

ROLA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W ZAPOBIEGANIU HOSPITALIZACJI W ŚRODOWISKOWYM MODELU OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

MONIKA BARTOSIEWICZ-NIZIOŁEK 

Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne

ŁUKASZ BŁASIAK 

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce

BARTOSZ H. OLSZEWSKI * 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

MAGDA OSTROWSKA 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ANNA WOJCIECHOWSKA 

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Wieliczce

STRESZCZENIE

Powstanie zespołów mobilnych wiąże się z reformą psychiatrycznej opieki zdrowotnej i zmianą modelu leczenia z udzielania opieki w dużych szpitalach psychiatrycznych na rzecz działań realizowanych na poziomie społeczności lokalnej. Zespoły mobilne uzupełniają model podstawowy o usługi docierające do osób, które bez ich wsparcia mogłyby nie uzyskać pomocy, przez co są bardzo istotnym i innowacyjnym elementem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, pełniącym wiodącą rolę w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Głównym celem działalności zespołów mobilnych jest mobilizowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego do rozwiązywania swoich problemów w sytuacjach, w których jest to możliwe i osiągalne. W artykule przedstawiono kontekst historyczno-kulturowy wraz z rolą zespołów mobilnych w opiece psychiatrycznej. Przedstawiono korzyści płynące z udzielenia pomocy bezpośrednio w środowisku pacjenta oraz scharakteryzowano zadania zespołów mobilnych oraz ich współpracę z otoczeniem społecznym i asystentami zdrowienia.

ZESPOŁY MOBILNE
ZDROWIE PSYCHICZNE
OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
KRYZYS ZDROWIA PSYCHICZNEGO
PEER SUPPORT
ŚRODOWISKOWY MODEL OPIEKI
PSYCHIATRYCZNEJ

SŁOWA KLUCZOWE

- 21 KONTEKST HISTORYCZNO-KULTUROWY
- 23 PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z WDRAŻANIA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W POLSCE
- 33 WNIOSKI I REKOMENDACJE
- 34 BIBLIOGRAFIA



THE ROLE OF MOBILE CRISIS TEAMS IN PREVENTING HOSPITALIZATION IN THE COMMUNITY MODEL OF PSYCHIATRIC CARE

ABSTRACT

The emergence of mobile teams is associated with the reform of psychiatric health care and a change in the treatment model from providing care in large psychiatric hospitals to activities implemented at the local community level. Mobile teams complement the basic model with services that reach people who, without their support, might not receive help, which makes them a very important and innovative element of the community model of psychiatric care, playing a leading role in the recovery process of people experiencing a mental crisis. The main goal of the activity of mobile teams is to mobilize people with the experience of mental crisis to solve their problems in situations where it is possible and achievable. The article presents the historical and cultural context along with the role of mobile teams in psychiatric care. The benefits of providing assistance directly in the client's environment are presented, and the tasks of mobile teams and their cooperation with the social environment and healing assistants are characterized.

KEYWORDS

mobile crisis teams, mental health, mental health care, mental health crisis, peer support, community model of psychiatric care

KONTEKST HISTORYCZNO-KULTUROWY

Reforma psychiatrycznej opieki zdrowotnej oparta na zmianie modelu leczenia z udzielania opieki w dużych szpitalach psychiatrycznych na rzecz oddziaływań realizowanych na poziomie społeczności lokalnych jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization [WHO], 2013). Potrzeba poszukiwania i rozwijania nowych modeli udzielania wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego wiąże się z rozpoznaniem stopnia, w jakim zaburzenia i choroby psychiczne pozwalają wyjaśnić skalę Globalnego Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease* – GBD; Kazdin, Rabbitt, 2013). Wskaźnik ten został po raz pierwszy użyty w raporcie poświęconym sytuacji zdrowotnej światowej populacji, przygotowanym w 1993 roku przez Bank Światowy we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia – jako wynik analiz rozpoczętych w 1990 roku (World Bank, 1993). Obciążenie szacowane jest przy użyciu wskaźnika DALY (*Disability Adjusted Life Years*) – liczby utraconych lat życia w zdrowiu. Uzyskuje się go sumując wskaźnik YLL (*Years of Life Lost*) – liczby utraconych lat życia z powodu przedwczesnej śmierci oraz wskaźnik liczby lat przeżytych z niesprawnością (*Years of Life with Disability* – YLD), który jest miarą lat przeżytych w niepełnym zdrowiu, gdzie pod uwagę brana jest zarówno powaga choroby, jak i czas jej trwania (Wojtyniak, Goryński, 2020). Wskaźnik DALY pozwala zmierzyć globalne obciążenie związane z daną chorobą, jak i efektywność interwencji, które to obciążenie redukują (World Bank, 1993). Szacunki dotyczące zaburzeń i chorób psychicznych w ramach badań GBD podkreślają ich rosnący udział w wyjaśnianiu wskaźnika DALY – z 3,1% w 1990 roku do 4,9% w 2019. Pod uwagę brano m.in.: zaburzenia depresyjne, lękowe, odżywiania, schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz ADHD. Na wynik DALY w 2019 roku składał się głównie wskaźnik YLD. Dane statystyczne wskazują tym samym na dużą potrzebę oddziaływań w zakresie poprawy codziennego funkcjonowania osób, których sprawność może być pomniejszana z powodu doświadczanych trudności natury psychicznej¹. Poszukiwanie optymalnego modelu organizacji ochrony zdrowia psychicznego wiąże się nie tylko z adekwatnością pomocy, ale również z jej dostępnością. Różnica pomiędzy liczbą osób, które wymagają opieki, a które ją otrzymują (*treatment gap*) to problem, na który zwraca uwagę Światowa Organizacja Zdrowia, wzywając do budowania wszechstronnych, umiejscowionych w społecznościach lokalnych usług oraz tworząc mapy ich dostępności (Jaeschke i in., 2021; Keynejad, Spagnolo, Thornicroft, 2021; Lake, Turner, 2017; Shidhaye, Lund, Chisholm, 2015).

Zespoły mobilne są to wyodrębnione jednostki w strukturze placówki funkcjonującej w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, zajmujące się procesem leczenia, terapii i wsparcia pacjentów w ich środowisku. W ich skład wchodzi specjalistów dyscyplin medycznych i społecznych pracujący w bezpośrednim kontakcie z osobami cierpiącymi na zaburzenia zdrowia psychicznego, ich rodzinami oraz osobami potrzebującymi wsparcia w krótkotrwałym kryzysie. Mogą przysłużyć się one do uzupełnienia modelu podstawowego o usługi docierające do populacji, które bez ich wsparcia mogłyby nie uzyskać pomocy. Interwencje na rzecz tych osób stają się coraz bardziej istotne, szczególnie w kontekście zmiany akcentu z wydłużania życia na rzecz jego jakości, to jest lat życia spędzonych w sprawności (Robine, 2006). W tym kontekście szczególnej uwagi wymagają kwestie związane z organizacją

¹ <https://www.healthdata.org/research-article/global-regional-and-national-burden-12-mental-disorders-204-countries-and> (dostęp: 22.12.2021).

ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych krajach. Szczególną troską należy objąć osoby doświadczające trudności natury psychicznej, które z powodu obaw przed stygmatyzacją lub braku dostępu do leczenia nie uzyskują skutecznej pomocy. Potrzebę tę rozpoznaje Światowa Organizacja Zdrowia, wzywając do budowania wszechstronnych, umiejscowionych w społecznościach lokalnych usług, odpowiadających na potrzeby medyczne, jak i społeczne (socjalne; WHO, 2013).

W Polsce środowiskowy model opieki psychiatrycznej, w ramach którego działają zespoły mobilne, budowany był na drodze wizyt studyjnych odbywanych w miejscach wskazywanych jako przodujące w stosowaniu efektywnych rozwiązań. Jednym z nich był Triest, miejsce, które już w 1973 roku zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za laboratorium innowacji w zakresie kształtowania systemu opieki bazującego na deinstytucjonalizacji oraz rozwijaniu środowiskowych form leczenia. Franco Basaglia – dyrektor Szpitala Psychiatrycznego San Giovanni w Trieście budował model psychiatrii środowiskowej w latach 70. XX wieku, wprowadzając koncepcję społeczności terapeutycznej. Uważał on, że na proces zdrowienia pozytywnie wpływa zachowanie ról społecznych, czynne uczestniczenie w procesie leczenia (Prot-Klinger, 2013). Choć szpital San Giovanni został zamknięty w 1980 roku (Mezzina, 2014), dla wielu krajów stał się wzorem dobrej praktyki. We włoskim modelu duże znaczenie miała elastyczność leczenia oraz mobilność zespołu leczącego. Pomoc trafiała bezpośrednio do środowiska, w którym przebywała dana osoba, a udzielane wsparcie było szybkie i dopasowane do indywidualnych potrzeb. Unikano przy tym języka medycznego (Mezzina, Johnson, 2008).

Podobne przemiany w podejściu do leczenia psychiatrycznego dokonują się na świecie od kilkudziesięciu lat. W Anglii czy Finlandii nastąpiło niezwykle przeobrażenie w opiece medycznej – wdrożenie idei otwartego leczenia środowiskowego spowodowało zamknięcie specjalistycznych szpitali psychiatrycznych. W latach 80. XX wieku w Finlandii testowano model pracy terapeutycznej oparty na założeniach Otwartego Dialogu (Księżka-Koszałka, 2017) w podejściu terapeutycznym, którego istotą są spotkania osób w kryzysie z zespołem terapeutycznym oraz siecią oparcia mającą na celu generowanie dialogu, różnorodności i uważności. W podejściu tym nacisk położono na pracę w środowisku, blisko codziennego życia osób w kryzysie. Unikano stawiania diagnoz, koncentrowano się na rozumieniu tych osób, ich partnerskim traktowaniu oraz tworzeniu przestrzeni do dialogu. Podobnie jak w rozwiązaniach włoskich, zespół terapeutyczny był interdyscyplinarny, mobilny i elastyczny (Wojtyńska, Szcześniak, Kłapciński, Schütze, 2015).

Na podejście środowiskowe wpłynęła także aktywność ruchu anty-psychiatrycznego. Psychiatrię, której kluczowym elementem była diagnoza, postrzegano jako narzędzie kontroli, a szpital jako instrument represji. Powoływano się wówczas na prace socjologa E. Goffmana na temat stygmatyzacji – istnienie w języku określenia „chory psychicznie” miało prowadzić do przewlekłości chorowania. Wydaje się, że koncepcje modernizacyjne, innowacyjne, a pośrednio opozycyjne, znalazły swoje miejsce w dyskursie, poszerzyły rozumienie psychiatrii środowiskowej (Prot-Klinger, 2013). Namysł nad dotychczasową konstrukcją systemu ochrony zdrowia psychicznego dotarł również do Polski. Ideę pracy środowiskowej oraz leczenia domowego można odnaleźć u przedstawicieli terapii systemowej i rodzinnej. Warto wspomnieć o M. Orwid, B. Józefik czy R. Izdebskim. Praca z rodziną, także w środowisku życia osoby, stały się ważną częścią całościowego procesu powrotu do zdrowia (Szaskiewicz, 2015). W Polsce dostrzeżono znaczenie systemu rodzinnego w procesie leczenia, zaczęto tworzyć zespoły leczenia środowiskowego, powstał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i idea reformy psychiatrii, w której położono nacisk na oddziaływania środowiskowe. Wciąż jednak dostępność do usług z obszaru psychiatrii wydaje się niewystarczająca. Wobec wyzwań demograficzno-ekonomicznych kluczowa staje się przemiana systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. Podejście środowiskowe, oczywiste w teorii i deklarowane w programach ochrony zdrowia, wciąż boryka się z różnymi trudnościami na etapie realizacji.

Zespoły mobilne są bardzo istotnym, innowacyjnym elementem środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, pełniącym wiodącą rolę w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (Sade, Gołjewsce, Corradi-Webster, 2020). Zamysłu zespołów mobilnych można doszukiwać się w kształtującej się w przeszłości idei psychiatrii środowiskowej nastawionej na nieodrywanie człowieka od jego środowiska. Działalność zespołów mobilnych pozwala na realizację wytycznych zawartych w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2013), dotyczących nie tylko miejsca udzielania wsparcia – bezpośrednio w środowisku pacjenta – ale również ich wszechstronności. Zespoły mobilne w swych oddziaływaniach skupione są nie tylko na zmniejszeniu bądź usunięciu objawów choroby, ale na wspieraniu pacjenta w procesie zdrowienia oraz poprawie jego codziennego funkcjonowania. W tym celu specjaliści z zespołów mobilnych posługują się *Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF) wydaną przez Światową Organizację Zdrowia (2009) jako uzupełnienie *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD-10. Klasyfikacja ICF opiera się na biopsychospołecznym modelu zdrowia i choroby, w którym poddaje się je analizie przy uwzględnieniu warunków biologicznych, psychologicznych i środowiskowych występujących w indywidualnym kontekście życia danej jednostki (Kostanjsek, 2011). Analiza ta umożliwia wszechstronny opis funkcjonowania osoby doświadczającej kryzysu psychicznego, podkreślając dynamiczną rolę warunków środowiskowych – ułatwiający lub utrudniający wpływ obiektów ze świata fizycznego, obecność i wsparcie ze strony osób bliskich lub specjalistów, ich postawy oraz dostępne rozwiązania oferowane przez system opieki społecznej – jako niektóre z czynników wymienianych w klasyfikacji (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013). Zespoły mobilne złożone ze specjalistów reprezentujących pion medyczny oraz społeczny oferują oddziaływania zgodne z założeniami modelu biopsychospołecznego, odgrywając kluczową rolę w zakresie wszechstronnej integracji usług medycznych oraz społecznych.

PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z WDRAŻANIA ZESPOŁÓW MOBILNYCH W POLSCE

W ramach projektu *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, przeprowadzono badanie ewaluacyjne dotyczące roli i funkcjonowania zespołów mobilnych w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Poniżej przedstawione zostały główne wyniki z przeprowadzonych badań. Przeprowadzone w ramach ewaluacji badanie miało charakter jakościowy i objęło analizę dokumentacji gromadzonej w toku realizacji projektu, a także pogłębione wywiady indywidualne oraz zogniskowane wywiady grupowe, w których wzięło udział łącznie 18 osób zatrudnionych w zespołach mobilnych oraz osób zarządzających ich pracą w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego. Personel realizujący zadania projektowe związane z funkcjonowaniem zespołów mobilnych, tj. zarówno kadra zarządzająca pracą tych zespołów, jak i ich członkowie, stanowił kluczowe źródło informacji, a także został włączony w trybie konsultacji w proces uzupełniania i interpretacji uzyskanych wyników.

W trakcie wdrażania modelu psychiatrii środowiskowej w jednostkach realizujących projekt wyłoniły się koncepcje i idee wsparcia pacjentów, na które wpływ miały możliwości organizacyjne tych struktur – wykorzystywane były dotychczas istniejące struktury szpitalne, w których idee zarówno psychiatrii środowiskowej, jak i pracy zespołu mobilnego były wdrażane na lokalnym gruncie. Zadania i role pracowników zespołów mobilnych uzależnione były od miejscowych warunków. Tam, gdzie zespoły te dobrze funkcjonowały,

zapewniono na odpowiednim poziomie (specjalistyczne) usługi opiekuńcze, zaś zespół mobilny mógł się w mniejszym stopniu koncentrować na działaniach wspierających, takich jak pomoc w zakupie lekarstw, organizowanie wizyty lekarskiej czy wsparcie w dotarciu na zajęcia oddziału dziennego. W praktyce zespół mobilny mógł się skupić na rozmowie mającej na celu uniezależnienie się pacjenta od pomocy. Oczywistym jest przy tym, że niewielka grupa osób będzie potrzebowała systematycznego wsparcia. Istnienie na danym terenie centrów pomocy, takich jak ośrodek interwencji kryzysowej czy poradnia rodzinna, wpływa na liczbę pacjentów z określonymi trudnościami i kryzysami w relacjach partnerskich, a co za tym idzie na charakter pracy zespołu mobilnego.

Rola zespołów mobilnych w opiece psychiatrycznej. W przypadku osób dorosłych zakres potrzebnej pomocy, zgodnie z procedurą wytworzoną w ramach projektu, oceniany jest wstępnie podczas pierwszej wizyty osoby będącej w kryzysie w centrum zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem następujących aspektów:

- 1) potrzeby leczenia szpitalnego;
- 2) potrzeby krótkiej (wąskiej) lub długiej (szerokiej) ścieżki pomocy.

W określeniu sytuacji osoby pomaga arkusz obserwacyjny, zebranie wywiadu, wspólny namysł członków zespołu reprezentujących obszar usług medycznych i społecznych. Korzystanie z wąskiej ścieżki pomocy oznacza skierowanie danej osoby bezpośrednio do określonego specjalisty (np. lekarza psychiatry, doradcy zawodowego) przy jednoczesnym przydzieleniu jej koordynatora. Z kolei szeroka ścieżka oznacza objęcie osoby w kryzysie wszechstronnym wsparciem środowiskowym zespołów mobilnych, często przy zaangażowaniu jej sieci oparcia. W takiej sytuacji to właśnie zespół mobilny pełni rolę koordynującą prowadzone oddziaływania. W odniesieniu do oddziaływań medycznych, ich różnorodność – oferowana nie tylko przez placówki funkcjonujące w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej, ale również przez inne instytucje – pozwala sekwencjonować je w określonym porządku, zależnym od aktualnych potrzeb osoby w kryzysie, stanowiąc stopniowany model opieki (*stepped care*) zalecany przez Światową Organizację Zdrowia. Obecność na danym terenie zespołów mobilnych pozwala, by osoba w kryzysie początkowo korzystała z bardziej dostępnych usług – ze względu na mobilność oraz liczbę specjalistów, w razie potrzeby kierując się do trudniej dostępnych – z powodu ograniczonej ilości terminów i ustaloną lokalizację, takich jak lekarz psychiatra czy psychoterapeuta. Zespoły mobilne zaspokajają potrzebę uzupełnienia modelu podstawowego o usługi docierające do populacji, które bez nich mogłyby pomocy nie uzyskać.

W procesie zdrowienia nie jest wykluczone korzystanie z leczenia w oddziale szpitalnym, które w sytuacjach uzasadnionych aktualnym stanem zdrowia pacjenta bywa niezbędne. W wyjątkowych sytuacjach, gdy została uruchomiona procedura objęcia leczeniem szpitalnym, np. w trybie przymusowym lub nagłym, zespół mobilny może wydać opinię potwierdzającą potrzebę takiego leczenia. Po wypisaniu ze szpitala obecność w środowisku pacjenta znanego mu zespołu mobilnego wspiera ciągłość terapeutyczną oraz ułatwia powrót do pełnionych ról społecznych.

W odniesieniu do oddziaływań społecznych funkcją zespołów mobilnych jest koordynowanie pomocy na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego we współpracy z odpowiednimi instytucjami oparcia społecznego. Wsparcie zespołu mobilnego ma charakter wszechstronny, często długofalowy, obejmujący wszystkie etapy procesu zdrowienia aż do momentu uzyskania przez osoby będące w kryzysie oczekiwanego rezultatu opisanego w Indywidualnym Planie Zdrowienia (IPZ). Zintegrowanie oddziaływań medycznych i społecznych następuje szczególnie poprzez poprawę przepływu informacji – w zakresie tworzenia modelu psychiatrii opartego na współdziałaniu jednostek (szpitala, instytucji pomocowych, innych podmiotów) w ramach łączonego i wszechstronnego planu terapeutycznego.

Sjølie, Karlsson, Kim (2010) wymieniają szereg korzyści płynących z udzielenia pomocy bezpośrednio w środowisku pacjenta. Są one różnorodne i odzwierciedlają wartości uwzględniane przy tworzeniu modelu:

- 1) „interwencja przeprowadzana jest w miejscu występowania kryzysu, dzięki czemu silniej opiera się na rozumieniu jego kontekstu oraz w większym stopniu odpowiada na istniejące potrzeby.
- 2) kontekst domowy wyrównuje relację pomiędzy osobą doświadczającą kryzysu a specjalistą oraz zwiększa uważność specjalistów na to, by słuchać i prowadzić z odbiorcą usługi dialog, zamiast zwracać się do niego z poziomu eksperta.
- 3) możliwe jest niezwłoczne zaadresowanie trudności, które pacjent uważa za najważniejsze, poprzez skupienie uwagi na jego potrzebach.
- 4) obecność specjalisty w środowisku pacjenta pozwala na ewoluowanie oddziaływań zgodnie ze zmieniającymi się potrzebami.
- 5) przebywając w domu, pacjenci mogą skupić się na swoich trudnościach w poczuciu bezpieczeństwa i komfortu.
- 6) realizowanie usług w domu pozwala normalizować doświadczenie kryzysu, czyniąc je mniej stygmatyzującym.
- 7) czas przeznaczony na oddziaływania terapeutyczne jest bardziej elastyczny, dzięki czemu możliwe jest głębsze, wielopłaszczyznowe rozpoznanie sytuacji, co z kolei może prowadzić do wygenerowania większej ilości możliwych rozwiązań.
- 8) pacjenci przyswajają nowe umiejętności dopasowane do ich warunków życiowych.
- 9) spotkania w środowisku domowym są łatwiejsze do zaakceptowania przez pacjentów i bliskie im osoby, będąc dla nich mniejszym zakłóceniem i obciążeniem.
- 10) jeśli w domu są obecne dzieci, specjaliści mają szansę budować zrozumienie, w jaki sposób kryzys dotyka całą rodzinę” (s. 888).

W przypadku spotkań z dziećmi i młodzieżą jako pacjentami wsparcia, zespoły mobilne zawsze uczestniczą w pierwszym bezpośrednim kontakcie. Ze względów formalnych rejestracji osoby niepełnoletniej może dokonać w placówce wyłącznie jej opiekun prawny. Zadaniem zespołów mobilnych jest odwiedzenie dzieci i młodzieży będących w kryzysie w ich własnych domach, a także poznanie członków rodziny i sposobów jej funkcjonowania. Dzięki temu specjaliści mogą bardzo szczegółowo poznać problem danej osoby, a także ocenić jej funkcjonowanie w określonym kontekście (poza gabinetem). Odwiedzenie dzieci i młodzieży w środowisku rodzinnym oraz (przed)szkolnym umożliwia poznanie ich otoczenia społecznego. Wiedza dotycząca możliwości wsparcia społecznego osób nieletnich jest bardzo cenna w procesie diagnozowania i doboru metod terapeutycznych.

W placówkach opieki psychiatrycznej działających w modelu środowiskowym zespoły mobilne mogą być ujmowane w sposób funkcjonalny, a nie strukturalny. W zależności od potrzeb danej rodziny każdy specjalista może uczestniczyć w pracach zespołu mobilnego. Przyjęcie takiego rozwiązania jest uwarunkowane specyfiką pracy z niepełnoletnimi osobami w kryzysie. W psychiatrii dzieci i młodzieży możliwości poznania kontekstu środowiskowego są znacznie szersze niż ma to miejsce w przypadku osób dorosłych, które nie mogą być obserwowane (np. w miejscu pracy czy podczas spotkań towarzyskich). Ponadto wśród dzieci nie występują tak często zaawansowane choroby czy zaburzenia psychiczne, w związku z czym konieczność hospitalizacji jest mniejsza. Zespołów mobilnych współpracujących z dziećmi i młodzieżą najczęściej nie tworzą pracownicy socjalni. Jeśli jednak istnieje taka potrzeba i rodzina lub opiekunowie prawni wyrażą na to zgodę, do zespołu mobilnego może dołączyć pracownik socjalny (choć raczej w charakterze gościa niż stałego członka). Jeżeli podczas pierwszego spotkania obecny jest pracownik socjalny czy kurator, zazwyczaj wynika to z ich wcześniejszej współpracy z daną rodziną. Do zespołów mobilnych pracujących na rzecz dzieci i młodzieży częściej włączani są jednak pielęgniarze i pielęgniarki czy dietetycy, szczególnie w przypadku zaburzeń odżywiania.

Głównym celem działalności zespołów mobilnych jest mobilizowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego do rozwiązywania swoich problemów w sytuacjach, w których jest to możliwe i osiągalne. Wyzwaniem w tej pracy jest wzmacnianie zasobów pacjenta (Szarfenberg, 2016). Praca zespołów mobilnych przypomina aktywność asystentów rodziny, których zadaniem jest wspieranie i pomaganie rodzinom krok po kroku. Polega ona na usamodzielnianiu osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego poprzez nauczenie ich wykonywania podstawowych czynności związanych z utrzymaniem higieny i porządku w mieszkaniu, gospodarowaniem pieniędzmi czy zapewnieniem pożywienia. Członkowie zespołów mobilnych wspierają również te osoby w samodzielnym załatwianiu spraw urzędowych.

W przyjętym w projekcie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej zespoły mobilne stanowią główną formułę pracy na wszystkich etapach pomocy osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Zgodnie z zasadami funkcjonowania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, pierwsza interwencja terapeutyczna zespołu mobilnego u osoby w kryzysie powinna nastąpić w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia potrzeby pomocy za pośrednictwem infolinii lub recepcji. Ponadto zespół mobilny wykazuje inicjatywę oraz zaangażowanie w proces dalszego zdrowienia osoby w kryzysie poprzez utrzymywanie z nią stałego kontaktu. Kluczowym zadaniem zespołu jest prowadzenie procesu terapeutycznego z udziałem pacjenta, jak również jego sieci oparcia – osób z najbliższego otoczenia społecznego. Osoby uczestniczące w wywiadach podkreślały, że zespoły mobilne oraz placówki funkcjonujące w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej nie zastąpią oddziałów psychiatrycznych w szpitalach. Działalność tych struktur stwarza bufor, dzięki któremu dokonywana jest selekcja osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, służąca temu, aby na oddziały szpitalne trafiały osoby w zaawansowanym stadium choroby oraz wymagające wsparcia ambulatoryjnego.

Charakterystyka i zadania zespołów mobilnych. Jednym z zasadniczych zadań zespołów mobilnych jest wielostronne zidentyfikowanie problemu osoby w kryzysie oraz udzielenie pomocy zarówno jej samej, jak i sieci jej oparcia społecznego w celu uniezależnienia się od obecności specjalistów. Uzyskanie pozytywnych efektów w procesie zdrowienia wymaga współpracy osób w kryzysie oraz ich bliskich z członkami zespołów mobilnych. Specjaliści ci podkreślają, że ich zadaniem nie jest rozwiązywanie każdego problemu osoby w kryzysie lub wykonywanie jej obowiązków, a jedynie wspieranie w usamodzielnianiu się. Czasami zdarzają się sytuacje, w których osoby te próbują angażować członków zespołów mobilnych w wykonywanie swoich obowiązków – takie postawy mogą być związane z wcześniejszymi doświadczeniami, kiedy osoby wspierające (np. członkowie rodziny, pracownicy instytucji) przejmowały większą odpowiedzialność za ich codzienne funkcjonowanie. Ponadto zespoły mobilne świadczą usługi z zakresu opieki doraźnej podejmowanej w sytuacji zaostrzenia się kryzysu psychicznego. W tym przypadku do zespołów mobilnych dołączają kolejni specjaliści: lekarz psychiatra lub psycholog kliniczny, którzy także biorą udział w interwencji w miejscu zamieszkania osoby doświadczającej kryzysu – wówczas, wspólnie z tą osobą oraz jej bliskimi, może zapisać decyzja o hospitalizacji. Stan zdrowia danej osoby podlega wspólnej ocenie, która służy rozstrzygnięciu, czy wymaga ona leczenia szpitalnego, czy też może pozostać w swoim środowisku. W tym drugim przypadku zespół mobilny wraz z pacjentem i jego bliskimi ustala sposób leczenia oraz formę dalszych kontaktów ze specjalistami.

W skład zespołów mobilnych wchodzi zawsze co najmniej dwie osoby – jedna z nich posiada doświadczenie w pracy w zakresie usług medycznych, zaś druga w społecznych. Członkami zespołów mobilnych mogą być specjaliści posiadający różne kwalifikacje: psychologiczne, pielęgniarskie oraz terapeutyczne. Skład zespołów mobilnych jest elastyczny i uzależniony od potrzeb osoby w kryzysie oraz dostępności specjalistów. Zespoły te najczęściej składają się z psychologa współpracującego z pracownikiem socjalnym, a w dalszej

kolejności z pielęgniarką, ratownikiem medycznym lub terapeutą zajęciowym. W razie potrzeby do zespołów mobilnych dołączają też psychiatry, asystenci zdrowia, terapeuci środowiskowi.

Praca w zespołach mobilnych wymaga posiadania odpowiednich predyspozycji oraz cech osobowości: łatwość nawiązywania kontaktu, otwartość na nowe doświadczenia, niski poziom neurotyczności, elastyczność, tolerancja, asertywność oraz umiejętność stawiania granic. Istotna jest też umiejętność budowania wokół siebie sieci kontaktów, znajomość procedur i przepisów prawa. Członkowie zespołów mobilnych powinni być nastawieni na ciągły rozwój i doskonalenie w sferze zawodowej oraz osobistej. Ich codziennej pracy towarzyszy też tolerancja niepewności. Pracownicy ci mają wysoki poziom rezyliencji, którą starają się modelować u swoich pacjentów, ponieważ cecha ta jest pożądana w procesie zdrowienia (Stęпка, 2021).

W środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej zespoły mobilne realizują swoje zadania na określonym terenie, zgodnie z podziałem terytorialnym, co jest istotne dla ich prawidłowego funkcjonowania i sprawnej koordynacji wykonywanych działań. Zespół mobilny stanowi organizacyjną formę integracji usług medycznych i społecznych, która łączy wiele różnych zadań realizowanych przez zespoły leczenia środowiskowego oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. Integracja tych zadań służy zapewnieniu ciągłości procesu terapeutycznego – wsparcie zespołów mobilnych jest oferowane od momentu zgłoszenia kryzysu do powrotu osoby w kryzysie do pełnienia dotychczasowych ról społecznych. Ponadto zespół mobilny może realizować wsparcie w ramach opieki doraźnej.

Zakres obowiązków zespołu mobilnego obejmuje:

- 1) bezpośrednią pracę z osobami z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz ich bliskimi (siecią oparcia),
- 2) oferowanie adekwatnych form wsparcia w miejscu zamieszkania osoby w kryzysie, a także w placówkach współpracujących w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej,
- 3) rozpoznanie potrzeb i możliwości osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego na podstawie sporządzonego ICF (*Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*),
- 4) planowanie działań terapeutycznych i opracowanie IPZ oraz nadzór nad jego prawidłową realizacją,
- 5) koordynację usług medycznych i społecznych realizowanych na rzecz osoby w kryzysie,
- 6) kontakt z organizacjami, instytucjami i innymi placówkami, których zaangażowanie jest niezbędne dla prawidłowej realizacji założeń IPZ,
- 7) prowadzenie psychoedukacji, wsparcia o charakterze psychologicznym i środowiskowym dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskich,
- 8) prowadzenie interwencji środowiskowych, sesji wsparcia psychologicznego oraz sesji dla pacjentów i ich bliskich, która jest zorientowana na potrzeby tych osób,
- 9) współpracę z zespołem terapeutycznym oraz placówkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- 10) prowadzenie dokumentacji pracy terapeutycznej,
- 11) udział w spotkaniach zespołu oraz regularnych superwizjach,
- 12) realizację działań zapobiegających stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zespoły mobilne najczęściej obejmują wsparciem osoby kierowane do placówek opieki psychiatrycznej przez rodziny i bliskich czy ośrodki pomocy społecznej oraz osoby zgłaszające się samodzielnie. Zdarza się też, że pacjenci są zgłaszani przez osoby z ich otoczenia społecznego (np. sąsiadów). Kolejne źródło informacji o osobach potrzebujących wsparcia stanowią urzędy gminne czy ośrodki zdrowia, z którymi zespoły mobilne są w ścisłym kontakcie.

Pierwsza wizyta może się odbyć w placówce funkcjonującej w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej lub środowisku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, w zależności od ich preferencji lub woli osoby zgłaszającej. W sytuacji, gdy osoba doświadczająca kryzysu lub należąca do sieci jej wsparcia nie chce się spotkać w środowisku domowym, spotkanie z zespołem mobilnym może zostać zorganizowane w miejscu neutralnym – jest to kwestia wzajemnych uzgodnień. Wsparcie udzielane przez zespół mobilny jest doraźne i natychmiastowe, ale pomaga ono też osobom w kryzysie w kontakcie z innymi podmiotami. Jeśli do placówek środowiskowej opieki psychiatrycznej zgłaszają się osoby, którym z różnych powodów nie można udzielić wsparcia bądź potrzebna jest pomoc innej instytucji na kolejnych etapach leczenia, wówczas zespół mobilny stara się wskazać taki podmiot.

W trakcie gromadzenia informacji o problemach pacjenta, zespół mobilny kontaktuje się z członkami rodziny lub z osobą zgłaszającą, aby poprosić bliskich o ich obecność podczas spotkania, bowiem często dopiero w trakcie bezpośredniej rozmowy można ocenić czy zgłoszona osoba oraz jej rodzina będzie chciała współpracować z zespołem mobilnym. W sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia osoba zgłaszająca otrzymuje przez telefon szczegółowe instrukcje dotyczące sposobu udzielania pomocy. Członkowie zespołów mobilnych podkreślili, że nie zawsze posiadają narzędzia, dzięki którym mogą zlokalizować człowieka będącego w kryzysie i znajdującego się w niebezpiecznej dla niego sytuacji, jednak mogą powiadomić odpowiednie służby czy instytucje posiadające możliwości udzielenia pomocy takim osobom.

Do zadań zespołu mobilnego należy opracowanie – wraz z osobą w kryzysie oraz jej bliskimi – Indywidualnego Planu Zdrowienia, który określa zakres planowanego wsparcia o charakterze medycznym i społecznym. Praca z wykorzystaniem IPZ wymaga przygotowania diagnozy funkcjonowania tej osoby. W zależności od potrzeb danego pacjenta zespół mobilny – wraz z pacjentem oraz jego siecią oparcia – przygotowuje plan kryzysowy, stanowiący swoistą „instrukcję obsługi” (rodzaj kontraktu) dla wszystkich osób zaangażowanych w proces terapeutyczny, która służy podjęciu stosownych kroków na wypadek pogorszenia stanu zdrowia. Kolejnym zadaniem zespołu mobilnego jest prowadzenie na bieżąco opisu procesu terapeutycznego, którego przebieg jest oceniany raz na pół roku. W momencie zażegnania kryzysu, rodziny czy też same osoby objęte wsparciem wyrażają chęć pozostania pod opieką zespołu mobilnego bądź nie – mogą zrezygnować z usług w każdym momencie. Często jest to efekt pożądaný, wskazujący na usamodzielnienie osoby po kryzysie, podkreślenie jej autonomii.

Współpraca zespołów mobilnych z otoczeniem społecznym. Zespoły mobilne nawiązują współpracę z różnymi instytucjami wsparcia społecznego, w zależności od potrzeb osób w kryzysie i dostępności tych podmiotów. Najczęściej taka kooperacja ma miejsce z ośrodkami pomocy społecznej, które umożliwiają zespołom mobilnym zainicjowanie działań w środowisku pacjenta. Ponadto zespoły mobilne podejmują współpracę z poradniami zdrowia psychicznego, domami pomocy społecznej, klubami seniora, środowiskowymi domami samopomocy, organizacjami pozarządowymi, szpitalami, a także policją i strażą miejską.

Współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi a instytucjami zewnętrznymi napotyka niekiedy trudności – wymaga ona dopracowania, ciągłego uczenia się zasad obowiązujących w różnych placówkach, a nawet zmian na poziomie legislacyjnym. Trudności najczęściej wynikają z ograniczonego dostępu do informacji o osobie w kryzysie posiadanych przez inną instytucję oraz braku możliwości przekazania pewnych informacji z powodu prawa o ochronie danych osobowych. Niekiedy zdarzają się problemy w zakresie komunikacji i przekazywaniu dokumentów przez pracowników instytucji, z którymi zostały podpisane stosowne umowy.

Członkowie zespołów mobilnych nie mają dostępu do dokumentacji gromadzonej przez szpitale i inne instytucje. Informacje na temat dotychczasowego leczenia osób w kryzysie

oraz uzyskanego przez nie wsparcia o charakterze medycznym i społecznym pozyskiwane są bezpośrednio od nich samych. Niektórzy specjaliści wchodzący w skład zespołów nie wiedzą, czy są uprawnieni do wglądu w kartę wypisu ze szpitala osoby w kryzysie, jak również przechowywania tych danych i ich dalszego przetwarzania, w tym udostępnienia innym instytucjom zapraszającym na konsultacje w sprawie danego pacjenta. Stosowanym przez zespoły mobilne rozwiązaniem jest robienie notatek bazujących na tej dokumentacji.

Pracownicy pionu społecznego wchodzący w skład zespołów mobilnych nie podlegają ustawie o pomocy społecznej, nie są zatem traktowani jak pracownicy socjalni. Osoby te dysponują jedynie wizytówkami środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej. W kontaktach z instytucjami czy wśród pacjentów bywają identyfikowani jako terapeuci, psycholodzy lub – błędnie – jako pracownicy socjalni. Osoby te dysponują jedynie wizytówkami środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej. Z uwagi na brak podstaw prawnych, pracownicy środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej reprezentujący pion społeczny mają ograniczone uprawnienia, nie mogą np. złożyć do sądu wniosku o ubezwłasnowolnienie bezpośrednio – są natomiast uprawnieni do wystawiania opinii czy zaświadczenia o funkcjonowaniu społecznym osoby w kryzysie jeśli zostaną o to poproszeni przez sąd lub osobę w kryzysie.

Zespoły mobilne funkcjonujące w środowiskowych placówkach opieki psychiatrycznej przeznaczonych dla dzieci i młodzieży współpracują dodatkowo z kuratorami społecznymi, szkołami oraz poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Współpraca z policją oraz dzielnicowym Komisarzem ds. Nieletnich również jest niezbędna, ponieważ podmioty te kierują rodziców lub opiekunów prawnych do tych placówek, a z kolei zespoły mobilne czasami potrzebują ich interwencji.

Szkoły i placówki edukacyjne także często kierują rodziny do środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej. Źródłem wiedzy o zespołach mobilnych są dla rodziców lub opiekunów nie tylko nauczyciele, ale również pracownicy poradni specjalistycznych i pracownicy ośrodków pomocy społecznej. Stała współpraca z placówkami oświatowymi jest niezbędna, ponieważ zdarzają się sytuacje, gdy podczas jednej wizyty w oddziale danej placówki obserwacji jest poddawanych kilkoro dzieci objętych działaniami zespołów mobilnych. Obserwacja funkcjonowania osoby nieletniej lub grupy takich osób w oddziale placówki oświatowej wymaga zgody rodziców pozostałych dzieci z danej klasy.

W przypadku dzieci, które urodziły się z zaburzeniami neurorozwojowymi, bardzo ważna jest szybka diagnostyka, ponieważ im wcześniej zostaną podjęte odpowiednie działania, tym krótszej pracy terapeutycznej będzie wymagało dziecko i tym lepiej będzie funkcjonowało w przyszłości. Do środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej najczęściej zgłaszają się rodzice dzieci, które zaczynają uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ponieważ często dopiero wtedy widać różnice w zachowaniu dziecka – na tle całej grupy. Do najczęstszych problemów, z którymi zgłaszane są dzieci, należą: ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi), depresja, zaburzenia emocjonalne, anoreksja, dokonywanie samookaleceń, nieprawidłowo kształtująca się osobowość, a także problemy w relacjach rówieśniczych czy trudności wychowawcze (w przypadku tych ostatnich działania zespołów mobilnych skupiają się na udzielaniu wsparcia rodzicom). Jeśli u dziecka zostanie zdiagnozowane zaburzenie ze spektrum autyzmu, zespół mobilny kieruje rodziców lub opiekunów do odpowiednich placówek.

Osoby uczestniczące w wywiadach wskazywały na pewien opór przed współpracą z zespołami mobilnymi ze strony lekarzy pediatrów – najczęściej wynikający z braku wiedzy na temat funkcjonowania środowiskowych placówek opieki psychiatrycznej, jak również możliwości udzielenia pomocy poprzez skierowanie dziecka przejawiającego zaburzenia psychiczne do odpowiednich instytucji.

Utrudnienia w pracy zespołów mobilnych. Współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi a instytucjami zewnętrznymi wymaga dopracowania i ciągłego uczenia się zasad obowiązujących w różnych placówkach. Niekiedy zdarzają się problemy w zakresie komunikacji i przekazywania dokumentów, np. przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, z którymi zostały podpisane stosowne umowy. Trudności te powodują ograniczenie dostępu do informacji o osobie w kryzysie lub brak możliwości przekazania pewnych danych.

Współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi a instytucjami zewnętrznymi napotyka niekiedy trudności – wymaga ona dopracowania, ciągłego uczenia się zasad obowiązujących w różnych placówkach, a nawet śledzenia zmian na poziomie legislacyjnym. W praktyce pracownicy pionu społecznego wchodzący w skład zespołów mobilnych spotykali się z różnym traktowaniem.

Członkowie zespołów mobilnych spotykają się z przypadkami opóźnień w podejmowanych przez różne instytucje działaniach na rzecz osób w kryzysie, co wyjaśniane jest przepisami kodeksu postępowania administracyjnego. Zaburza to niekiedy płynność udzielanego wsparcia, np. w sytuacjach, gdy zespoły mobilne towarzyszą osobie w kryzysie w działaniach mających na celu poprawę jej sytuacji bytowej, socjalnej. Członkowie zespołów mobilnych nie mają dostępu do dokumentacji gromadzonej przez szpitale i inne instytucje. Informacje na temat dotychczasowego leczenia osób w kryzysie oraz uzyskanego przez nie wsparcia o charakterze medycznym i społecznym pozyskiwane są bezpośrednio od nich samych.

W niektórych placówkach opieki psychiatrycznej funkcjonujących w modelu środowiskowym członkowie zespołów mobilnych zwracali uwagę na brak kampanii informacyjnych ukierunkowanych na zwalczanie stereotypów dotyczących kryzysów psychicznych oraz osób nimi dotkniętych. Problem ten jest najbardziej widoczny w małych miejscowościach (np. po powrocie ze szpitala psychiatrycznego, w którym pobyt jest uważany za powód do wstydu), w których chorzy nie tylko nie otrzymują żadnego wsparcia, ale są stygmatyzowani. W przypadku kryzysu, ludzie z otoczenia osoby nim dotkniętej często nie reagują lub dzwonią pod numery alarmowe służb ratowniczych z prośbą o interwencję. Chociaż z upływem czasu trudności natury psychicznej przestają być tematem tabu, do tej pory nie wszystkie z nich przestały uchodzić za wstydlive. W dalszym ciągu źródłem kryzysów psychicznych są zatrzymane procesy żałoby lub ich wielość, jak również problemy związane z utratą pracy, rozwodem lub separacją, wypadkiem, alkoholizmem oraz przemocą w rodzinie, chorobami onkologicznymi czy zaburzeniami osobowości połączonymi z innymi jednostkami chorobowymi. Członkowie zespołów mobilnych podkreślali, że w niektórych środowiskach zaobserwowano pozytywne skutki rozmów z lokalnymi liderami, takimi jak np. sołtysi, pracownicy ośrodków gminy czy osobami duchownymi.

Współpraca zespołów mobilnych z asystentami zdrowienia. Asystenci zdrowienia (Ex-In – Experienced Involvement) są to osoby, które doświadczyły w przeszłości kryzysu psychicznego, a obecnie, po odbyciu stosownego szkolenia, stanowią wsparcie dla osób w kryzysie w ich procesie zdrowienia. Członkowie zespołów mobilnych uważają, że wykonywanie pracy asystenta zdrowienia wymaga także posiadania pewnych predyspozycji osobowościowych. Współpraca zespołów mobilnych z asystentami zdrowienia jest znaczną innowacją, ponieważ w Polsce osoby te nie były wcześniej włączane w proces zdrowienia osób zmagających się z kryzysami psychicznymi. Z tego względu przebieg tej współpracy ma charakter dynamiczny, podlegając ciągłym zmianom – zasady pracy asystentów zdrowienia dopiero się kształtują, a ich wymiar pracy i realizowane zadania są w dużej mierze dostosowywane do potrzeb placówek funkcjonujących w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej.

W przypadku części osób w kryzysie nie ma potrzeby włączania asystentów zdrowienia do grona członków zespołów mobilnych, natomiast w niektórych sytuacjach, np. gdy zespół mobilny współpracuje z osobą, która nie chce przyjmować leków przepisanych przez lekarza psychiatrę, doproszenie do wizyty asystenta zdrowienia – ze względu na spójność

doświadczeń – stanowi często nieocenione wsparcie dla pacjenta w kwestii decyzji dotyczącej podjęcia leczenia farmakologicznego. Ważną rolę asystentów zdrowia jest budowanie nadziei na wyzdrowienie.

Zdarza się, że kontakt z asystentami zdrowia jest nawiązywany przez osoby w kryzysie w sposób spontaniczny w trakcie pobytu w szpitalu. Zespoły mobilne starają się zapraszać asystentów zdrowia do współpracy w przypadku, gdy jest taka możliwość i potrzeba. Asystenci zdrowia dużo czasu poświęcają na towarzyszenie osobom w kryzysie na oddziałach dziennych czy na recepcji placówek opieki psychiatrycznej, dzięki czemu mają z nimi bezpośredni kontakt, zdobywają ich zaufanie i mogą nawiązywać bliższe relacje.

Początkowo rzadziej korzystano z zasobów (wiedzy, umiejętności, doświadczenia) asystentów zdrowia, jednak coraz częściej są oni postrzegani jako ważna część zespołów mobilnych. Rozmówcy podkreślali, że współpraca pomiędzy asystentami zdrowia oraz specjalistami wymaga nie tylko ustalenia jasnych reguł i ich respektowania, ale też dużej uważności. Członkowie zespołów mobilnych starają się zapraszać do współpracy ekspertów przez doświadczenie w czasie, gdy osoba w kryzysie jest do tego w pełni gotowa, oceniając jednocześnie, czy dla danego asystenta zdrowia nie będzie to nadmiernie obciążającym zadaniem.

Trudnością we współpracy zespołów mobilnych z asystentami zdrowia jest brak ich dostępu do danych medycznych w świetle obowiązujących przepisów. Część placówek funkcjonujących w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej wypracowało zasady współpracy z asystentami zdrowia. Specjaliści pracujący w tych zespołach mobilnych zdobyli szczegółowe informacje na temat kryzysu/ów asystentów zdrowia i stosowanych przez nich sposobach radzenia sobie w tych sytuacjach. Na tej podstawie, z uwzględnieniem wiedzy o problemie, z jakim zmagają się osoby w kryzysie, zespół mobilny zaprasza do udziału w wizytach domowych asystenta zdrowia, którego doświadczenia są zbliżone do tego, co aktualnie przeżywa dany pacjent. Zaangażowanie asystentów zdrowia jest szczególnie cenne ze względu na ich rozumienie sytuacji osoby w kryzysie i empatię, a także praktyczną znajomość pewnych kwestii (np. objawów, które mogą towarzyszyć przyjmowaniu leków). Ponadto asystenci zdrowia wnoszą istotny wkład w profilaktykę, ponieważ dzielą się swoimi doświadczeniami z różnymi osobami będącymi grupami docelowymi działań edukacyjnych placówek opieki psychiatrycznej funkcjonujących w modelu środowiskowym.

Czasami asystenci zdrowia spotykają się z osobami w kryzysie w trybie indywidualnym, szczególnie w sytuacjach, gdy dany pacjent nie wymaga stałego wsparcia psychologicznego, a jedynie zrozumienia i rozmowy z kimś, kto ma podobne doświadczenia. Osoby uczestniczące w zogniskowanych wywiadach grupowych oraz indywidualnych wywiadach pogłębionych podkreślały, że w takich przypadkach bardzo ważne jest zapisywanie obserwacji przez asystentów zdrowia w postaci notatki dołączanej do dokumentacji.

Spoleczna percepcja zespołów mobilnych. Osoby w kryzysie dowiadujące się, że pierwsza wizyta odbędzie się w ich domach, najczęściej reagują pozytywnie, są mile zaskoczone i przyjmują tę informację z otwartością, jako wyraz zainteresowania całą rodziną. Ich otwartość oraz sposób, w jaki przyjmują zespoły mobilne w swoich domach, są zróżnicowane. Zdarzają się osoby, które sprzątają mieszkanie i szykują poczęstunek dla specjalistów, ale są również takie, które w żaden sposób nie przygotowują się na wizytę zespołu mobilnego. Daje to nieformalną informację o funkcjonowaniu rodziny oraz jej zasobach. Percepcja zespołu mobilnego przez osobę w kryzysie zależy od danego środowiska i wpływa na sposób współpracy. Osoby w kryzysie zamieszkujące mniejsze miejscowości chętnie zapraszają zespoły mobilne do swoich domów, ponieważ nie zawsze mają możliwość skorzystania ze wsparcia o charakterze stacjonarnym. Zdarzają się sytuacje, w których osoby w kryzysie z niechęcią przyjmują informację o wizycie domowej np. ze względu na poczucie wstydu wywołane ich warunkami mieszkaniowymi, dużą liczbą domowników, brakiem przestrzeni i możliwości odbycia swobodnej rozmowy. Czasami

pacjenci obawiają się przyjazdu zespołu mobilnego z powodu niewiedzy, jak się zachować w nietypowej, nowej dla nich sytuacji.

Zdarza się także, iż osoby korzystające z usług zespołu mobilnego odbierają wizyty realizowane w ich rodzinnym środowisku jako formę kontroli, która nasila przeżywaną przez nich stres, na co reagują np. irytacją, wycofaniem lub nasilonym lękiem. Ponadto niektórzy pacjenci odmawiają współpracy i leczenia, ponieważ nie są krytyczni wobec swojej choroby. Inne osoby dzwonią do zespołów mobilnych, aby opowiedzieć o tym, co się wydarzyło danego dnia, jak się czują i poinformować, że nie potrzebują wizyty. Takie zachowanie może świadczyć o zdobyciu przez zespół mobilny dużego zaufania ze strony pacjenta. Niektóre środowiska są już na tyle świadome faktu istnienia zaufanych zespołów mobilnych, że bliscy osoby będącej w sytuacji kryzysowej w pierwszej kolejności dzwonią do nich, a nie na pogotowie ratunkowe. Członkowie zespołów mobilnych informują o swojej działalności nawet przypadkowo napotkane osoby, które mogą potrzebować pomocy. W ten sposób specjaliści rozpowszechniają w społecznościach lokalnych wiedzę o funkcjonowaniu środowiskowej placówki opieki psychiatrycznej. Nie są rzadkie sytuacje polecenia usług środowiskowych przez pacjentów.

Efekty działań zespołów mobilnych. Początkowo działalność zespołów mobilnych wiązała się ze wzrostem liczby hospitalizacji wynikającym z dotarcia do osób, które w przeciwnym razie zostałyby pozbawione pomocy lub znajdowały się w stanie kwalifikującym je do leczenia szpitalnego. Z czasem natomiast okazało się, że poprzez swój pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób w kryzysie w ich środowisku zespoły mobilne finalnie przyczyniają się do zmniejszenia wskaźnika hospitalizacji w grupie osób objętych działaniami placówek w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej.

Działania realizowane przez specjalistów z zespołów mobilnych pozwalają na szybkie i skuteczne wprowadzanie zmian w myśleniu, przeżywaniu i zachowaniu osób w kryzysie, sprawiających, że nie powracają one do poprzedniego stanu lub doświadczają kryzysów znacznie rzadziej. Działalność zespołów mobilnych wpływa na poprawę funkcjonowania osób w kryzysie poprzez wspieranie ich działań mających na celu zmianę sytuacji życiowej, rozwiązanie problemów. Niemniej jednak już samo towarzyszenie tym osobom ma duże znaczenie dla ich procesu zdrowienia.

Specjaliści z zespołów mobilnych korzystają z interwizji w zespole oraz poddają swoją pracę regularnej superwizji prowadzonej przez certyfikowanych superwizorów. Poprawie efektywności działań zespołów mobilnych mogłyby ponadto posłużyć konsultacje prowadzone w oparciu o podejście Otwartego Dialogu (OD). Członkowie zespołów mobilnych podkreślali, że potrzebne są szkolenia i kursy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej, elementów interwencji kryzysowej, a także Otwartego Dialogu. Szkolenia są niezbędne, by członkowie zespołów mobilnych mogli się nieustannie rozwijać i zapobiegać wypaleniu zawodowemu, a pacjenci mieli zapewnioną profesjonalną pomoc. Psychologowie wchodzący w skład zespołów mobilnych powinni znać podstawowe metody przesiewowe w diagnostyce otępień, ponieważ liczba osób z takimi zaburzeniami nieustannie rośnie.

Zarządzanie zespołami mobilnymi. Osoby uczestniczące w badaniu wskazały na kilka kwestii istotnych z punktu widzenia zarządzania pracą zespołów mobilnych. Biorąc pod uwagę codzienne obowiązki, dzień pracy zespołu rozpoczyna się od wewnętrznych konsultacji z innymi specjalistami, jak również – w razie takiej potrzeby – z koordynatorem. Na takim spotkaniu służącym przygotowaniu się do działań, które mają być realizowane danego dnia, członkowie zespołu mobilnego omawiają plan pracy i ewentualne trudności, na które mogą się natknąć podczas wykonywania swoich zadań. Przebywając w terenie, zespoły mobilne nie tylko odwiedzają osoby w kryzysie i ich rodziny czy bliskich, ale także wizytują różne instytucje w celu wsparcia swoich pacjentów w załatwianiu spraw urzędowych.

Istotną kwestią poruszaną podczas rozmowy na temat zarządzania pracą zespołów mobilnych było ich bezpieczeństwo. Z tego względu, jak również z uwagi na możliwość lepszego zabezpieczenia pacjenta w sytuacji krytycznej (np. zamiaru popełnienia samobójstwa), w skład zespołów mobilnych powinny wchodzić co najmniej dwie osoby. Gdy istnieje ryzyko, że osoba w kryzysie w warunkach domowych może przejawiać agresywne zachowania, zespół mobilny udaje się do niej w asyście policji lub straży miejskiej (gminnej), bądź wzywa ją na wypadek potrzeby w trakcie spotkania, jeśli pacjent staje się agresywny wobec innych lub siebie. Zazwyczaj taka wizyta jest odbierana negatywnie, szczególnie przez osoby, które nie mają gotowości do podjęcia leczenia i traktują to jako formę przymusu, bądź miały wcześniej do czynienia z tymi służbami z powodu łamania prawa. Członkowie zespołów mobilnych oraz osoby zarządzające ich pracą zazwyczaj nie widzą potrzeby zapewnienia zespołom dodatkowej ochrony, z wyjątkiem sytuacji, w których należy się liczyć z agresją pacjentów.

Zarządzanie pracą zespołów mobilnych utrudniają przede wszystkim przedłużające się wizyty w środowisku, ponieważ nie jest możliwe dokładne oszacowanie czasu, jaki zajmie specjalistom dane spotkanie. W przypadku choroby jednego pracownika zespołów mobilnych niezbędne jest zorganizowanie zastępstwa. Problemy natury logistycznej powstają także wtedy, gdy osoba w kryzysie odwoła wizytę w ostatniej chwili, ponieważ nie ma możliwości umówienia się w tym samym czasie na spotkanie z inną rodziną. Taka spontaniczna propozycja mogłaby przez część pacjentów zostać odebrana jako brak profesjonalizmu bądź kontrola ze strony zespołu mobilnego.

Rozmówcy podkreślali podczas wywiadów, że rola i charakter zespołów mobilnych wciąż się kształtują, toteż pewne kwestie w tym zakresie nadal są przedmiotem dyskusji. Jednym z takich wątków jest stopień specjalizacji zespołów mobilnych, sprowadzający się do pytania, czy zespoły powinny mieć bardziej uniwersalny charakter, czy raczej specjalizować się w określonym typie schorzeń lub określonych zadaniach. Osoby uczestniczące w wywiadach uważały, że choć posiadanie przez specjalistów tworzących zespoły mobilne różnorodnych kwalifikacji, jak również zwiększanie ich kompetencji w różnych obszarach jest uzasadnione, to przypisanie im sztywnych specjalizacji może być ograniczające. Na obecnym etapie rozwoju deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej wystarczające jest tworzenie wyspecjalizowanych zespołów mobilnych, które będą w stanie zajmować się osobami mającymi podwójną diagnozę – gdy poza kryzysem psychicznym występuje również problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Członkowie zespołów mobilnych powinni posiadać wiedzę na temat zaburzeń psychicznych. W przypadku zespołów funkcjonujących w środowiskowych placówkach opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży warto uwzględnić znajomość psychopatologii wieku rozwojowego, a także elementów, na które należy zwracać uwagę podczas prowadzenia obserwacji osób niepełnoletnich.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Zespoły mobilne są jednym z kluczowych elementów środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej i mają charakter innowacyjny, gdyż łączą usługi medyczne oraz społeczne, jednocześnie działając głównie w miejscu zamieszkania swoich pacjentów. Integracja tych zadań służy zachowaniu ciągłości procesu terapeutycznego, chociaż zespoły mobilne realizują również wsparcie w ramach opieki doraźnej. Głównym celem ich działalności jest mobilizowanie pacjentów do rozwiązywania problemów i usamodzielnienia, a towarzysząc osobom doświadczającym kryzysu, przyczyniają się do poprawy ich funkcjonowania, zmiany sytuacji życiowej oraz zmniejszenia wskaźnika hospitalizacji. Innowacyjna formuła

funkcjonowania zespołów mobilnych w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej może być fundamentem reformy tego systemu, zmierzającej w kierunku deinstytucjonalizacji opieki środowiskowej.

Kluczowym aspektem jest również to, aby w przyszłości wprowadzono zmiany, które usprawniłyby działanie zespołów mobilnych. Do takich należą m.in. uregulowanie sytuacji prawnej w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej, jej udostępniania oraz przechowywania, a także usprawnienie wymiany doświadczeń w obrębie zespołu terapeutycznego, ustalenie jasnych reguł współpracy z asystentami zdrowia w ramach działalności zespołów mobilnych. Dobrą praktyką byłoby wprowadzenie wymogu zaznajomienia się pracowników zespołów mobilnych z procedurami postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej. Należy także prowadzić superwizje i ustawiczne szkolenia dla zespołów mobilnych w zakresie interwencji kryzysowej, udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, Otwartego Dialogu, ICF, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, radzeniu sobie z dużym obciążeniem psychicznym, metod przesiewowych w diagnostyce otępień, samoobrony, a w przypadku zespołów mobilnych dla dzieci i młodzieży – kursów z zakresu psychopatologii wieku rozwojowego oraz prowadzenia obserwacji osób niepełnoletnich.

UWAGI

Artykuł został przygotowany na podstawie raportu ewaluacyjnego pn. *Funkcjonowanie zespołów mobilnych w modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego*, który został opracowany w 2020 roku w ramach projektu pt. *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę. Projekt horyzontalny* (Nr POWR.04.01.00-00-D20817), współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

BIBLIOGRAFIA

- Jaeschke, K., Hanna, F., Ali, S., Chowdhary, N., Dua, T., Charlson, F. (2021). Global estimates of service coverage for severe mental disorders: Findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Global Mental Health*, 8, 27. <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.19>
- Kazdin, A. E., Rabbitt, S. M. (2013). Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 170–191.
- Keynejad, R., Spagnolo, J., Thornicroft, G. (2021). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: Updated systematic review on evidence and impact. *Evidence-Based Mental Health*, 24(3), 1–7.
- Kostanjsek, N. (2011). Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability and health information systems. *BMC Public Health*, 11(Suppl 4), S3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>
- Księżka-Koszałka, J. (2017). Metoda Otwartego Dialogu w filmie Daniela Macklera pt. *Otwarty Dialog – alternatywne, frńskie podejście do leczenia psychoz*. *Homo et Societas*, 2, 83–93.
- Lake, J., Turner, M. S. (2017). Urgent need for improved mental health care and a more collaborative model of care. *The Permanente Journal*, 21, 17–24. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-024>
- Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond. An „open door–no restraint” system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 220(6), 440–445.
- Mezzina, R., Johnson, S. (2008). Home treatment and „hospitality” within a comprehensive community mental health centre. W: S. Johnson, J. Needle, J. Bindman, G. Thornicroft (red.), *Crisis resolution and home treatment in mental health* (s. 251–266). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543906.021>
- Prot-Klinger, K. (2013). Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem — próba integracji podejść. *Psychiatria*, 10(3–4), 101–108.
- Robine, J. M. (2006). Summarizing health status. W: D. Pencheon, C. Guest, D. Melzer, J. A. M. Gray (red.), *Oxford handbook of public health practice* (s. 160–168). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

- Sade, R. M. S., Goljevscek, S., Corradi-Webster, C. M. (2020). Intensive home support for mental health crises: Experience of the Trieste territorial crises team, in Italy. *Saúde e Sociedade*, 29(3), e190831. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190831>
- Shidhaye, R., Lund, C., Chisholm, D. (2015). Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: Strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 9, 40. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0031-9>
- Sjølie, H., Karlsson, B., Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: Structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881–892. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>
- Stępką, M. (2021). Rezyliencja jako paradygmat bezpieczeństwa w czasach przewlekłych kryzysów. *Przegląd Politologiczny*, 2, 105–117.
- Szarfenberg, R. (2016). Empowerment. W: B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *W kręgu pojęć i zagadnień współczesnej polityki społecznej* (s. 99–112). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Szaszkiewicz, W. (2015). „Wątki rodzinne były dla mnie zawsze najciekawsze”. Rozmowa z dr hab. n. hum. Barbarą Józefik, prof. UJ. *Psychoterapia*, 3(174), 5–14.
- Światowa Organizacja Zdrowia. (2009). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Wilmonska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(7), 5–20.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Wojtyńska, R., Szczeniak, D., Kłapciński, M., Schütze, W. (2015). Zespół odzwierciedlająco-komentujący jako element sieci społecznej w podejściu Otwartego Dialogu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(3), 137–146.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in health*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan (2013–2020)*. Genewa: WHO Document Production Services.

