np. korzystających z usług poradni. Ma tę przewagę nad innymi specjalistami, iż może dokonywać obserwacji w sposób ciągły i rozłożony w czasie. Nierzadko w sposób mniej lub bardziej intencjonalny poznaje perspektywę nie tylko samego pacjenta, ale również innych członków rodziny, zna jej warunki życia i wysuwające się na pierwszy plan wątki narracyjne. Na przestrzeni lat poznaje charakterystyczne dla danej rodziny wzorce zachowania, dominującą w niej atmosferę i otoczenie, w którym żyje. Zna, a przynajmniej może domniemywać, jakie są główne zasoby danej rodziny oraz na jakie przeszkody może natrafiać w próbie radzenia sobie z problemami. To wszystko czyni z lekarza podstawowej opieki zdrowotnej mimowolnego

obserwatora zmian dokonujących się w rodzinie oraz idealnego kandydata na bycie „stopą w drzwiach” jeśli chodzi o psychiczne funkcjonowanie jej członków. Tymi pierwszymi drzwiami, które otwierają osobę na możliwość otrzymania pomocy w ogóle.

Odpowiednio szybka i właściwa reakcja na niepokojące zmiany w życiu młodego człowieka, który najczęściej z całych sił broni się przed uświadomieniem sobie własnych ograniczeń natury psychicznej, m.in. z powodów, o których była mowa we wcześniejszych częściach opracowania, jest ogromną odpowiedzialnością każdej osoby, która ma z taką osobą styczność, a lekarza podstawowej opieki w szczególności – z uwagi na funkcję, jaką pełni w społeczeństwie. Nie oznacza to oczywiście, iż lekarze POZ mają przejąć od specjalistów zdrowia psychicznego ich obowiązki. Chodzi o to, natomiast, aby współpracowali z tymi specjalistami i byli integralną częścią Modelu, w którym zdrowie traktowane jest całościowo a problemy natury psychicznej są tak samo dostrzegane i leczone, jak problemy natury fizycznej.

W Polsce, gdzie stopień stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi jest najprawdopodobniej większy niż w krajach wyżej rozwiniętych a świadomość społeczeństwa o znaczeniu profilaktyki i leczenia zaburzeń i problemów natury psychicznej jest znikoma, odsetek osób rezygnujących ze skorzystania z usług specjalisty może być jeszcze większy. Z perspektywy lekarzy psychiatrów, których gabinety wypełnione są po brzegi pacjentami, może to być trudne do wyobrażenia. Wygląda na to jednak, że być może większość osób, które wymagają pomocy w obszarze zdrowia psychicznego, w ogóle do nich nie trafia. Z perspektywy pacjenta, droga do uzyskania właściwej pomocy jest jednak bardzo długa. Kluczem zatem jest, aby ta pomoc nadeszła we właściwym miejscu i we właściwym czasie.

W Modelu zintegrowanej opieki, który proponujemy lekarz POZ nie jest sam. Ściśle współpracuje z innymi członkami zespołu w celu zapewnienia najlepszej możliwej opieki dla pacjenta, zgodnej z jego/jej potrzebami, obecnymi uwarunkowaniami kulturowo-środowiskowymi oraz możliwościami psychospołecznymi i odgrywa istotną rolę na każdym etapie ścieżki leczenia pacjenta. Jedną z ważniejszych ról Lekarza POZ jest najpierw zidentyfikowanie a następnie zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i zachęcenie pacjenta do przyjęcia aktywnej postawy w tym procesie. Jest też tą osobą, która wprowadza pacjenta w tajniki opieki zintegrowanej, tj. przedstawia koncepcję i omawia pokrótce role wszystkich członków zespołu – wyjaśnienie na czym polega leczenie zintegrowane oraz jak działa program jest konieczne, gdyż pacjenci nie są przyzwyczajeni do tego, że mogą otrzymać profesjonalne wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego już w poradni ogólnozdrowotnej; nie mogą też wiedzieć nic o sposobie pracy w Modelu zintegrowanym, gdyż jest to w Polsce rzecz niespotykana. Takie wyjaśnienie wraz z zaprezentowaniem zespołu, oprócz oczywistej wartości informacyjnej, powinno też przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa u pacjenta oraz zwiększyć jej/jego zaufanie. Do tego zadania lekarz może wykorzystać przygotowaną wcześniej ulotkę prezentującą zespół, wraz z zakresem odpowiedzialności każdego z członków zespołu oraz rolę jaką odgrywa sam pacjent w tym zespole. Podsumowując, lekarz POZ włącza pacjenta w system opieki zintegrowanej i czyni pacjenta integralnym członkiem zespołu opieki zintegrowanej, w której on sam, pacjent, odgrywa centralną rolę.

W idealnych warunkach, gdy lekarz orientuje się, iż dla danego pacjenta wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego jest konieczne, już w trakcie wizyty dochodzi do tzw. płynnego przekazania pacjenta Managerowi pacjenta, płynnego, tj. gdy może dojść do spotkania twarzą w twarz pacjenta z Managerem. Ma to olbrzymie znaczenie dla zaangażowania pacjenta w proces leczenia i minimalizuje ryzyko nieskorzystania przez pacjenta z pomocy. W sytuacji, gdy Manager pacjenta nie może w danej chwili odbyć zapoznawczego spotkania, lekarz POZ dąży do tego, aby w trakcie trwania wizyty pacjent poznał imię i nazwisko Managera pacjenta i umawia pacjenta na wizytę w najszybszym możliwym terminie. Takie umówienie z konkretną osobą, której imię i nazwisko pacjent już poznał, być może rozmawiał już sam przez telefon, na konkretny dzień i godzinę, w obecności lekarza POZ, zwiększa znacznie szanse na to, że pomoc będzie mogła być kontynuowana i że pacjent nie rozmyśli się w czasie oczekiwania na wizytę. Zapewnione jest w ten sposób proaktywne podejście do pacjenta.

Kolejnym ważnym zadaniem Lekarza POZ jest udział w tworzeniu wstępnej diagnozy. Wstępna diagnoza w Modelu opartym o ścisłą współpracę jest wysiłkiem zespołowym a informacje potrzebne do jej skonstruowania pochodzą nie tylko z oceny stanu zdrowia pacjenta dokonanej przez samego lekarza, ale także z narzędzi diagnostycznych wypełnionych przez pacjenta (panel przesiewowy), informacji uzyskanych od Managera pacjenta i w niektórych przypadkach Konsultanta ds. społecznych (np. wywiad rodzinny, środowiskowy) oraz od Konsultanta psychiatry. Od Konsultanta psychiatry bądź w postaci informacji pochodzącej z omówienia przypadku z Managerem pacjenta, bądź z informacji pochodzącej z bezpośredniego zbadania pacjenta. W ten sposób cały zespół pracuje nad ostateczną roboczą diagnozą, w oparciu o którą podejmowane są decyzje co do zakresu i kierunku działań terapeutycznych. Ponieważ Model zakłada częste spotkania pacjenta z Managerem pacjenta oraz mierzenie efektów podejmowanych działań terapeutycznych, diagnoza nie jest i nie może być przypisana do pacjenta raz na zawsze. W przypadku nieuzyskiwania zamierzonych efektów zespół może podjąć decyzję o weryfikacji diagnozy i zmianie kierunku leczenia. Jeśli jest taka konieczność, to lekarz POZ w trudniejszych przypadkach konsultuje się z psychiatrą zespołu osobiście.

Do głównych zadań lekarza POZ należą również kwestie związane z farmakoterapią oraz edukacja pacjenta w zakresie zażywanych leków i ich skutków ubocznych. Jedną z głównych korzyści dla lekarza POZ w pracy w systemie zintegrowanej opieki jest fakt, iż ma on/ona stały dostęp do konsultacji psychiatrycznych w zakresie zarządzania farmakoterapią pacjenta. Konsultant psychiatra to niezastąpiony zasób w zespole w tym aspekcie, gdyż jest w stanie dostarczyć krótkie, skoncentrowane na problemie rekomendacje do wdrożenia w środowisku podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zakresie dawkowania leków i monitorowania ich działania i skutków ubocznych.

Zasady komunikacji pomiędzy członkami zespołu bazują na preferowanej przez lekarza POZ modalności i zależą od wielu czynników, m.in. złożoności danego przypadku, ilości dostępnego czasu i technologii itp. Komunikacja jest jednak kluczowym aspektem w środowisku, w którym w grę wchodzi wymiana informacji. Rolą lekarza POZ jest uczynienie jej efektywną. Zespół może wykorzystać Rejestr Pacjentów oraz sms-y w przypadku, gdy komunikacja dotyczy prostych spraw; w przypadku bardziej skomplikowanych kwestii potrzebna może być tele lub wideokonferencja lub spotkanie osobiste.

Konieczne jest również ustalenie częstotliwości komunikacji. Zaleca się, aby Manager pacjenta odbywał rozmowę z Konsultantem psychiatrą nie rzadziej niż raz na tydzień – lekarz POZ powinien wiedzieć, kiedy te przeglądy się odbywają, aby mógł przygotować swoje pytania w odpowiednim czasie.

Od Managera lekarz POZ otrzymuje ustrukturyzowaną prezentację pacjenta, która zawiera krótkie streszczenie następujących obszarów: jak się pacjent prezentuje w chwili obecnej, jak wyglądały wskaźniki wyjściowe a jakie są obecnie, zastosowane leczenie łącznie z lekami, skutkami ubocznymi; jak długo pacjent jest w procesie leczenia; stosowanie się do przepisanych dawek; rozumienie diagnozy; jakiegokolwiek sygnały świadczące o zagrożeniu zdrowia lub życia; historia korzystania z substancji uzależniających; zagrożenia wynikające z sytuacji społecznej pacjenta. Ponadto Manager pacjenta przedstawia rekomendacje Konsultanta psychiatry oraz Konsultanta ds. społecznych oraz proponowane działania. Rolą lekarza POZ jest nauczenie i ćwiczenie z Managerem Pacjenta takiego przekazywania informacji, aby podejmowanie decyzji w obszarze działań klinicznych było proste i efektywne – służyć temu celowi może wypracowany wspólnie ustrukturyzowany sposób prezentowania materiału, tak aby treści były przekazywane w sposób zwięzły i celowy.

Rola Konsultanta Psychiatry

Rola lekarza psychiatry w Modelu zintegrowanym różni się od tradycyjnego sposobu wykonywania zawodu psychiatry i może przyjąć kilka form, włączając w to konsultacje medyczne, wspieranie funkcjonowania zespołu oraz dzielenie się wiedzą merytoryczną z pozostałymi członkami zespołu. Konsultant psychiatra może ale nie musi pracować w tym samym miejscu, co zespół, jednak nieważne gdzie fizycznie znajduje się miejsce pracy Konsultanta, ma on/ona do odegrania kluczową rolę w Modelu. Każdorazowo sposób komunikacji dopasowany jest optymalnie do warunków w jakich przychodzi zespołowi pracować – w najbardziej typowej konfiguracji Konsultant psychiatra będzie komunikował się z pozostałymi członkami zespołu poprzez wykorzystanie środków teleinformatycznych, takich jak telefon, wideokonferencja, interaktywny rejestr pacjenta on-line, platforma interaktywna, email i w nielicznych przypadkach sms. Dla podniesienia efektywności pracy i budowania relacji w zespole wskazane są przynajmniej okazjonalne osobiste kontakty członków zespołu, ale nie jest to warunek konieczny, np. w przypadku, gdy gabinet psychiatry znajduje się w znacznej odległości od codziennego miejsca pracy pozostałych członków zespołu, np. w innej miejscowości.

Konsultant psychiatra jest współodpowiedzialny razem z zespołem za wszystkich aktywnych pacjentów z danego rejestru/puli. Ze względu na typ relacji z pacjentem i wpływ na leczenie wyróżnia się trzy potencjalne funkcje Konsultanta psychiatry w zespole. Pierwszą z nich stanowią nieformalne konsultacje udzielane lekarzowi POZ i/lub psychologowi (Managerowi pacjenta). Psychiatry pełni w tym przypadku rolę doradczą, nie ma bezpośredniego kontaktu z pacjentem, nie ma szczegółowych informacji nt. pacjenta oraz nie pobiera opłaty za te konsultacje, co przekłada się na znacznie ograniczoną odpowiedzialność za przebieg całego procesu terapeutycznego. Najczęściej osoba, co do której zasięgnięto informacji, nie trafia do aktywnej puli pacjentów znajdujących się pod opieką Managera pacjenta. Być może nie zakwalifikowała się do leczenia w podejściu zintegrowanym, lub została odesłana

do specjalistycznej instytucji, takiej jak szpital? W przypadku, gdy rola psychiatry nie ogranicza się jedynie do funkcji konsultacyjnej, mamy do czynienia z pracą na zasadzie kolektywu. Członkowie zespołu podejmują decyzje o leczeniu wspólnie, mają obowiązek dzielić się istotnymi spostrzeżeniami a odpowiedzialność rozłożona jest równomiernie między nich.

Warto zaznaczyć, że Konsultant psychiatra nie musi mieć bezpośredniego kontaktu z pacjentem, żeby mieć znaczący wpływ na pracę zespołu. W takich okolicznościach Konsultant polega na pozostałych członkach zespołu (lekarz POZ, psycholog, pracownik socjalny) w uzyskaniu potrzebnych informacji koniecznych do wydania zaleceń co do postępowania terapeutycznego. Aby jednak było to możliwe, konieczne jest spełnienie kilku bazowych warunków. Jednym z nich jest regularny i odbywający się w oparciu o wystandaryzowane procedury i narzędzia przegląd puli aktywnych pacjentów znajdujących się w rejestrze danego Managera.

W takiej, najbardziej typowej dla Modelu sytuacji, konsultacje odbywają się regularnie raz na tydzień i uczestniczą w nich Manager pacjenta oraz Konsultant psychiatra; opcjonalnie może też dołączyć Lekarz POZ oraz Konsultant ds. społecznych, gdy zaistnieje taka konieczność – może to być zasadne zwłaszcza w początkowej fazie działania Modelu, gdy pewne procesy, zasady oraz sposoby komunikacji są dopiero wypracowywane oraz gdy poziom zaufania członków zespołu do siebie nawzajem nie jest jeszcze na wystarczająco wysokim poziomie. W ramach regularnej współpracy jednak, psychiatra omawia pacjentów tylko z Managerem pacjenta.

Wartością Modelu zintegrowanego jest to, iż rekomendacje czy zalecenia Konsultanta psychiatry są rozłożone w czasie – umożliwia to kształtowanie procesu terapeutycznego w zależności od potrzeb pacjenta.

Rola Managera Pacjenta

Manager Pacjenta – główne zadania:

- wspiera pracę lekarza POZ poprzez koordynowanie procesu terapeutycznego
- proaktywnie kontroluje reakcję pacjenta na leczenie
- interweniuje u lekarza POZ w przypadku braku postępów w leczeniu pacjenta
- wspiera lekarza POZ w zarządzaniu farmakoterapią
- zapewnia płynną komunikację z konsultantem psychiatrycznym w razie konieczności dokonania zmiany w planie leczenia
- prowadzi krótkie formy pomocy psychologicznej oraz psychoedukację
- kieruje na odpowiednie formy oddziaływania psychoterapeutycznego

Rola Konsultanta ds. Społecznych

Konsultant Społeczny pełni w modelu rolę łącznika między systemami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Dzięki temu przyczynia się do zwiększenia spójności między różnymi zasobami wykorzystywanymi w ścieżce pacjenta.

Jego zadania obejmują:

- włączanie specjalistycznych i naturalnych źródeł wsparcia w ścieżkę pacjenta i organizowania ich działań wokół wspólnego celu – w ścisłej współpracy z managerem pacjenta;
- jeśli to zasadne, zapewnienie przepływu informacji między zespołem zintegrowanej opieki a środowiskiem, np. kiedy potrzebne jest zweryfikowanie czynników ryzyka i zasobów w środowisku pacjenta oraz podjęcie działań służących wzmocnieniu zasobów w otoczeniu pacjenta lub zapewnieniu dodatkowych źródeł wsparcia, jeśli w otoczeniu pacjenta są one niewystarczające lub nieadekwatne.
- udzielanie wsparcia pacjentowi w trudnych sytuacjach życiowych (w zakresie wynikającym z diagnozy poziomu samodzielności i dostępnych źródeł wsparcia);
- edukowanie środowiska pacjenta w zakresie optymalnego wykorzystania zasobów dla wzmocnienia potencjału samodzielności pacjenta;

Działając w ramach Zespołu Konsultant ds. społecznych uzupełnia diagnozę, wspomaga ustalanie trafnych celów i monitorowanie rezultatów pacjenta. Czerpiąc ze wspólnie wypracowanego rozumienia pacjenta, jego potrzeb i ścieżki leczenia, może też trafniej wspierać jego samego oraz jego otoczenie w szukaniu i wdrażaniu wspólnych rozwiązań. Jest to szczególnie przydatne w planowaniu rozwiązywania kryzysów, które wymaga uzgadniania zakresu i sposobu zaangażowania stron.

Dla zagwarantowania uprawnień potrzebnych w roli Konsultanta ds. społecznych, powinien ją pełnić pracownik socjalny z kwalifikacjami do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, zatrudniony w jednostce pomocy społecznej.

Zadania związane z interdyscyplinarnym zaangażowaniem wymagają nowego sposobu pełnienia roli przez pracownika socjalnego, której uczy się on w programie wdrożeniowym wraz z innymi członkami Zespołu zintegrowanej opieki.

MANAGER PACJENTA

Szczegółowy opis zadań

Istnieje różnica między koordynacją opieki a zarządzaniem ścieżką pacjenta. Najczęściej termin koordynacja opisuje niekliniczne, ale ważne funkcje, takie jak skierowanie pacjenta do specjalisty, dostarczanie informacji, logistyczną pomoc dla określonych pacjentów. Ale wielu pacjentów wymaga bardziej intensywnego klinicznego podejścia oprócz otrzymania logistycznego i informacyjnego wsparcia. Rolą Managera pacjenta jest zarówno koordynacja informacyjno-logistyczna usług, jak i działania kliniczne takie jak monitorowanie efektów leczenia (REJESTR), czy wspieranie samodzielności pacjenta (KRÓTKIE FORMY BEHAWIORALNE). Granica między koordynacją opieki i zarządzaniem

opieką jest niewyraźna, dlatego też każdy Manager pacjenta musi rozważyć jak i w jakim zakresie dla poszczególnych grup pacjentów najbardziej efektywnie i skutecznie może dostarczać oba rodzaje usług. Manager pacjenta znajduje się w sercu zespołu zintegrowanej opieki zapewniając całościową koordynację zadań zespołu, dbając o efektywną komunikację i wymianę informacji pomiędzy członkami zespołu i działając jako wiodąca osoba kontaktowa dla pacjenta. Aby skutecznie wspierać lekarza POZ w jego/jej roli, Manager pacjenta jest odpowiedzialny za dwa kluczowe typy zadań: (1) wsparcie dla realizacji zasad opieki zintegrowanej poprzez działania zarządcze, które pomagają zespołowi śledzić i koordynować działania podejmowane na rzecz pacjenta (2) zapewnienie krótkich form psychoterapeutycznych w środowisku podstawowej opieki zdrowotnej.

Szczegółowy opis zadań i odpowiedzialności Managera pacjenta znajduje się poniżej:

- zarządza całą pulą aktywnych pacjentów i koordynuje współdzielone przez wszystkich członków zespołu plany leczenia pacjentów
- dba o zaangażowanie oraz utrzymanie pacjenta w procesie leczenia
- dokonuje w sposób usystematyzowany wstępnej oceny stanu psychicznego pacjenta oraz śledzi i monitoruje (osobiście lub telefonicznie) efekty leczenia i inne obserwacje, które umieszcza w rejestrze; zebrane dane udostępnia innym członkom zespołu
- wspiera zarządzanie lekami przepisаныmi przez lekarza POZ, koncentrując się na przestrzeganiu dawkowania przez pacjenta, monitorowaniu skutków ubocznych i innych powikłań oraz skuteczności leczenia farmakologicznego
- regularnie (zazwyczaj co tydzień) konsultuje z konsultantem psychiatrycznym wybranych pacjentów i komunikuje zalecenia wynikające z tych konsultacji lekarzowi POZ
- dokumentuje w rejestrze osobiste oraz telefoniczne (wideofoniczne) kontakty z pacjentem i korzysta z systemu w celu angażowania pacjentów w proces leczenia i zapobieganiu wypadaniu pacjentów z procesu terapeutycznego
- wspiera zmiany w planach leczenia u pacjentów, którym się nie poprawia zgodnie z oczekiwaniami; w porozumieniu z lekarzem i konsultantem psychiatrycznym
- pomaga stworzyć plan zapobiegania nawrotom u pacjentów, którzy są w stanie remisji
- organizuje konsultacje z Konsultantem ds. społecznych

Komplementarna grupa zadań:

- prowadzi krótkie interwencje psychologiczne przy użyciu technik opartych na dowodach
- edukuje pacjenta w zakresie danego problemu/choroby psychicznej oraz informuje o dostępnych i najbardziej adekwatnych opcjach terapeutycznych

-
- prowadzi lub ułatwia znalezienie odpowiedniej formy terapii zgodnie ze wskazaniami klinicznymi

Narzędzia diagnostyczne

Trafna diagnoza to nie tylko określenie trudności pacjenta i wskazanie prawdopodobnych wyjaśnień jego problemu/problemów. Trafna diagnoza pozwala jasno określić cel, ponieważ wskazuje na priorytetowe obszary oddziaływań. Podzielanie wspólnego celu uznaje się za jedną z reguł, której przestrzeganie zwiększa szanse powodzenia pracy zespołu opieki (Mitchell i in., 2012). Przy tym ważne jest, aby cel ten był czytelnie wyartykułowany i zrozumiały dla wszystkich.

Głównym przedmiotem diagnozy są objawy kliniczne oraz poziom samodzielności nastolatków i młodych dorosłych. Z uwagi na to, iż cały Model zakłada współpracę ze środowiskiem pacjenta, nie można pominąć oceny tego elementu. Przyjmujemy, że jeśli wyniki wstępnej diagnozy dokonanej przez MP wskażą na niski poziom samodzielności, włącza on do współpracy Konsultanta ds. społecznych. Jego rolą w aspekcie diagnostycznym jest przeprowadzenie pogłębionego wywiadu środowiskowego, który dostarczy informacji na temat zasobów środowiska oraz występujących w nim zagrożeń. Po stronie Managera pozostaje natomiast zidentyfikowanie stresorów, na działanie których narażona jest osoba wymagająca pomocy.

Poprzez uwzględnienie informacji o zasobach środowiskowych i jednostkowych – poziom samodzielności (diagnoza pozytywna) obok informacji o objawach, mechanizmach i przyczynach zaburzeń (diagnoza negatywna), realizowany jest postulat diagnozy całościowej (Sęk, 2014). Tym samym dodatkowo uwzględniony zostaje problem ochrony, promocji zdrowia i prewencji trzeciego stopnia (zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie jej nawrotom).

MP korzysta z testów diagnostycznych wprowadzonych do RP, przy czym ich liczba powinna być dostosowana do możliwości czasowych pracy MP. Wypełnianie testów, jeśli nie odbywa się poza spotkaniami, skraca automatycznie czas przeznaczony na omówienie innych spraw z pacjentem. Trzeba mieć też na uwadze ewentualną frustrację części pacjentów, którzy wyrażają niezadowolenie z takiej formy monitorowania postępów. Zaleca się wówczas dostosowanie częstotliwości stosowania testów do indywidualnego przypadku, tj. redukcję ilości pomiarów powtarzanych, przy zachowaniu użyteczności testowania, tj. wyniki powinny dawać możliwość monitorowania zmian. Ponadto, narzędzia powinny być dopasowane do odbiorców, tj. do ich wieku, możliwości rozumienia pytań. Optymalnie jest, gdy MP dysponuje: (a) minimum jedną skalą służącą pomiarowi nasilenia objawów negatywnych (przekrojowy kwestionariusz) oraz (b) minimum jedną skalą pozwalającą zaobserwować pozytywne zmiany w społecznym życiu pacjenta (np. WHODAS 2.0, wersja skrócona) i stosuje je raz w miesiącu. W przypadku krótkich ścieżek (tj. do 10 spotkań), wystarczy pomiar na wejściu i na wyjściu oraz ewentualnie jeden pomiar śródkresowy, jeśli MP uzna to za użyteczne.

Funkcje stosowania testów w Modelu:

-
- najbardziej oczywistą jest monitorowanie zmian (progres/regres); zabieg uilościowienia danych pozwala na dokonywanie porównań interindywidualnych (porównanie pacjenta z grupą odniesienia) oraz intraindywidualnych (pacjent jest sam dla siebie punktem odniesienia, co umożliwia śledzenie zmian w zakresie natężenia objawów na linii czasu);
 - śledzenie postępów w leczeniu pozwala na: (a) dostosowanie planu leczenia do aktualnego stanu pacjenta oraz szybkiej jego modyfikacja w razie konieczności; (b) priorytetyzację pacjentów - osoby, które nie wykazują postępu lub ich stan się pogarsza konsultowane są w pierwszej kolejności podczas CR; (c) uruchomienie systemu wczesnego alarmowania m. in. w funkcji zapobiegania przedwczesnego wypadnięcia z systemu opieki, (d) prognozowanie trajektorii dalszego przebiegu leczenia;
 - wypełnione testy pomagają również w uzupełnieniu rozmowy diagnostycznej podczas konsultacji; dzięki omawianiu wyników testów ujawnione zostają często ważne dla pacjenta obszary, który łatwiej jest mu podjąć w rozmowie przy okazji omawiania testu niż samodzielnie; w przypadku pacjentów o niższej zdolności do autorefleksji lub bardziej wycofanych stanowią one doskonały „punkt zaczepienia”, umożliwiając uzyskanie większej ilości danych.

Praca na celach

Kluczowym elementem sposobu pracy MP jest praca na wyznaczonych celach leczenia. Cele te powinny uwzględniać nie tylko diagnozę pacjenta, ale również określone przez niego istotne obszary funkcjonowania, w których chciałby uzyskać pożądaną zmianę. Wyznaczone cele determinują projektowanie ścieżki leczenia.

Podstawowym warunkiem udanego procesu leczenia jest jasne określenie celów, które są zrozumiałe dla pacjenta oraz wszystkich osób pomagających. Z perspektywy pacjenta oznacza to, że zostaje on zaproszony do współpracy już na etapie ich określania i staje się aktywnym uczestnikiem w procesie leczenia. Z perspektywy Zespołu prowadzącego leczenie oznacza to, że wszyscy jego członkowie znają i rozumieją, jakie cele są istotne dla konkretnego pacjenta. Wiedzę taką przekazuje MP, choć można przyjąć, że sam pacjent staje się źródłem takich informacji, jeśli rozumie i pamięta określone na wstępie procesu cele leczenia (zinternalizowanie celów przez pacjenta). Ostateczna lista celów leczenia jest wypadkową potrzeb i możliwości pacjenta oraz oceny klinicznej MP.

Grupy celów z przykładami:

1. Relacje społeczne (rodzinne, romantyczne, rówieśnicze, interpersonalne w szerszym znaczeniu):
 - zwiększenie poczucia pewności siebie i swobody w kontaktach z mężczyznami;
 - nauka asertywnej postawy wobec innych ludzi (jak rozpoznawać granice w relacji i ich przestrzegać)
 - nauka umiejętności wyrażania złości w relacjach adekwatny sposób

-
- nauka sposobów komunikacji z innymi (mówienie wprost) oraz nawiązywania znajomości, analiza przekonań na własny temat (wskaźnik: podejmowanie prób wychodzenia z kontaktem do innych osób);
 - rozwijanie zaufania wobec ludzi i umiejętności wchodzenia w relacje (cel: zbudowanie motywacji do wchodzenia w kontakt z innymi osobami, nawiązanie znaczącej i satysfakcjonującej relacji);

2. Kompetencje samoregulacyjne:

- wypracowanie bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem w pracy;
- nauka sposobów radzenia sobie z napadami paniki;
- nauka sposobów adekwatnego panowania nad agresją (wskaźniki: mniej agresji werbalnej oraz fizycznej wobec członków rodziny i znajomych; mniej zachowań autoagresywnych: uderzenia ręką w stół lub ścianę, cięcia / zadrapania na przedramionach)
- wypracowanie bardziej adekwatnych do sytuacji i skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem i lękiem w relacjach interpersonalnych (wskaźniki: mniej lęku podczas załatwiania spraw formalnych, wychodzenia do sklepu, pytania o drogę czy prośbienia o pomoc)
- znalezienie sposobów radzenia sobie z emocjami/napięciem innych niż samookaleczanie się (cel: nieokaleczanie się przez cały zakontraktowany okres);
- nauka radzenia sobie z emocjami: gniewu, złości, smutku, żalu, zazdrości
- nauka sposobów radzenia sobie i rozumienia napięcia seksualnego

3. Kompetencje samoopieki:

- regularność w przyjmowaniu leków;
- stworzenie planu zapobiegania nawrotom epizodów depresyjnych;
- wzrost wiedzy i świadomości dot. przebiegu depresji i powracania do zdrowia
- dbanie o własne zdrowie oraz poszukiwanie opcji wsparcia medycznego
- monitorowanie wagi i stanu zdrowia (regularne badania)

4. Usamodzielnianie:

- nauka umiejętności gospodarowania finansami (planowanie wydatków z uwzględnieniem zobowiązań i zadłużenia)
- nauka planowania harmonogramu dnia (jak planować dzień i realizować ten plan)
- nauka wyznaczania i dążenia do celów;
- nauka sposobów podejmowania decyzji i radzenia sobie z ich konsekwencjami
- wsparcie w realizacji planów związanych z edukacją i zatrudnieniem tj. pomoc w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia, podniesienie kwalifikacji zawodowych
- zrealizowanie stażu, znalezienie pracy na stałe;
- rozpoczęcie i kontynuowanie studiów.

5. Budowanie i/lub podtrzymywanie motywacji:

- motywowanie do podjęcia psychoterapii długoterminowej;

-
- wzmacnianie motywacji do uczestnictwa w projekcie;
 - motywowanie do podjęcia terapii grupowej na oddziale szpitalnym;
 - motywowanie do regularnego przyjmowania leków
 - motywowanie do realizacji obowiązku szkolnego.

6. Inne:

- aktywizacja w zakresie spędzania wolnego czasu i wzrost satysfakcji w związku z nim;
- pacjentka pragnie bardziej akceptować swój wygląd zewnętrzny;
- celem jest większa akceptacja swojego ciała i mniej krytyczny stosunek do siebie i swojej cielesności, bez potrzeby ciągłego porównywania się z innymi ludźmi;
- zmniejszenie nasilenia zamartwiania się poprzez nauczenie się technik poznawczych
- praca nad trudnościami poznawczymi: skupianie się, zapamiętywanie (w kontekście pracy i relacji towarzyskich).

Wskazówka techniczna:

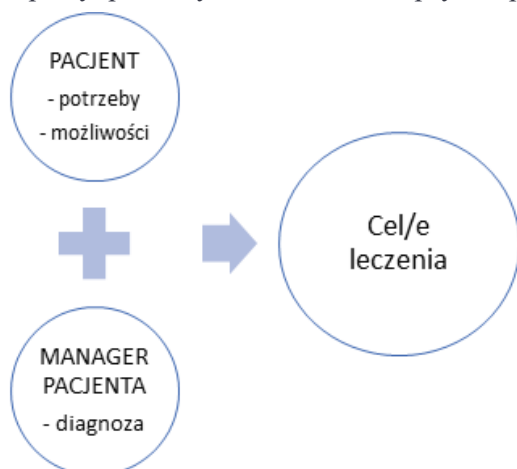
Warto zadbać o ujednolicenie wpisów w RP, aby były one formułowane w podobnym języku, jeśli dotyczą podobnych celów. W każdej karcie pacjenta powinny znaleźć się jasno opisane cele.

Dlaczego cele są istotne w tym Modelu pracy?

- Pozwalają na opracowanie strategii leczenia. Znając cele i ich hierarchię, można przystąpić do zastanawiania się nad sposobami ich realizacji, które każdorazowo zostaną indywidualnie dopasowane do przypadku.
- Dają możliwość monitorowania postępów leczenia lub analizę przeszkód w jego przebiegu. Tylko w sytuacji kiedy cele są jasno określone, widoczne staje się czy pacjent podejmuje wysiłek zmierzający do ich realizacji czy z określonych przyczyn, nie podejmuje działań w zaplanowanym kierunku. Do celów, które stanowią element kontraktu zawieranego z pacjentem, można jawnie odwołać się w dowolnym momencie, aby wspólnie omówić, co takiego dzieje się w procesie leczenia, że nie prowadzi on do pozytywnych, oczekiwanych zmian. Daje to swobodę omówienia procesu i wskazanie przez MP lub wspólne odkrywanie, gdzie leży potencjalna przyczyna, np. czy jest nią brak motywacji pacjenta czy może jego trudna sytuacja finansowa lub rodzinna, co uniemożliwia regularne uczestniczenie w spotkaniach itp.
- Zwiększają podmiotowość pacjenta w procesie leczenia.
- Stanowią drogowskaz - pozwalają wszystkim członkom zespołu szybko zorientować się co jest w danym momencie priorytetem, a co stanowi działanie do zrealizowania w późniejszym czasie.

Wytyczne, którymi warto się kierować ustalając cele leczenia:

Po pierwsze, cele należy wynegocjować w dialogu z pacjentem. Oznacza to, że pacjent wnosi ważne dla siebie marzenia, plany, potrzeby, cele. MP wnosi psychospołeczną diagnozę.



Jeśli pacjent napotyka trudności w wyartykułowaniu celów, można go wspomóc podsuwając listę ważnych obszarów życiowych oraz analizując wspólnie z nim odpowiedzi, jakich udzielił w teście WHODAS 2.0 (wersja skrócona). Skala WHODAS 2.0 daje możliwość szybkiego wglądu w ważne sfery psychospołecznego funkcjonowania pacjenta. Jest to jednak spojrzenie „z lotu ptaka”, gdzie możemy ogólnie zorientować się w jakich obszarach pacjent ma trudności, jednak nie dowiemy się, na czym konkretnie one polegają. Aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje, należy zaprosić pacjenta do rozmowy na ten temat. Poniższa ramka zawiera wskazówki w jaki sposób można taką rozmowę przeprowadzić i na co zwrócić uwagę.

Przedstaw pacjentowi przykładową listę różnych dziedzin życia powiązanych z osobistymi wartościami:

1. zdrowie psychiczne i fizyczne
2. rodzina
3. przyjaciele
4. relacje intymne
5. społeczność
6. praca
7. edukacja, nauka, wiedza
8. czas wolny i zabawa
9. bycie rodzicem, dziadkiem itp.
10. duchowość
11. muzyka, sztuka, kreatywność

Źródło: <https://emocje.pro/aktywizacja-behawioralna-depresja-wartosci-flow/>

Poproś pacjenta o wskazanie, w których obszarach doświadcza braku, z którego obszaru nie jest wystarczająco zadowolony lub który obszar jest źródłem jego cierpienia. Zapytaj, które obszary życia

są dla niego ważne lub były ważne w przeszłości, nawet jeśli obecnie nie czuje on z nimi łączności. Zachowaj uważność na to, czy są to faktycznie osobiste cele pacjenta czy oczekiwania innych osób z jego otoczenia. Możecie uporządkować wskazane obszary od najbardziej do najmniej istotnych (stopień ważności, np. na skali 1-10), a następnie określić w jakim stopniu pacjent realizuje obecnie daną wartość w swoim życiu (stopień realizacji, np. na skali 1-10).

Powyższe oszacowania mogą być punktem wyjścia do rozmowy o tym, nad czym pacjent chciałby pracować. Pozwoli to ustalić, jakie cele włączyć w jego ścieżkę leczenia. Rozmowę taką można przeprowadzić również bez sugerowanych oszacowań, w bardziej swobodny sposób. Użyteczne natomiast jest, aby niezależnie od tego, w jaki sposób rozmowa taka zostanie przeprowadzona, jej efektem była lista kilku (niezbyt wielu) ważnych obszarów życia pacjenta, w których pragnie on wprowadzić pożądaną zmianę.

Po drugie, użyteczne jest kierowanie się regułą SMART przy formułowaniu celów. Dopiero odpowiednio sformułowany cel zwiększa prawdopodobieństwo jego osiągnięcia. Tworzenie celów metodą SMART stwarza pacjentowi okazję do refleksji i analizy tego, co chciałby osiągnąć w procesie leczenia. Warto spisać te ustalenia z pacjentem, szczególnie jeśli mamy wątpliwość czy wszystko zapamięta, zwłaszcza jeśli celów jest kilka, a ścieżka leczenia jest „długą ścieżką”.

SMART czyli...

- S – czyli Sprecyzowany, Szczegółowy; należy dążyć do ukonkretnienia celu; jeśli cel zostaje określony na dużym poziomie ogólności, np. poprawa w relacjach z ludźmi, zmniejsza to szanse na jego realizację oraz utrudnia monitorowanie postępów;
- M – czyli Mierzalny; zoperacjonalizuj cele odpowiadając wspólnie z pacjentem na pytanie „po czym poznasz, że dany cel został osiągnięty?”; poszukajcie konkretnych, dających się łatwo zaobserwować lub zmierzyć testem wskaźników osiągnięcia celu, np. miernikiem sukcesu w obszarze rozwoju umiejętności inicjowania kontaktów społecznych może być to, że pacjent wykona dwa telefony do przyjaciela w ciągu tygodnia i/lub zmniejszenie natężenia lęku, co będzie widoczne w pomiarze skalą lęku jako znaczący spadek wyniku;
- A – czyli Atrakcyjny; chodzi tutaj o ważność celu z perspektywy pacjenta; na ile określony cel wpisuje się w jego system wartości, nadaje jego życiu sens i znaczenie, stanowi wyzwanie, którego realizacja wiązać się będzie z wewnętrznymi nagrodami; realizacja takiego celu daje nam poczucie satysfakcji oraz zwiększa szacunek do samego siebie; ważność celu można zweryfikować poprzez pytanie „po co w ogóle chcę osiągnąć taki cel?” oraz jakie zyski i straty wiązać się będą z jego zrealizowaniem bądź niezrealizowaniem; przy tym warto pamiętać, że im ważniejszy cel, tym silniejsza afektywna reakcja wiąże się z jego osiągnięciem (pozytywny afekt) oraz nieosiągnięciem (negatywny afekt) (za: Cooper, 2018);
- R – czyli Realistyczny; cel powinien być możliwy do osiągnięcia, biorąc pod uwagę zasoby własne i zewnętrzne jakimi dysponuje pacjent (np. czas, finanse, stan zdrowia, sieć wsparcia etc.); zbyt trudny do zrealizowania cel może skutkować zniechęceniem i spadkiem starań. Badania pokazują, że nawet jeśli cel nie został osiągnięty, a nawet gdy nie widać postępów w

jego osiągnięciu, ludzie czują się lepiej, jeśli wierzą, że mogą być w tym skuteczni oraz że posiadają wpływ, wsparcie i możliwość pracy na ich rzecz (za: Cooper, 2018);

- T – czyli Terminowy; określenie daty, do jakiej chcemy zrealizować dany cel zwiększa mobilizację do działania i pozwala uniknąć pułapki odkładania go na później; wyznaczony termin powinien być realistyczny.

Reguła SMART jest użyteczna jako punkt wyjścia do rozmowy z pacjentem. Niemniej warto kierować się także opisanymi szeroko w literaturze przedmiotu innymi wymiarami, które różnicują cele i mogą okazać się ważne w pracy z pacjentami (za: Cooper, 2018). Są to: unikanie vs. dążenie do, wewnętrzny vs. zewnętrzny, orientacja temporalna, świadomość.

Po trzecie, na początek warto wybrać tzw. mały cel, którego realizacja przyczyni się względnie szybko do poczucia sukcesu u pacjenta. Ma to walor wzmacniania go w podjętej ścieżce leczenia, motywowania do dalszej pracy oraz daje poczucie sprawstwa oraz osobistej satysfakcji. Poczucie własnej skuteczności jest niezwykle istotnym czynnikiem regulującym funkcjonowanie człowieka: „w istotny sposób decyduje o podjęciu określonego działania, wysiłku wkładanym w jego wykonanie, wytrwałości, uczuciach towarzyszących czynnościom celowym, radzeniu sobie z przeszkodami oraz o mobilizowaniu zasobów wewnętrznych do sprostania wymaganiom sytuacyjnym” (Niewiadomska, Chwaszcz, 2010, s. 52).

Po czwarte, ponieważ celów może być kilka i nie wszystkie będą możliwe do zrealizowania w tym samym czasie, ustal hierarchię celów – a) określ, które z nich są priorytetowe i/lub najważniejsze dla pacjenta, b) które wymagają, aby wcześniej inne cele zostały zrealizowane, c) a które z przyczyn organizacyjnych (np. uruchomienie grupy wsparcia lub grupy warsztatowej) lub innych, nie są możliwe do zrealizowania w pierwszej kolejności i niezbędne jest ich odłożenie na później.

Po piąte, ustal harmonogram realizacji celów - spróbuj określić jak najdokładniej moment w czasie, w którym wdrażane będą działania na rzecz danego celu. Warto wskazać ile sesji będzie przeznaczonych na pracę daną metodą lub jaki okres czasu potrwa określone oddziaływanie.

Po szóste, pomocne jest sformułowanie roboczego Modelu problemu pacjenta, który możesz z nim omówić na etapie konsultacji. W dalszej pracy obraz problemu pacjenta może ulec zmianie, może zostać uzupełniony o nowe informacje etc. Jednak już ten sformułowany na wstępie obraz problematyki pacjenta, przedyskutowany z nim, pozwala uwspólnić jego rozumienie, co zwiększa szanse na powodzenie leczenia. Zachęca bowiem pacjenta do autorefleksji, zwiększa jego samowiedzę oraz uruchamia jego ego obserwujące. Ten ostatni termin odnosi się do specyficznej funkcji psychiki jaką jest zdolność do obserwowania i dystansowania się wobec własnych treści psychicznych. Zdolność taka nie zawsze jest w pełni rozwinięta u pacjentów zgłaszających się po pomoc psychologiczną, dlatego warto ją wzmacniać i rozwijać m. in. poprzez nazywanie myśli, uczuć i stanów pacjenta, łączenie ich ze zdarzeniami i zachowaniami oraz wskazywanie na związki przyczynowo-skutkowe między nimi. Toruje to drogę do umiejętności patrzenia na siebie i swoje reakcje z perspektywy zewnętrznego obserwatora. Rozmowa na temat problemu pacjenta, która w bardziej systematyczny sposób porządkuje jego trudności,

oddziela symptomy od przyczyn oraz wskazuje na możliwe konsekwencje, sprzyja także wypracowaniu świadomego i nieświadomego przymierza terapeutycznego. Kluczowe jest, aby w takiej rozmowie unikać żargonu psychologicznego i specjalistycznych terminów na rzecz przystępnego, dopasowanego do odbiorcy języka.

Przykładowy roboczy Model problemu pacjenta:

wysoki poziom lęku → trudności w obszarze komunikacji z innymi
→ ilość i jakość relacji społecznych oraz trudności w znalezieniu pracy → depresyjny nastrój → zaniedbywanie obowiązków, izolacja

W tym przykładzie punkt startu do pracy z pacjentem może być dwojaki. Po pierwsze, można wyjść od tego, co uznajemy za pierwotną przyczynę zgłaszanych przez pacjenta trudności, tj. lęku przekładającego się na problemy w komunikowaniu się z ludźmi (pacjent zwykle milczy lub trudno skupić mu się na treści rozmowy z powodu wysokiego poziomu napięcia. Wybraną metodą pracy może być wówczas terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu, która ma za zadanie wypracowanie z pacjentem sposobów redukcji lęku w sytuacjach społecznych oraz rozwój umiejętności prowadzenia rozmowy. Po drugie, można rozpocząć od zgłaszanych objawów, tj. zaniedbywania codziennych obowiązków i izolacji. Korzystając z metody aktywizacji behawioralnej można pracować nad zmniejszeniem się wycofania pacjenta. Wychodzenie z izolacji społecznej można wpisać w plan aktywizacji, zaczynając od zachęcania pacjenta do kontaktów z osobami, które dobrze zna i w towarzystwie których doświadcza jedynie niewielkiego napięcia. Pozwoli mu to doświadczyć większej pewności siebie w kontaktach. W obu przypadkach działania na rzecz znalezienia pracy odkładamy na późniejszy etap, uznając ten problem za wtórny wobec wskazanych wyżej trudności.

Po siódme, istotne jest, aby MP pamiętał o ustalonych celach. Zdarza się, że pacjenci zapominają o zakontraktowanych celach. Sprzyjać temu mogą bieżące zdarzenia, które są źródłem napięcia i dyskomfortu pacjenta, co powoduje, że pragnie on wnieść taki materiał na spotkaniu, nawet jeśli nie odnosi się on bezpośrednio do pracy na wyznaczonych celach. Zdarza się także, że pacjenci wnoszą materiał bardziej genetyczny, dotyczący historii ich życia, unikając w ten sposób pracy nad bieżącymi trudnościami. Rolą MP jest oczywiście wspierać pacjentów, kiedy tego potrzebują. Niemniej ważne jest, aby MP kierował pracą na ustalone cele, jeśli tylko psychofizyczny stan pacjenta oraz jego sytuacja

życiowa na to pozwalają. Kierowanie procesem leczenia ze strony MP zapobiega również zamianie pracy na krótkoterminowych celach w psychoterapię długoterminową.

Możliwe sytuacje trudne:

1. Pacjent nie potrafi sprecyzować swoich celów. Jest to sytuacja, w której pomimo rozmowy i wsparcia managera nie udaje się odpowiedzieć na pytanie o to, co pacjent chciałby osiągnąć poprzez współpracę z MP. Wówczas w ścieżkę leczenia jako cel można wpisać pracę nad doprecyzowaniem celów. Warto uczynić to jawnym i bezpośrednim przedmiotem dialogu. Jeśli pacjent nie jest zainteresowany taką pracą, zalecane jest zakończenie spotkań po etapie konsultacyjnym.
2. Pacjent podważa możliwość zrealizowania wskazanych celów. Należy w tej sytuacji rozważyć czy pacjent już na tym etapie sabotuje proces leczenia i nie podjąwszy starań odrzuca możliwość poprawy swojej sytuacji czy faktycznie istnieją realistyczne przesłanki ku temu, aby wytyczone cele nie zostały osiągnięte. W pierwszym przypadku nie rekomenduje się kontynuowania ścieżki bez omówienia przypadku na case review. W drugim przypadku zachęca się do zweryfikowania celów lub omówienia potencjalnych przeszkód i możliwych dróg ich rozwiązywania.
3. Pacjent nie ma wystarczającej motywacji do pracy nad swoimi trudnościami. W tym miejscu warto zaproponować pacjentowi dialog motywujący, którego celem jest zmotywowanie go do współpracy. Jeśli to nie przyniesienie oczekiwanych rezultatów lub pacjent odmówi dalszej rozmowy na ten temat, zaleca się zakończenie spotkań na tym etapie.
4. Pacjent zrealizował wstępnie określone cele, ale jego samopoczucie nie uległo poprawie. W tej sytuacji do wyboru są dwie drogi: ponowne zakontraktowanie się na nowe cele i kontynuowanie współpracy po omówieniu przyczyn braku poprawy samopoczucia lub zmiana formy pomocy, np. przekierowanie do innej instytucji specjalistycznej, skierowanie na terapię długoterminową, na oddział dzienny etc.
5. Monitorowanie progresu w realizacji celów przeżywane jest przez pacjenta jako „rozliczanie go” z pracy. W tej sytuacji warto otwarcie porozmawiać z pacjentem o tym, jak odbiera ten proces i co mogłoby ułatwić mu spojrzenie na to z innej perspektywy.

Projektowanie ścieżki leczenia

Projektując ścieżkę leczenia MP powinien pamiętać o nadrzędnej zasadzie „pacjentocentryczności”, która wymaga elastycznego podejścia do planowanych interwencji. Oznacza to, że jeśli obrany sposób postępowania nie przynosi efektów, należy wprowadzić adekwatne zmiany.

Projektując ścieżkę leczenia należy pamiętać o:

-
- dopasowaniu oddziaływań do wyznaczonych celów;
 - dopasowaniu interwencji do możliwości i zasobów pacjenta;
 - wyborze typu ścieżki lub ścieżek;
 - zaplanowaniu kto i na jakim etapie współpracuje z pacjentem na rzecz określonego celu;
 - określeniu harmonogram realizacji;
 - na etapie zawierania kontraktu, należy wyjaśnić pacjentowi jak widzimy jego plan leczenia/usamodzielnienia etc. oraz uwzględnić informacje zwrotne od niego;
 - elastyczności w doborze settingu: (a) dopasowywany celów (w nich zawarte są potrzeby pacjenta), (b) zasobów pacjenta, również tych środowiskowych, (c) stresorów, które oddziałują na pacjenta; warto zakontraktować możliwość modyfikacji settingu zależnie od postępów w leczeniu; dopuszczalny, a niekiedy wskazany jest kontakt telefoniczny lub mejlowy.

Wybrane formy krótkoterminowej pomocy psychologicznej

Distress Tolerance Skills

1. KIEDY/ DLA KOGO?

- Brak umiejętności radzenia sobie z sytuacjami, które powodują ból, dystres/ pobudzenie/ napięcie; szczególnie przeznaczone do stosowania w sytuacjach nierozwiązywalnych kryzysów/ sytuacji trudnych (subiektywnie), które powodują wysoki poziom napięcia, silne emocje negatywne
- Brak umiejętności radzenia sobie z napięciem w różnych sytuacjach
- Powtarzające się, impulsywne i/lub destrukcyjne sposoby radzenia sobie, reagowania (nawyki reagowania, które są szkodliwe i w efekcie pogłębiają problemy), w tym samouszkodzenia, używki, zachowania agresywne etc.
- Wysoki poziom stresu (pobudzenia) w jakimś obszarze życia, co przekłada się na niską efektywność działania, produktywność, a jest taka potrzeba (np. osoba ma ważne egzaminy lub nawał pilnych obowiązków w pracy); wysoki poziom stresu, z którym osoba sobie nie radzi powoduje upośledzenie/obniżoną produktywność na studiach/ w pracy/ w życiu

2. NARZĘDZIA

- Psychoedukacja na temat radzenia sobie ze stresem, napięciem (eustres, dystres)
- Analiza kosztów szkodliwych zachowań, sposobów radzenia sobie z dystresem
- Praca z myślami (autoafirmujące i dotyczące kompetencji w radzeniu sobie)
- Praca z planami: odwracania uwagi, samospokajania etc.; sprawdzanie, analiza, monitorowanie co i jak działa --> ewentualne modyfikacje
- Modelowanie relaksacji mięśni i ćwiczeń oddechowych
- Instruowanie i Modelowanie dotyczące wdrażania planów

3. EFEKTY/ co się zmieni?

- Umiejętności wytrzymywania napięcia, tolerowania go bez szkodliwego, impulsywnego odreagowywania
- Bardziej adekwatne i mniej impulsywne sposoby radzenia sobie
- Zdolność samokojenia, uspokajania się, pocieszania
- Zwiększona samoobserwacja w obszarze oznak pobudzenia i jego dynamiki
- Umiejętność akceptowania rzeczywistości (mindfulness), bycie tu i teraz bez osądzania i krytyki
- Lepsze radzenie sobie z sytuacjami kryzysowymi, trudnymi

Aktywacja behawioralna

1. KIEDY/ DLA KOGO?

- Objawy depresyjne i/lub lękowe
- Zaburzenia depresyjne, PTSD
- Zidentyfikowany wzorzec unikania --> wycofanie, izolacja, spadek aktywności (na różnym poziomie, również jeśli obecne są pierwsze oznaki) ▪ szczególnie gdy: wycofanie jest znaczące dla dobrostanu, długotrwałe, zmniejszające zadowolenie z życia, towarzyszy mu obniżony nastrój
- Spirala depresyjności - pogarszające się samopoczucie zwiększa unikanie, a unikanie pogarsza nastrój itd.
- Znaczące zaburzenie rutyny dnia

2. NARZĘDZIA

- Psychoedukacja nt. spirali depresyjności, zależności między myślami, zachowaniem a emocjami
- Funkcjonalna analiza zachowania
- Praca z przeszkodami
- Orientacja na terażniejszość
- Prace domowe
- Wykres Aktywności, Plan Aktywizacji, TRAP/TRAC
- Praca z ruminacją i/lub zamartwianiem się
- Cele (SMART), plan działania, monitorujemy interakcje zachowanie-nastrój, sprawdzamy co działa i to wzmacniamy
- Koncentracja na wartościach, obszarach ważności
- Plan zapobiegania nawrotom

3. EFEKTY

- Większa aktywność, szczególnie w istotnych dla jednostki obszarach życia
- Wzrost zdolności samoobserwacji zależności między zachowaniem a samopoczuciem
- Większe poczucie spełnienia, satysfakcji i poczucie produktywności, skuteczności

Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach

1. KIEDY/ DLA KOGO?

- Gdy ktoś ma dylemat/ kłopot/ trudność i brakuje mu sposobów na poradzenie sobie z nim, rozwiązanie go
- Ograniczony obszar, wątek
- Często w kryzysowych, przełomowych momentach życia np. zmiana szkoły, wybór kierunku studiów, nowa klasa, nowa praca, przeprowadzka, rozwód etc. Wówczas dotychczasowe sposoby mogą nie wystarczyć, bo sytuacja jest nowa i ważna
- Problem widzą inni, ale klient ma motywację do terapii, jakiejś zmiany

2. NARZĘDZIA

- Praca z przyszłością (pytanie o cud)
- Skalowanie (analiza aktualnej sytuacji)
- Poszukiwanie przeszłych rozwiązań problemu (które działały) (szukanie wyjątków)
- Wzmacnianie zasobów klienta
- Komplementowanie
- Określanie celów metodą małych kroków
- Informacja zwrotna
- Koncentracja na potrzebach klienta

3. EFEKTY

- Budowanie sprawczości i wzmacnianie poczucia kompetencji w obszarze, który osoba zgłasza jako problem
- Poprawa funkcjonowania w danym obszarze

Dialog motywujący

1. KIEDY/ DLA KOGO?

- Wzbudzanie i/lub podtrzymywanie motywacji do zmiany
- Wstępna faza pracy nad zmianą
- Każdy moment, w którym pacjent traci motywację do współpracy

-
- uzależnienia, złe nawyki – pacjent instytucjonalny, przemoc etc.

2. NARZĘDZIA

- Język zmiany
- Poszukiwanie negatywnych konsekwencji nie podjęcia się leczenia
- Dowartościowanie motywacji (umiejętności, zdolności, chęci, wzmacnianie zasobów)
- Odzwierciedlanie --> pomaga klientowi zrozumieć i uporządkować jego przeżycia
- Podsumowywanie
- Zdefiniowanie i przepracowanie ambiwalencji (angażowanie, ukierunkowanie, motywowanie, planowanie)
- Monitorowanie postępów (sprawdzanie, modyfikowanie, plan zapobiegania nawrotom)
- Nagrody za postępy
- Zapobieganie nawrotom (faza podtrzymania)

3. EFEKTY

- Dostrzeganie, zauważenie potrzeby zmiany
- Wzbudzanie wewnętrznej motywacji i/lub jej podtrzymywanie --> Chęć zmiany i pracy nad sobą
- Przepracowanie ambiwalencji

Umiejętności pomagające budować i wzmacniać siłę przymierza

- Podstawowe umiejętności pomagania (wsparcie)
- Porozumienie co do celów i metod pracy
- Aktywne słuchanie
- Słuchanie odzwierciedlające
- Podsumowywanie
- Parafrazowanie
- Klaryfikacja, konfrontacja (rzadziej)
- Proaktywność

CASE REVIEW

“Male” Case Review (CR) z lekarzem psychiatrą

Zadaniem Lekarza Psychiatrii w ramach proponowanego ModelU (poza bezpośrednią ewaluacją pacjenta) są regularne cotygodniowe konsultacje z przypisanymi do siebie Managerami pacjenta, wraz z dokumentowaniem zaleceń w rejestrze elektronicznym, niekiedy omówienie tych zaleceń z innymi

członkami zespołu. Konsultacje te mogą być wykonywane osobiście lub za pośrednictwem telemedycyny (wideo lub telefonicznie).

Schemat wzorcowego przeglądu pacjentów z danego rejestru zakłada, iż Konsultant psychiatra ma wypracowaną strategię komunikacji dotyczącą konsultacji z Managerem pacjenta. Kluczowe jej elementy powinny zawierać:

1. regularność kontaktów, które są na stałe wpisane w grafiki pracy specjalistów (zaleca się cotygodniowe przeglądy rejestrów trwające, w zależności od liczby aktywnych pacjentów, od 60 do 90 min)
2. założenie, że zarówno Konsultant psychiatra, jak i Manager pacjenta są przygotowani do przeglądu i omówienia wybranych pacjentów i zapoznali się ze zgromadzonymi w Rejestrze pomiarami i obserwacjami
3. zgodę obu stron na to, aby przegląd za każdym razem przyjmował taką samą ustrukturyzowaną formę pozwalającą skupić się tylko na najistotniejszych kwestiach i gwarantującą jak najefektywniejsze wykorzystanie zaplanowanego czasu.

Konsultacje psychiatryczne muszą dla zapewnienia efektywności

- być regularne
- przebiegać w sposób ustrukturyzowany
- bazować na rzetelnych i aktualnych informacjach klinicznych
- być dokumentowane, a zalecenia muszą być efektywnie komunikowane zespołowi

Wartością dodaną takich ustrukturyzowanych i regularnych konsultacji, przy założeniu odpowiedniej atmosfery sprzyjającej współpracy, jest to, iż wszyscy użytkownicy tego procesu mogą uczyć się od siebie nawzajem bazując na otrzymywanej informacji zwrotnej na temat jakości swojej pracy – każde omówienie przypadku, czy bardziej ogólnie problemu dotyczącego np. wybranej grupy pacjentów, może być doskonałą okazją dla psychiatry na podzielenie się swoją wiedzą merytoryczną.

Najbardziej typowe kwestie omawiane w ramach cotygodniowych konsultacji to:

1. Klaryfikacja diagnozy dot. nowych pacjentów w rejestrze jest fundamentalną kwestią z uwagi na rolę jaką odgrywa prawidłowo postawiona wstępna diagnoza w konstruowaniu ścieżki leczenia. Konsultant psychiatra czerpie dane m.in. z pomiarów zebranych z wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych (patrz sekcja Diagnoza i narzędzia diagnostyczne) oraz wstępnej oceny problematyki pacjenta poczynionej przez Managera pacjenta i Lekarza POZ (z uwzględnieniem informacji i obserwacji otrzymanych od innych użytkowników Modelu najczęściej za pośrednictwem Konsultanta ds. społecznych). Wstępna ocena stanu zdrowia psychicznego pacjenta w Modelu leczenia zintegrowanego różni się od jej tradycyjnego ujęcia, w którym do postawienia diagnozy dochodzi najczęściej podczas jednorazowego osobistego spotkania lekarza psychiatry z pacjentem. W Modelu leczenia zintegrowanego dane potrzebne do postawienia

wstępnego rozpoznania nie tylko pochodzą z kilku źródeł, ale też dotyczą obserwacji rozłożonych w czasie, gdyż pacjent jest w regularnym kontakcie z Managerem pacjenta i jego/jej ścieżka leczenia jest monitorowana. Przy zapewnieniu ciągłości obserwacji zespół ma możliwość rozpoczęcia procesu terapeutycznego z rozpoznaniem, które na daną chwilę jest „najlepszym rozumieniem” pacjenta, a które może być modyfikowane w miarę poznawania historii i postępów leczenia pacjenta. Podczas cotygodniowych konsultacji psychiatry, w razie wątpliwości, może zlecić dodatkowe zbadanie pacjenta lub pozyskanie dodatkowych informacji, np. ze środowiska, aby różnicować diagnozę.

2. Omówienie pacjentów opornych na zmianę to drugi obszar szczególnego zainteresowania Konsultanta psychiatry – dzieje się tak wtedy, gdy wskaźniki oraz obserwacje pokazują, iż stan pacjenta nie ulega poprawie albo ulega pogorszeniu, tzn. gdy zastosowane leczenie i inne formy wsparcia nie odnoszą zamierzonego skutku. Psychiatry pomagają wtedy podjąć decyzję zespołowi, jakie kroki powinny być podjęte, np. w obszarze farmakoterapii czy wykorzystania innych działań terapeutycznych. Może też skierować pacjenta na zwykłą konsultację psychiatryczną. W tym momencie należy zaznaczyć, iż bezpośrednie konsultacje psychiatry z pacjentami w ramach podejścia zintegrowanego będą różnić się od tradycyjnych konsultacji, gdyż najczęściej Konsultant będzie już zaznajomiony z historią i symptomami pacjenta, jak również przebiegiem dotychczasowego leczenia. Będzie też znał szerszy kontekst funkcjonowania psychospołecznego jednostki i ewentualne niedomagania w tym obszarze. Dlatego też, konsultacje będą najczęściej dotyczyły bardziej szczegółowego wycinka, być może związanego z dylematami diagnostycznymi, a nie ogólnego rozeznania w problematyce pacjenta.

Wskazania do bezpośrednich konsultacji:

- Dylematy diagnostyczne
 - Opór na leczenie
 - Edukowanie w sprawie diagnozy lub leków
 - Pacjenci ze złożonymi problemami, np. kobiety w ciąży czy osoby z komplikacjami medycznymi
3. Zalecenia dotyczące radzenia sobie z trudnymi pacjentami to trzeci obszar, według którego pacjenci będą priorytetyzowani w ramach przeglądu pacjentów. Rolą psychiatry będzie m.in. wspieranie zespołu w przypadkach, w których trudno odróżnić czasowy kryzys od rozwijającego się zaburzenia, uczenie zespołu jak radzić sobie z pacjentami zachowującymi się w sposób impulsywny lub w inny nieadekwatny sposób.

W miarę rozwoju opieki zintegrowanej, Konsultant psychiatry będzie miał wiele możliwości, aby pełnić też inne, komplementarne w stosunku do medycznej, role w swoim zespole. Są to role, które mają na celu wspieranie pracy i rozwój zespołu. Jedną z takich ról jest rola edukatora, która daje psychiatrze możliwość podzielenia się wiedzą i doświadczeniem z pozostałymi członkami zespołu. Każda interakcja psychiatry z Lekarzem POZ i Managerem pacjenta jest szansą na wymianę informacji i wzajemną

edukację w zakresie np. omówienia zaleceń; udzielenia informacji jak postąpić w pilnych lub wymagających natychmiastowej reakcji sytuacjach; zasadności diagnoz, tworzenia protokołów postępowania itp. Konsultant psychiatra może również zaplanować bardziej formalne szkolenia dla zespołu np. gdy jakiś problem pojawia się częściej niż inne w danej grupie pacjentów; może też dzielić się materiałami merytorycznymi, np. artykułami, ulotkami itp., polecać konferencje i sympozja, w których poszczególni członkowie zespołu powinni uczestniczyć. Powinien też aktywnie uczestniczyć w opracowywaniu przez zespół procedur/protokołów postępowania oraz wypracowywania standardów. Zakres przekazywanej wiedzy powinien być odpowiedni do grup odbiorców. Taki rodzaj bezpośredniego dzielenia się wiedzą wewnątrz zespołu daje gwarancję na to, iż potrzeby wynikające z pracy z taką a nie inną populacją pacjentów zostaną zaspokojone. Inne role (opcjonalnie) mogą obejmować też funkcję opiekuńczą i liderską. Mogą one być też przypisane innym stałym członkom zespołu w zależności od predyspozycji.

Praca w sposób zintegrowany, tj. gdy kilka osób będących członkami zespołu dzieli opiekę nad jednym pacjentem i dzieli jeden wspólny plan leczenia, pociąga za sobą pytania dotyczące zakresu odpowiedzialności i jak jest ona dzielona. Co do zasady członkowie zespołu, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem zostają przy standardowych regulacjach związanych z odpowiedzialnością wynikającą z wykonywania danego zawodu. Pytanie powstaje, gdy rozpatrywany jest zakres odpowiedzialności Konsultanta psychiatry w Modelu opieki zintegrowanej, w którym zakłada się, że psychiatra ma pod opieką pulę pacjentów, którą dzieli m.in. z lekarzem POZ i psychologiem. Są to de facto pacjenci POZ ale, pracując w zespole i udzielając cotygodniowych konsultacji, psychiatra bierze czynny udział w procesie leczenia pacjenta. Zakładamy, że zakres odpowiedzialności psychiatry może mieć tutaj 3 poziomy, tj. od nieformalnych konsultacji, poprzez sformalizowane konsultacje w trakcie cotygodniowego przeglądu puli pacjentów (pisemne rekomendacje itp.), po zwykłą wizytę, na której pacjent zjawia się osobiście (lub wideokonferencję). Odpowiedzialność Konsultanta psychiatry jest zatem proporcjonalna do stopnia bezpośredniości zaangażowania w decyzje podejmowane na rzecz danego pacjenta. Zaleca się, aby każdorazowo było jasne, czy psychiatra osobiście (lub przy udziale telemedycyny) badał pacjenta. W dokumentacji powinna znaleźć się każdorazowo notka, która w sposób niepozostawiający wątpliwości wskazuje na zakres konsultacji psychiatry.

Konsultant psychiatra pomaga zespołowi stworzyć najbardziej optymalny plan leczenia pacjenta, zarówno w kwestiach związanych z farmakoterapią, jak i działaniami psychoterapeutycznymi.

“Duże” Case Review

Cotygodniowy, systematyczny przegląd listy aktywnych pacjentów w rejestrze umożliwia zespołowi zintegrowanej opieki posortowanie pacjentów według wagi problemów oraz wyłonienie tych, którzy mogą potrzebować więcej uwagi, niezależnie od poziomu ich bieżącego zaangażowania w proces terapeutyczny. Biorąc pod uwagę taki czynnik, jak długość leczenia, rejestr pozwoli również na zidentyfikowanie tych pacjentów, którzy już od jakiegoś czasu korzystają z zasobów systemu opieki

zintegrowanej ale nie wykazują większego zaangażowania albo tych, którzy być może osiągnęli już maksymalne korzyści. Dzięki takiemu podejściu możliwe jest przekierowanie zasobów leczniczych i opiekuńczych na innych, bardziej potrzebujących pacjentów lub zintensyfikowanie działań mających na celu przywrócenie kontaktu z pacjentami zagrożonymi wypadnięciem, którzy wymagają bardziej proaktywnego podejścia ze strony zespołu. Ponadto, zbieranie danych i analizowanie ich na większych grupach pacjentów pozwoli na identyfikację tych obszarów, w których występują braki czy niedobory (na przykład braki w usługach społecznych, konieczność poszerzenia panelu przesiewowego o jakąś jednostkę, obecność chorób współistniejących), sprawiając, że łatwiej będzie można je przezwyciężyć. Podejmując wysiłek polegający na zarządzaniu zdrowiem puli pacjentów nieuchronne jest natknięcie się na społeczne i środowiskowe uwarunkowania, które mają przemożny wpływ na występowanie i utrzymywanie się zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego. Każdy z tych czynników może mieć znaczący wpływ na powstanie zaburzenia, jego utrzymywanie się oraz potencjał pacjenta do odzyskania zdrowia i równowagi psychicznej. Zespół pracujący w Modelu opieki zintegrowanej w oparciu o pulę pacjentów może łatwiej identyfikować najczęściej ujawniające się luki w opiece zdrowotnej i społecznej i propagować włączenie tych zagadnień w działania pomocowe i lecznicze.

Podejście populacyjne pozwala Zespołowi Opieki Zintegrowanej skupić wysiłki na tych osobach, których stan się nie poprawia lub które nie angażują się w wystarczający sposób i szybko łączyć pacjentów z innymi specjalistycznymi lub środowiskowymi zasobami, jeśli wystąpi taka konieczność.

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE I REHABILITACJI PSYCHOSPOŁECZNEJ

Zatrudnienie wspomagane

Jednym z możliwych efektywnych działań, dzięki któremu Model zapewni spełnienie kryterium pacjentocentryczności odpowiadając na potrzeby młodych z zaburzeniami psychicznymi w obszarze zawodowym, jest zatrudnienie wspomagane. To skrojony na miarę proces aktywizacji społeczno – zawodowej. Myślą przewodnią zatrudnienia wspomaganego jest nie tylko wprowadzenie na otwarty rynek pracy, ale też przeciwdziałanie stygmatyzacji poprzez budowanie pozytywnego wizerunku osób z zaburzeniami, jako zdolnych do „prawdziwej” pracy, w środowisku zintegrowanym, za „prawdziwe” pieniądze zapewniające, przy zapewnieniu odpowiedniego do potrzeb wsparcia. Dokładna diagnoza możliwości i umiejętności społecznych oraz zawodowych wymaga współpracy psychologa i doradcy zawodowego, której efektem końcowym jest stworzony indywidualny plan działania.

- Głównym zadaniem doradcy zawodowego jest przygotowanie uczestnika projektu do podjęcia aktywności na rynku pracy, pokazanie sposobów poszukiwania pracy, wspólne z klientem przygotowanie się do spotkania z pracodawcą, wsparcie w przygotowaniu dokumentów aplikacyjnych. Innym obszarem do zgłębienia są zasoby klienta oraz jego

trudności w funkcjonowaniu. Cel ten osiąga się głównie za pomocą rozmowy z wykorzystaniem narzędzi (ćwiczenia, testy) dostosowanych do możliwości klienta. Oprócz sformalizowania informacji zebranych w Indywidualnym Planie Działania ważnym elementem jest budowanie gotowości na zmianę, motywowanie, organizowanie spotkań podsumowujących okresy aktywności klienta. Warto podkreślić, że doradca zawodowy towarzyszy klientowi w okresie zatrudnienia – w tym przypadku intensywność spotkań dostosowywana jest do zaistniałych potrzeb, często mają one charakter interwencyjny. Uzupełnieniem indywidualnej pracy z doradcą zawodowym będą grupowe warsztaty aktywizacji zawodowej.

- Rolą psychologa w zatrudnieniu wspomaganym jest diagnoza zasobów i deficytów klienta. Po wyłonieniu obszarów wymagających wsparcia psychologicznego, osoba podczas spotkań ma okazję zwiększyć własne możliwości radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Obok sesji indywidualnych odbywają się psychologiczne zajęcia grupowe, prowadzone metodą warsztatową. Podczas warsztatów uczestnicy otrzymują możliwość zwiększenia swoich kompetencji oraz wiedzy z zakresu: komunikacji interpersonalnej, asertywności, radzenia sobie ze stresem, budowania adekwatnego obrazu siebie, komunikacji. Psycholog zajmuje się również obszarem zdrowia psychicznego klienta i tym jak ono wpływa na funkcjonowanie w społeczeństwie. W idealnym układzie współpracuje z psychiatrą klienta, dzięki czemu zapewniona jest kompleksowość działania. W przyjętym modelu w/w zadania realizować może manager pacjenta.

- Następnym etapem jest wsparcie klienta przez trenera pracy. Aktywność trenera rozpoczyna się od nawiązania relacji. Trener, włączając klienta w proces poszukiwania zatrudnienia, nawiązuje kontakty z pracodawcami, kierując się wskazówkami otrzymanymi w IPD. Gdy zostaje nawiązana współpraca z pracodawcą, trwa ona do momentu samodzielnego funkcjonowania klienta w miejscu pracy. Trener pełni rolę mentora nie tylko dla klienta, ale i dla przedsiębiorcy.

Zajmuje się analizą stanowiska pracy oraz organizowaniem tzw. „próbek pracy” w formie praktyk lub stażu. Negocjuje warunki praktyk i staży (ramy czasowe, zakres zadań, stopień wsparcia trenera, przygotowanie pracodawcy i środowiska pracowniczego) z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i możliwości klienta, obejmujących m.in.: bieżący stopień trudności w funkcjonowaniu społecznym (pod kątem adaptacji oraz integracji społecznej), poznawczym (od kątem transferu wiedzy) i emocjonalnym (m.in. pod kątem radzenia sobie ze stresem).

Jego zadaniem jest wprowadzenie klienta do środowiska pracy na otwartym rynku zgodnie z zasadą zrównoważonego wsparcia – rozumianego jako dostosowane do potrzeb i możliwości indywidualnych klienta. Może ono dotyczyć obszaru funkcjonowania społecznego, bezpośredniego wykonywania zadania (wykonywanie pracy wspólnie z klientem), czy komunikowania się w grupie. Duża aktywność trenera pracy, ciągła współpraca klienta z psychologiem i doradcą zawodowym również w trakcie podjęcia

zatrudnienia zapewnia bezpieczeństwo klientowi, co zwiększa szansę na zaistnienie i ciągłość funkcjonowania na rynku pracy.

Programy Sygnaturowe

W przyjętym modelu są dodatkowym zasobem, odpowiadającym na potrzeby procesu adaptacji w sytuacji własnego doświadczenia kryzysu psychicznego lub towarzyszenia komuś w tym doświadczeniu.

Programy sygnaturowe prezentują pogłębioną subiektywną perspektywę młodej osoby doświadczającej zaburzenia psychicznego i jej bliskich. Opierają się na obserwacji, że doświadczenie kryzysu psychicznego lub epizodu zaburzenia psychicznego może mieć przemożnie traumatyczny wpływ na życie. Adaptacja do nowej sytuacji jest procesem wymagającym czasu i obejmuje umiejętności uczenia się jak radzić sobie na różnych etapach reakcji na taki kryzys -od zwątpienia do akceptacji. Często nie da się jednak zupełnie zostawić traumy za sobą. Ze względu na to, że przebieg zaburzeń psychicznych może się wiązać z nawrotami, możliwość ponownego wystąpienia lub zaostrzenia objawów grozi „odtworzeniem” początkowej traumy. Chronią przed tym wiedza, umiejętności i wsparcie, które młodzi ludzie oraz ich otoczenie mogą uzyskać poprzez udział w Programach.

Koncepcja Programów odwołuje się do dwóch perspektyw budowania skutecznych praktyk na rzecz zdrowia psychicznego:

- rozumienie PROCESU ZDROWIENIA / POWRACANIA DO RÓWNOWAGI

Definicja zdrowienia jest unikalna dla każdej jednostki. Jest to trwający proces zmiany, leczenia i rozwoju, obejmujący wszystkie sfery funkcjonowania: biologiczną, psychologiczną i społeczną. Zdrowienie koncentruje się na tym, co dana osoba określa dla siebie jako prowadzenie pełnego, znaczącego, produktywnego i satysfakcjonującego życia z doświadczeniem zaburzenia psychicznego. Zdrowienie dotyczy zdania sobie sprawy z własnego potencjału i zaprzestania określania siebie poprzez jakiegokolwiek zaburzenie.

Powyższe rozumienie procesu zdrowienia jest spójne z przyjętym w modelu kryterium pacjentocentryczności wszelkich wdrażanych oddziaływań

- PODEJŚCIE OPARTE NA UWZGLĘDNIANIU TRAUMY

Strategie interwencji opartej na efektywnej współpracy między profesjonalistą, osobą doświadczającą zaburzenia i jej otoczeniem oparte są na wiedzy o fazach adaptacji jednostki i rodziny do traumy i dezorganizacji życia spowodowanej przez zaburzenie psychiczne.

Podjęcie uwzględniające traumę nie jest tym samym, co specjalistyczne interwencje ukierunkowane na konsekwencje traumy i ich leczenie. To podejście, które uwzględnia występowanie traumy i jej konsekwencje niezależnie od rodzaju i kontekstu świadczonych usług. Program, organizacja czy system uwzględniający traumę:

- 1) Bierze pod uwagę szeroki wpływ traumy i rozumie potencjalne ścieżki zdrowienia.
- 2) Rozpoznaje sygnały i objawy traumy u klientów, rodzin, kadr i innych osób zaangażowanych w system.
- 3) Reaguje uwzględniając wiedzę o traumie na poziomie założeń, procedur i praktyki oraz

-
- 4) Zmierza do aktywnego przeciwdziałania powtórnej traumatyzacji. (SAMSHA, Trauma-Informed in Behavioural Health Services, 2014)

Połączenie tych dwóch perspektyw dostarcza wspólnej ramy odniesienia dla wszystkich stron zaangażowanych w proces adaptacji: pacjentów, ich bliskich oraz osób z szerszego otoczenia społecznego.

Główne założenia:

- A. cztery grupy odbiorców objęte oddziaływaniami w oparciu o wspólną ramę odniesienia:
 - a) pacjenci
 - b) rodziny/bliscy pacjentów;
 - d) profesjonaliści biorący udział w procesie adaptacji;
 - c) szersze otoczenie społeczne: szkoła/praca;
- B. budowanie i wzmacnianie współpracy i komunikacji pomiędzy poszczególnymi stronami zaangażowanymi w proces adaptacji; ułatwianie wymiany informacji lub dostępu do nich;
- C. zaangażowanie pacjentów i osób ze środowisk kontaktowych w prowadzenie programów – osobami prowadzącymi lub współprowadzącymi są **Eksperci przez doświadczenie**, wywodzący się z populacji pacjentów i rodzin pacjentów;
- D. osoby niebędące specjalistami stają się elementem systemu leczenia – zapobieganie nawrotom choroby i/lub powrotom na instytucjonalną ścieżkę leczenia lub szybkie uruchamianie odpowiednich ścieżek leczenia, poprzez reagowanie na sygnały alarmowe;
- E. wyjście naprzeciw potrzebom beneficjentów pomocy – w zależności od problemów i potrzeb zgłaszanych przez pacjentów lub innych adresatów programów istnieje możliwość modyfikacji lub suplementacji gotowych programów; poszczególne programy dedykowane są określonym grupom odbiorców, a ich forma i treść są dopasowane do ich specyficznych potrzeb i kontekstów realizacji;
- F. rozprzestrzenianie się idei programów sygnaturowych na zasadach „kuli śnieżnej” – jedno główne centrum szkoleniowe wyznaczające standardy wdrożenia zespołów prowadzących i formuły programów, przekazywane dalej przez akredytowanych trenerów; dzięki temu oferta programów dociera do różnych ośrodków, o zróżnicowanej lokalizacji, co czyni ją bardziej dostępną dla odbiorców;
- G. działalność częściowo realizowana w oparciu o wolontariat w celu obniżenia kosztów.

Podstawowe formy programów:

Wszystkie formy oddziaływań kierowanych do różnych grup odbiorców opierają się na wspólnym przekazie wynikającym z przyjętego rozumienia procesu zdrowienia i podejścia uwzględniającego traumę. Kluczowe elementy przekazu:

- 1) Zdrowienie jest definiowane przez człowieka, którego dotyczy.
- 2) Wiedza o zaburzeniach i sposobach ich leczenia jest podstawą podejmowania świadomych decyzji w zakresie zdrowienia.
- 3) Wiedza o tym, na jakim etapie jest dana osoba w swoim procesie adaptacji pomaga w określeniu rodzaju wsparcia potrzebnego do zrobienia kolejnego kroku w kierunku zdrowienia.

Podział form wg celów:

- 1) Psychoedukacja - służąca przekazywaniu „wiedzy na temat funkcjonowania człowieka w różnych okolicznościach życiowych i warunkach społecznych. Dzięki zdobytej wiedzy na temat trudności napotykanym w życiu możliwe jest zmniejszenie poczucia lęku oraz znalezienie dogodnych rozwiązań. (...) Psychoedukacja jest zwykle prowadzona w formie zajęć grupowych przy wykorzystaniu aktywnych technik uczenia się...” (Dryk, 2016);

Podstawowe formy psychoedukacji wykorzystywane w modelu:

- warsztaty i treningi – ukierunkowane na kształtowanie umiejętności radzenia sobie w rozmaitych sytuacjach w życiu prywatnym i zawodowym; składają się z części teoretycznej (wstęp), pracy nad własnymi doświadczeniami (poprzez udział w interaktywnych ćwiczeniach/zadaniach) oraz wspólnej dyskusji podsumowującej nad dokonanymi odkryciami (refleksje uczestników); odbywają się w grupie, która pracuje nad konkretnym zagadnieniem (wspólny temat); dużą wartością warsztatów jest wymiana doświadczeń przez jej uczestników.

Osią merytoryczną warsztatów i treningów w Programach jest rozumienie specyfiki etapów procesu adaptacji i wynikających z nich potrzeb. Konstrukcja dostarcza wszystkim odbiorcom wspólne rozumienie potrzeb i te same narzędzia (np. plany zapobiegania nawrotom i rozwiązywania kryzysów), z uwzględnieniem specyfiki perspektyw poszczególnych stron, zagwarantowanej udziałem Ekspertów przez doświadczenie.

- prezentacje – wykłady i dyskusje prowadzone przez przeszkolone zespoły; nowatorskim elementem, wzorowanym na amerykańskich programach, jest zaangażowanie Ekspertów przez doświadczenie, prezentujących tzw. case study na podstawie własnych historii; opowiadając o tych doświadczeniach z perspektywy osoby, której udało się efektywnie poradzić sobie w sytuacjach kryzysowych, wzbudzają w odbiorcach nadzieję na pozytywne rozwiązanie ich sytuacji; przy okazji odbiorcy otrzymują zestaw konkretnych informacji o tym, jak zapobiegać pewnym sytuacjom, jak radzić sobie ze skutkami choroby, gdzie szukać pomocy etc.; uwypuklony zostaje również aspekt samodzielności – przykłady osób, które poradziły sobie w sytuacji choroby i sprawnie funkcjonują w poszczególnych sferach aktywności życiowej, stanowią dowód na możliwość podejmowania działań zaradczych we własnym zakresie, bez konieczności oczekiwania na pomoc z zewnątrz;

- 2) Wsparcie – realizowane w formie:

- grup wsparcia: „grupy wsparcia są dobrowolnymi, najczęściej luźnymi związkami ludzi, których działalność koncentruje się na wspólnym uporaniu się z chorobami, problemami psychicznymi lub socjalnymi, dotyczącymi albo ich samych lub ich rodzin” (Fundacja ART.). Poprzez wspólną rozmowę i wzajemną pomoc w kręgu osób z podobnymi problemami, uczestnictwo w grupie prowadzi do zniesienia izolacji zewnętrznej (socjalnej, towarzyskiej) i wewnętrznej (osobistej, duchowej).

- wsparcia indywidualnego z udziałem Ekspertów przez doświadczenie, prowadzonego w ścisłym porozumieniu ze specjalistami, ukierunkowanego na:

-
- motywowanie do skorzystania z pomocy:
 - wsparcie w kryzysie - w porozumieniu ze specjalistami Ekspert może zostać włączony w indywidualny plan rozwiązywania kryzysów lub plan zapobiegania nawrotom, wzmacniając sieć wsparcia.

Formuła poszczególnych programów (tj. skład zespołu prowadzącego, sposób rekrutacji i kwalifikacji uczestników, ramy czasowe, cele, treści, metody) jest standaryzowana dla poszczególnych grup odbiorców z uwzględnieniem wiedzy o etapach procesu adaptacji. Może być modyfikowana np. na podstawie ewaluacji, na rzecz uwzględnieniu kontekstu realizacji, dopasowania do potrzeb użytkowników modelu.

Zespoły prowadzące

W skład zespołów prowadzących poszczególne formy programów wchodzi:

- specjaliści różnych dziedzin z obszaru ochrony zdrowia i wspierania adaptacji w różnych obszarach życia (m.in. psycholog, psychiatra, doradca zawodowy, trener pracy);
- Eksperci przez doświadczenie.

Zespoły przechodzą kilkustopniowe wdrożenie. Zakres wdrożenia wyznacza rola w zespole i rodzaj współprowadzonej formuły programu.

Standardy wdrożenia dla zespołów prowadzących, wspólne dla specjalistów i Ekspertów przez doświadczenie, obejmują:

- zapoznanie się z formułą i treścią programu zakres merytoryczny poruszanej problematyki, metodyka pracy (m.in. rozumienie ról i funkcji w zespole);
- zapoznanie się ze standardami prowadzenia programu;
- bieżące zapoznawanie się z aktualizacjami formuły i treści programów (w ramach superwizji zespołowych, w oparciu o wnioski z ewaluacji).

Zaangażowanie **Ekspertów przez doświadczenie** do współprowadzenia programów stanowi istotną innowację, znacząco wspomagającą proces adaptacji wszystkich odbiorców. Wpływa na wzrost wzajemnego zrozumienia perspektyw różnych stron zaangażowanych w proces adaptacji, wspiera rozwój sieci społecznych, a co najważniejsze, zwiększa poczucie bezpieczeństwa (dzięki możliwości pracy z osobą, której łatwiej zaufać ze względu na podobieństwo doświadczeń), odpowiedzialności i nadziei pacjentów.

W proponowanym modelu Eksperci realizują swoją rolę głównie przy udziale specjalistów. Jeśli podejmują działania samodzielnie (np. W ramach prowadzenia grup wsparcia czy wsparcia indywidualnego), niezbędna jest systematyczna superwizja, stanowiąca oparcie i ochronę w pełnieniu obciążającej emocjonalnie roli.

Podstawowe standardy wdrożenia do roli Eksperta przez doświadczenie obejmują:

KROK 1: Kwalifikacja do podjęcia roli Eksperta:

Odbywa się na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej prowadzonej przez psychologa lub pedagoga, służącej dokonaniu wspólnej z kandydatem ewaluacji gotowości do podjęcia roli.

Kryteria rekrutacyjne:

- doświadczenie własne adekwatne do rodzaju programu,
- motywacja,
- odpowiedni etap zdrowienia/radzenia sobie, obejmujący wystarczające strategie radzenia sobie ze stresorami (pełnienie roli Eksperta wiąże się z wchodzeniem w sytuacje potencjalnie triggerujące, co może zwiększać ryzyko nawrotów lub wypalenia),
- predyspozycje komunikacyjne;

KROK 2: Zdobywanie i rozwijanie kompetencji:

- SZKOLENIE: Zakres szkoleń wdrażających jest różny, w zależności od formuły programu. Podstawowy zakres szkoleń dla Ekspertów obejmuje:
 - rozumienie własnej roli w systemie wsparcia, założenia i standardy prowadzenia programów.
 - kompetencje w zakresie komunikacji i pracy w zespole, niezbędne do współprowadzenia grup i/lub współpracy ze specjalistami w ramach wsparcia indywidualnego,
 - treści merytoryczne dotyczące poruszanej problematyki;
1. STAŻOWANIE: Przeprowadzenie określonej dla danego typu programu ilości godzin zajęć w ramach wolontariatu, z udziałem w wymaganej ilości godzin superwizji zespołowej.

KROK 3: Status wykwalifikowanego Eksperta przez doświadczenie:

Uprawnia do zawodowego współprowadzenia określonego rodzaju programu przy zachowaniu warunków ochronnych:

- systematycznego uczestniczenia w superwizjach zespołowych,
- określania czasowego limitu zaangażowania (dla ochrony przed ryzykiem nawrotu lub wypalenia),

KROK 4: Status akredytowanego trenera – uprawnia do prowadzenia elementów wdrożeń dla kolejnych Ekspertów.

Osoba, która zrealizuje w/w wymagania i potwierdza swoją gotowość przy udziale superwizora zyskuje uprawnienia trenera Ekspertów – może przygotowywać kolejnych Ekspertów do pełnienia roli w ramach określonego programu.