

SZKOŁA DOSTĘPNA DLA WSZYSTKICH

– Z PERSPEKTYWY DYREKTORA

JAK POMÓC UCZNIOWI BĘDĄCEMU W KRYZYSIE

PSYCHICZNYM? WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA

W SEKTORZE OŚWIATY W KONTEKŚCIE ZDROWIA

PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY



IBE



INSTYTUT
BADAŃ
EDUKACYJNYCH



Ministerstwo
Edukacji Narodowej

unicef

dla każdego dziecka

Autorka: **Kamila Lenkiewicz**

Redakcja językowa i korekta: **Anna Adamczyk**

Skład komputerowy: **C&C Sp. z o.o.**

Projekt okładki: **Marta Ignerska**

Layout: **Marta Ignerska**

ISBN: **978-83-67385-90-9**

Copyright © **Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2024**

Wydawca: **Instytut Badań Edukacyjnych, ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa**
tel. (22) 24 17 100, www.ibe.edu.pl

Wzór cytowania:

Lenkiewicz, K. (2024). *Szkoła dostępna dla wszystkich – z perspektywy dyrektora. Jak pomóc uczniowi będącemu w kryzysie psychicznym? Współpraca międzysektorowa w sektorze oświaty w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*. Instytut Badań Edukacyjnych.

Egzemplarz bezpłatny



Warszawa 2024 r.

Niniejsza publikacja została zrealizowana przez Instytut Badań Edukacyjnych przy współpracy Biura UNICEF ds. Reagowania na Potrzeby Uchodźców w Polsce i Ministerstwa Edukacji Narodowej. Materiały, treści i poglądy zawarte w niniejszej publikacji są prezentowane jako własne przez ekspertów zaangażowanych do realizacji projektu i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy UNICEF lub darczyńcy. Publikacja nie została przygotowana na podstawie oficjalnych standardów publikacyjnych UNICEF, w związku z czym UNICEF ani darczyńca nie odpowiadają za potencjalne błędy.

Informacja o projekcie

Celem projektu „Szkoła dostępna dla wszystkich” jest wzmocnienie kompetencji nauczycieli specjalistów w zakresie udzielania adekwatnego wsparcia dzieciom i uczniom z uwzględnieniem zróżnicowania ich potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, w tym dzieciom i uczniom będącym uchodźcami z Ukrainy, a także integrowania zróżnicowanego środowiska w klasie/szkole. W projekcie opracowano szereg narzędzi pomocnych w prowadzeniu zajęć wychowawczo-specjalistycznych, w tym integracyjnych, zapewniających poczucie wspólnoty wśród dzieci i uczniów oraz zadbano o budowanie przyjaznego klimatu w klasie/szkole w ramach ochrony zdrowia psychicznego dzieci i uczniów.



**JAK POMÓC UCZNIOWI
BĘDĄCEMU W KRYZYSIE
PSYCHICZNYM? WSPÓŁPRACA
MIĘDZYSEKTOROWA
W SEKTORZE OŚWIATY
W KONTEKŚCIE ZDROWIA
PSYCHICZNEGO DZIECI
I MŁODZIEŻY**

Kamila Lenkiewicz

Spis treści

- 9 _____ Wprowadzenie**
- 12 _____ Dlaczego istotna jest współpraca pomiędzy szkołą
a podmiotami leczniczymi w kontekście zdrowia
psychicznego dzieci i młodzieży?**
- 19 _____ Dlaczego warto nawiązać współpracę z podmiotami
medycznymi, czyli jak wykorzystać zasoby znajdujące się w
sektorze ochrony zdrowia?**
- 22 _____ Jakie korzyści i wyzwania dla społeczności szkolnej
wynikają ze współpracy z podmiotami sektora ochrony
zdrowia?**
- 25 _____ Kluczowi partnerzy we współpracy międzysektorowej,
czyli jak zorganizowana jest publiczna ochrona zdrowia
psychicznego dla dzieci i młodzieży**
- 30 _____ Konkluzje**
- 32 _____ Jak wdrożyć współpracę międzysektorową pomiędzy
podmiotem oświaty a podmiotem leczniczym w ochronie
zdrowia psychicznego?**
- 33 _____ Model Usług Zdrowia Psychicznego w Szkole**
- 35 _____ Model Usług Powiązanych ze Społecznością**
- 40 _____ Wielopoziomowy System Wsparcia**
- 43 _____ Co jest istotne w koordynacji międzysektorowej?**

48 _____ Jakie narzędzia ułatwiające współpracę międzysektorową są już dostępne?

57 _____ Konkluzje

59 _____ Zakończenie

62 _____ Ważne rozmowy o edukacji – prowadząca Kamila Lenkiewicz

64 _____ Aneks

75 _____ Bibliografia

84 _____ Nota o autorze

Streszczenie

Pomoc udzielaną dzieciom i młodzieży można rozpatrywać w kategoriach „kontinuum” – jako proces, na którego kolejnych etapach włączani są specjaliści pracujący w sektorach oświaty i ochrony zdrowia oraz w innych instytucjach/organizacjach. Ważne jest to, aby byli włączeni i skoordynowani wszyscy, którzy już są zaangażowani w życie rodziny, także rówieśnicy.

Większość dzieci i młodzieży spędza w szkołach znaczną ilość czasu, co sprawia, że szkoła jest idealnym miejscem do współpracy m.in. z podmiotami medycznymi, zarówno dla podejmowania działań interwencyjnych w początkowej fazie rozwoju kryzysu psychicznego, jak i dla oddziaływań wspierających dziecko/nastolatka w powrocie do zdrowia lub w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z zaburzeń neurorozwojowych. Specjaliści pracujący w szkołach posiadają wiedzę o dziecku/nastolatku dotyczącą jego funkcjonowania przed kryzysem psychicznym, która jest niezbędna dla specjalistów pracujących w ochronie zdrowia do pełnego zrozumienia trudności, z którymi zgłosiła się do nich rodzina, a także często do wsparcia ich oddziaływań terapeutycznych na terenie szkoły i w grupie rówieśniczej.

W procesie zdrowienia ważny jest zarówno moment zauważenia rozwijającego się kryzysu psychicznego czy też trudności wynikających z zaburzeń neurorozwojowych, jak i ostatni etap zdrowienia, jakim jest utrwalenie zmian i zapobieganie nawrotom. Na obu tych etapach rola szkoły i specjalistów w niej pracujących jest nieoceniona, dlatego ważna jest współpraca międzysektorowa pomiędzy sektorami oświaty i ochrony zdrowia. Współpraca ta może spełniać również funkcję wspierającą dla nauczycieli i specjalistów pracujących w przedszkolach/szkolach, tym bardziej że nauczyciele w polskich szkołach często zgłaszają doświadczanie syndromu wypalenia zawodowego, poczucie przeciążenia oraz osamotnienia w obliczu problemów w szkole.

Celem poradnika jest przybliżenie zagadnień koordynacji międzysektorowej – sektora oświaty z sektorem ochrony zdrowia – w jej teoretycznym i praktycznym aspekcie.

Słowa kluczowe

współpraca międzysektorowa, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, modele współpracy międzysektorowej oświata – ochrona zdrowia, szkoła, dzieci, młodzież



Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne jest ważną częścią ogólnego dobrostanu dzieci i młodzieży, mającą znaczny wpływ na ich osiągnięcia w nauce, a następnie na ich dorosłe życie. Nie pozostawia wątpliwości fakt, że stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży uczęszczających do przedszkoli i szkół wymaga nie tylko rozwiązań w systemie oświaty, lecz także podejmowania działań międzysektorowych. Szkoła odgrywa istotną rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego uczniów – nauczyciele i personel szkolny są często jednymi z pierwszych osób, które zauważają rozwijający się kryzys psychiczny. Tym samym jako pierwsi mogą podjąć interwencję mającą na celu udzielenie potrzebnej pomocy dziecku/nastolatki i jego najbliższemu. Co istotne, przedszkole/szkoła pozostawione bez wsparcia zewnętrznych specjalistów, w tym przedstawicieli ochrony zdrowia psychicznego, nie poradzi sobie z narastającym problemem wśród uczniów. Należy podkreślić, że w ostatnich latach m.in. wzrosła liczba: wydawanych orzeczeń o specjalnych potrzebach kształcenia; uczniów realizujących obowiązek szkolny w trybie nauczania indywidualnego; prób samobójczych. Ponadto coraz częściej dzieci/nastolatki nie realizują obowiązku szkolnego oraz doświadczają przemocy rówieśniczej, autoagresji i poczucia osamotnienia. Ich stan psychiczny odbija się na kondycji zdrowia psychicznego nauczycieli, którzy w większym stopniu niż przed laty doświadczają wypalenia zawodowego, są nadmiernie obciążeni obowiązkami, przepracowani, mierzą się z poczuciem osamotnienia.



Współpraca międzysektorowa między szkołami a poradniami zdrowia psychicznego jest zatem kluczowym elementem w zapewnieniu dobrostanu uczniów i nauczycieli. Za Lamb i in. (2021) można przyjąć, że powinna się ona opierać na pięciu podstawowych filarach:

- Działania skoncentrowane na dziecku i rodzinie.
- Komunikacja międzysektorowa.
- Określenie dokładnych obszarów odpowiedzialności pomiędzy instytucjami w procesie wsparcia.
- Powołanie i budowanie funkcjonalnych zespołów.
- Ustalenie kryteriów liderowania.

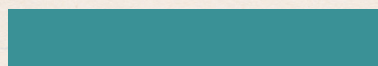
Skuteczna współpraca może przyczynić się do: wczesnego wykrywania problemów; zwiększenia dostępności usług; poprawy wyników edukacyjnych i zdrowotnych uczniów; poprawy współpracy pomiędzy szkołą i rodzicami / opiekunami prawnymi. W dłuższej perspektywie może poprawić również komfort pracy nauczycieli, którzy pracując z uczniem będącym w kryzysie psychicznym lub z zaburzeniami neurorozwojowymi, nie pozostaną z nim sami. Ważne jest, żeby we współpracy międzysektorowej na linii oświata – ochrona zdrowia, niezależnie od wdrażanego modelu koordynacji międzysektorowej, **przyjąć strategię opartą na: budowaniu formalnych partnerstw, regularnej komunikacji, wspólnym szkoleniu personelu oraz zaangażowaniu rodziców i społeczności lokalnej w działania na rzecz wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.**

Opracowanie składa się z trzech rozdziałów, które odpowiadają na pytania:

- Dlaczego istotna jest współpraca pomiędzy szkołą a podmiotami leczniczymi w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży?
- Dlaczego warto nawiązać współpracę z podmiotami medycznymi, czyli jak wykorzystać zasoby znajdujące się w sektorze ochrony zdrowia?
- Jak wdrożyć współpracę międzysektorową pomiędzy podmiotem oświaty a podmiotem leczniczym w ochronie zdrowia psychicznego?



1



**Dlaczego istotna jest
współpraca pomiędzy
szkołą a podmiotami
leczniczymi
w kontekście zdrowia
psychicznego dzieci
i młodzieży?**

Za Światową Organizacją Zdrowia (WHO – World Health Organization) przyjmuje się, że zdrowie psychiczne to „stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracuje oraz **jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty**” (WHO, 2001, s. 1). Ostatnie zdanie tej definicji jest często pomijane w potocznym rozumieniu zdrowia psychicznego, a tymczasem wskazuje ono na watek dobrych relacji interpersonalnych/społecznych oraz na sprawczość powiązaną z pozytywną zmianą nie tylko ucznia, lecz także jego otoczenia. Jest to oczywiście dynamiczny proces, który podlega zmianom w ciągu życia, odzwierciedlając stopień równowagi pomiędzy zasobami jednostki i środowiska. Równowaga ta zależy m.in. od: czynników psychologicznych, czynników biologicznych, interakcji interpersonalnych, struktur i zasobów społecznych oraz wartości kulturowych (Kluczyńska, 2015; Lehtinen, 2008).

Zdrowie psychiczne u dzieci i młodzieży charakteryzuje się (Szymańska, 2014; Tabak, 2014):

- zdolnością do realizowania zadań rozwojowych w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole i społeczności;
- umiejętnością przeżywania i konstruktywnego wyrażania emocji adekwatnie do sytuacji i natężenia bodźca, który je wywołał;
- poczuciem bezpieczeństwa i zaufania do świata i innych oraz wysoką samooceną;



- radzeniem sobie z codziennym stresem i stawianymi wyzwaniami;
- zdolnością do odczuwania empatii, budowaniem i podtrzymywaniem trwałych relacji z innymi.

Problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą wszystkich obszarów życia dziecka/nastolatka, uniemożliwiając realizację jednych z podstawowych zadań rozwojowych – nawiązywania i utrzymywania relacji z grupą rówieśniczą oraz z osobami dorosłymi, a także nabywania kompetencji i wiedzy, potrzebnych do pełnienia ról zawodowych w życiu dorosłym. Ponadto kryzys psychiczny i zaburzenia neurorozwojowe osłabiają procesy poznawcze, w tym: koncentrację uwagi, pamięć, umiejętność planowania, umiejętność powstrzymywania się przed działaniem, regulację emocji i umiejętność podejmowania decyzji, które bezpośrednio wpływają na poziom osiągnięć edukacyjnych. Deficyty wywołane doświadczanym kryzysem psychicznym mogą zostać pogłębione przez nasiloną absencję wynikającą z unikania trudności lub z powodu hospitalizacji (Janas-Kozik i Wolańczyk, 2021; Remberk, 2020).

Szacuje się, że w populacji ogólnej dzieci i młodzieży w Polsce występowanie zaburzeń psychicznych kształtuje się w przedziale 13–16% (Moskalewicz i Wciórka, 2021) i jest zbliżone do światowego wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w tej grupie wiekowej (Barican i in., 2022; Institute of Health Metrics and Evaluation, 2023; Polanczyk i in., 2015). Z raportu z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowania – EZOP II” (Moskalewicz i Wciórka, 2021) wynika, że zaburzenia rozwoju psychicznego dotyczą około **16% najmłodszych dzieci** (w przedziale 0–6 lat), a **co ósme dziecko w wieku 7–17 lat ma za sobą doświadczenie kryzysu psychicznego**. Wśród najmłodszych najczęściej występują zaburzenia emocjonalno-afektywne, charakteryzujące się trudnościami w zdolności do okazywania uczuć i empatii wobec innych, oraz zaburzenia komunikacji społecznej i interakcji z innymi.



W grupie wiekowej 7–11 lat dominują zaburzenia lękowe, które często są niezauważane przez środowisko rodzinne i szkolne, natomiast w grupie powyżej 11. r.ż. najczęściej występują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia odżywiania. Odsetek osób doświadczających kryzysu psychicznego rośnie wraz z wiekiem. Największy wzrost odnotowano w przypadku: zaburzeń związanych z piciem alkoholu, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych oraz zaburzeń depresyjnych.

Zwielokrotnienie zaburzeń psychicznych przypada na wiek 15–17 lat, co może być związane z kryzysem dorastania oraz z większą wrażliwością na wymagania środowiska zewnętrznego, np. rodzinnego, szkolnego czy rówieśniczego (Kowalewska, 2018; Moskalewicz i Wciórka, 2021; Sierostawski, 2020).

Z badań przeprowadzonych w 2018 r. nad zachowaniem zdrowotnym polskiej młodzieży szkolnej HBSC (*Health Behaviour in School-Age Children*) również wynika, że ogólne samopoczucie psychiczne dzieci pogarsza się wraz z wiekiem. Prawie 40% uczniów wieku 17 lat zadeklarowało odczuwanie dużego lub bardzo dużego poziomu stresu szkolnego. W grupie tej zaobserwowano także narastającą częstość odczuwania codziennego zmęczenia, przy czym dominowało ono w grupie dziewcząt (Mazur i Małkowska-Szkućnik, 2018). Podobne wyniki otrzymano w badaniu przeprowadzonym na polskiej populacji uczniowskiej w 2021 r. (Roguska, 2022).

Warto pamiętać, że na stan psychiczny dzieci i młodzieży w wieku szkolnym duży wpływ miała pandemia COVID-19, która przyczyniła się do: nasilenia objawów lękowych, uzależnienia od telefonu, zachowań autoagresywnych oraz zaburzeń odżywiania, depresyjnych i koncentracji uwagi. Wraz z przedłużającą się izolacją społeczną uczniowie zgłaszali coraz większe poczucie



osamotnienia i braku osoby, do której mogliby się zwrócić w trudnej sytuacji. Doświadczali też braku akceptacji oraz presji ze strony rówieśników (Buchner i in., 2020; Forster i in., 2020; Grzelak i Żyro, 2021; Pyżalski, 2021; Racine i in., 2020; Szredzińska, 2022; Szredzińska i Włodarczyk, 2021).

Narastającym problemem wśród dzieci i młodzieży uczęszczających do szkoły są próby samobójcze, których wzrost obserwowany jest od 2021 r. Szczególnie nasiliły się zachowania samobójcze w grupie dziewcząt. W 2023 r. próby samobójcze podjęło 1994 nastolatków, a samobójstwa dokonało 145 osób w wieku poniżej 18 lat (Komenda Główna Policji, 2023). Warto zauważyć, że statystyki dotyczące prób samobójczych dzieci i młodzieży w 2023 r. wskazują na zahamowanie ich lawinowego przyrostu rok do roku.

Jako podaje WHO, na każdą odnotowaną w statystykach śmierć samobójczą przypada od 100 do 200 prób samobójczych (Goldsmith i in., 2002). Można więc przyjąć za tymi szacunkami, że w 2023 r. w Polsce od 14 500 do 29 000 osób w wieku poniżej 18 lat podjęło próbę odebrania sobie życia. Wśród najczęstszych powodów samobójstw w grupie do 18. r.ż. podaje się: problemy rodzinne, śmierć kogoś bliskiego, zawód miłosny, przemoc rówieśniczą, rozczarowanie wynikami w nauce lub wysoki poziom wymagań szkolnych, poważną chorobę somatyczną (WHO, 2016). Szacuje się, że około 20% osób w wieku nastoletnim podejmujących próby samobójcze doświadcza zaburzeń psychicznych, takich jak: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, a także w tej grupie występują uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Większość prób „S” podejmowanych jest w przebiegu zaburzeń nastroju typu depresja, których objawy dość wcześnie mogą zostać zauważone przez przedstawicieli grona pedagogicznego, co pomaga w podjęciu działań zapobiegawczych (Gmitrowicz i in., 2015).



Spoglądając na dostępne statystyki występowania zaburzeń psychicznych w polskiej populacji dzieci i młodzieży, można wysnuć wniosek, że nie ma szkoły, w której grono pedagogiczne nie miałoby styczności z uczniem będącym w kryzysie psychicznym lub z zaburzeniami neurorozwojowymi, wymagającym wsparcia lub pomocy.

Konkluzja

Szacuje się, że 50% wszystkich chorób psychicznych rozpoczyna się przed 14. r.ż. Aż 75% uczniów cierpiących na zaburzenia psychiczne jest leczonych niewłaściwie lub w ogóle nie są leczeni (Lean i Colucci, 2010; Solmi i in., 2022; Stallard, 2011). W konsekwencji prowadzi to do poważnych zaburzeń psychicznych u młodych dorosłych i dorosłych. W związku z obowiązkiem szkolnym większość dzieci i młodzieży spędza w szkołach znaczną ilość czasu, co sprawia, że szkoła z jednej strony jest idealnym miejscem do zapewnienia szybkiego dostępu do usług z zakresu zdrowia psychicznego poprzez współpracę międzysektorową z podmiotami medycznymi, z drugiej zaś pełni ważną funkcję w rozwoju społecznym i emocjonalnym człowieka, co podkreślał już w latach 70. XX w. amerykański psycholog Urie Bronfenbrenner (1979, 1981).

W teorii systemów społeczno-ekologicznych Bronfenbrenner wyodrębnił pięć systemów, w których żyje człowiek, z czego dwa są bezpośrednio związane z dzieckiem:

- mikrosystem – osoby i grupy mające bezpośredni kontakt z dzieckiem (najczęściej są to rodzina i szkoła);
- mezosystem – interakcje między mikrosystemami dziecka (np. relacje rodziców z nauczycielami mają bezpośredni wpływ na dziecko i jego rozwój).



Pozostałe – egzosystem, makrosystem i chronosystem – odnoszą się do norm i zwyczajów kulturowych oraz do uwarunkowań historycznych. Zatem podczas pracy z dzieckiem będącym w kryzysie psychicznym lub z zaburzeniami neurorozwojowymi konieczne jest uwzględnienie kontekstu zarówno szkolnego, jak i rodzinnego, a w interakcjach pomiędzy szkołą i rodziną należy szukać niezbędnych zasobów do poprawy jego dobrostanu.

Biorąc pod uwagę kondycję zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz najnowszą wiedzę dotyczącą mechanizmów powstawania zaburzeń psychicznych w wieku rozwojowym i nieprawidłowo kształtującej się osobowości, można przyjąć (por. Ciecuch i in., w druku; Strus i in., 2014), że dwoma kluczowymi celami w procesie leczenia dzieci i młodzieży doświadczającej kryzysów i chorób psychicznych oraz ich rodzin są:

- tworzenie warunków do rozwoju lub odbudowy relacji interpersonalnych (bliskości i empatii) pomiędzy rówieśnikami oraz dziećmi i dorosłymi;
- tworzenie warunków do rozwoju potencjału dzieci i młodzieży, z uwzględnieniem ich wieku (eksploracji i kształtowania własnej tożsamości oraz stopniowego zdobywania samodzielności).

Ich realizacja wymaga wsparcia procesu zdrowienia nie tylko ze strony osób najbliższych, ale również ze strony przedstawicieli społeczności przedszkolnej/szkolnej, której członkiem jest dziecko/nastolatek.

Nie można w pełni wspierać dziecka w powrocie do zdrowia psychicznego lub poprawić jego dobrostanu bez uwzględnienia kontekstu przedszkola/szkoły oraz bez ścisłej współpracy z rodziną, a jeśli jest taka potrzeba, to także z innymi specjalistami zewnętrznymi. Nie zapewni się dziecku/nastolatki właściwego leczenia bez udziału w tym procesie przedstawicieli edukacji oraz nie będzie możliwości podejmowania interwencji na początku kryzysu psychicznego, przy słabo nasilonych objawach, bez współpracy międzysektorowej – sektora edukacji z sektorem ochrony zdrowia.



2 —

**Dlaczego warto
nawiązać współpracę
z podmiotami
medycznymi, czyli
jak wykorzystać
zasoby znajdujące się
w sektorze ochrony
zdrowia?**

Wyłaniający się z danych statystycznych obraz kondycji psychicznej dzieci i młodzieży oraz dostępna wiedza na temat mechanizmów powstawania zaburzeń psychicznych w wieku przedszkolnym i szkolnym wskazują na konieczność zapewnienia kompleksowej opieki dziecku/nastolatki doświadczającemu trudności związanych ze zdrowiem psychicznym.

Czynniki ochronne w przypadku wszystkich zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego związane są m.in. z (Szymańska, 2014):

- rodziną – silne więzi rodzinne, zaangażowanie rodziców w życie dziecka, wspieranie go w codziennych wyzwaniach, zaspokajanie jego potrzeb (emocjonalnych, poznawczych, społecznych), jasne zasady i oczekiwania rodziców wobec dziecka;
- szkołą – poczucie przynależności do społeczności szkolnej, bezpieczna i wspierająca atmosfera w szkole, dobre relacje pomiędzy nauczycielami a uczniami, wsparcie ze strony grona pedagogicznego współpracy w grupie, docenianie wysiłków uczniów i ich osiągnięć, dostępność pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- rówieśnikami – przynależność do grupy rówieśniczej funkcjonującej zgodnie z normami społecznymi;
- cechami indywidualnymi – wysoka inteligencja, zdolności adaptacyjne do różnych warunków środowiska, rozwinięte mechanizmy samokontroli,



poczucie własnej wartości i wiara we własne możliwości, rozwinięte umiejętności społeczne.

Warto podkreślić, że większość zarówno indywidualnych, jak i zewnętrznych czynników ochronnych kształtuje się w relacji z ważnymi dorosłymi, czyli z nauczycielami i rodzicami. Współpraca pomiędzy środowiskiem rodzinnym i przedszkolnym/szkolnym wydaje się czymś niezbędnym i naturalnym. Powinna ona stanowić główną oś we wspieraniu dzieci i nastolatków w realizacji ich potrzeb rozwojowych, a także w sytuacji doświadczania kryzysu psychicznego (Buchner i in., 2020; Farmer i in., 2003; Grzelak i Żyro, 2021; Suter i Bruns, 2009; Tabak, 2014). W sytuacjach kryzysowych współpraca ta powinna być dodatkowo wzmacniana przez zaangażowanie w pomoc zewnętrznych specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego: psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży oraz lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży, przy uwzględnieniu zasobów tkwiących w relacjach rówieśniczych (American Psychiatric Association, 2013; Buchner i in., 2020; Grzelak i Żyro, 2021). Będzie to możliwe tylko przy stałej i intensywnej współpracy pomiędzy szkołą, rodziną i innymi specjalistami, opartej na otwartej komunikacji i wzajemnym szacunku. W tak zbudowanej sieci wsparcia psychicznego bardzo ważną rolę odgrywa szkoła, ponieważ – jak pokazują badania i doświadczenie kliniczne – ponad połowa dzieci i nastolatków z problemami psychicznymi w pierwszej kolejności po pomoc zgłasza się i ją otrzymuje w sektorze edukacji (udzielają jej przedstawiciele ochrony zdrowia psychicznego zatrudnieni w szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych), a w drugiej kolejności – w sektorze ochrony zdrowia (American Psychiatric Association, 2013; Buchner i in., 2020; Farmer i in., 2003; Grzelak i Żyro, 2021).



Jakie korzyści i wyzwania dla społeczności szkolnej wynikają ze współpracy z podmiotami sektora ochrony zdrowia?

Korzyści wynikające ze współpracy szkoły z podmiotami sektora ochrony zdrowia są następujące:

- Zwiększony dostęp do pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla ucznia w kryzysie psychicznym – przy współpracy międzysektorowej powiększa się pula specjalistów i ich kompetencji, co można wykorzystać przy planowaniu oddziaływań terapeutycznych, a co za tym idzie zmniejsza się obciążenie nauczyciela/wychowawcy, który bez możliwości współpracy z innymi sam zostałby z problemem.
- Szybsze podejmowanie interwencji w sytuacji kryzysu psychicznego – nauczyciele i inni pracownicy oświaty wcześniej mogą zidentyfikować problem zdrowia psychicznego dziecka i razem z innymi specjalistami rozpocząć konieczne oddziaływania mające na celu zatrzymanie rozwoju kryzysu lub przekierować go z rodzicami do odpowiedniego miejsca, w którym otrzyma pomoc, a tym samym nie dojdzie do rozwinięcia się poważnego kryzysu psychicznego niosącego za sobą skutki zarówno dla ucznia, jak i dla społeczności, w której żyje.
- Poprawa wyników w edukacji – szybkie podjęcie interwencji kryzysowej, obejmującej pomoc psychologiczną i/lub psychiatryczną, zmniejsza ryzyko wypadnięcia ucznia z ról społecznych oraz prawdopodobieństwo powstania zaległości w nauce, wynikające z długotrwałego obniżenia funkcji poznawczych lub częstego opuszczania zajęć lekcyjnych.
- Zbudowanie sieci wsparcia społecznego dla ucznia i jego rodziny – rzeczywista współpraca m.in. z przedstawicielami sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego zwiększa możliwość budowania trwałej sieci społecznej, będącej wsparciem przy ewentualnym wystąpieniu następnego kryzysu psychicznego.



- **Kompleksowe wsparcie ucznia – ścisła współpraca szkoły z poradnią zdrowia psychicznego** umożliwia w procesie leczenia i zdrowienia ucznia-pacjenta uwzględnienie jego potrzeb edukacyjnych oraz pozwala przenieść interwencje terapeutyczne również na teren szkoły i zaangażować w nie zarówno najbliższych, jak i przedstawicieli grona pedagogicznego, co przełoży się na większą skuteczność i efektywność procesu terapeutycznego oraz na jego skrócenie.
- **Zbudowanie sieci wsparcia dla nauczycieli – obecnie nauczyciele zgłaszają potrzebę wsparcia w zakresie radzenia sobie z uczniami będącymi w kryzysie psychicznym oraz z własnym obciążeniem emocjonalnym wynikającym z tego faktu.** Współpraca międzysektorowa zapewnia pomoc nie tylko uczniom, lecz także pracującemu z nimi personelowi.

Mówiąc o współpracy międzysektorowej pomiędzy placówką oświatową i placówką medyczną, nie można pominąć wyzwań, przed którymi stoją przedstawiciele obu podmiotów. Są to przede wszystkim:

- **Regulacje dotyczące ochrony danych osobowych – największym utrudnieniem jest przetwarzanie danych osobowych ucznia-pacjenta i jego rodziców / opiekunów prawnych w świetle przepisów RODO (2016) oraz zakres przekazywanych informacji w kontekście tajemnicy zawodowej obowiązującej lekarzy, psychologów i psychoterapeutów.**
- **Brak zasobów kadrowych – brak możliwości nawiązania współpracy ze specjalistami sektora ochrony zdrowia z zakresu zdrowia psychicznego, ponieważ placówki medyczne nie mają zasobów lub nie są zainteresowane taką formą wsparcia, ewentualnie w najbliższym otoczeniu nie ma żadnej placówki świadczącej tego rodzaju pomoc w sektorze publicznym.**
- **Ograniczone fundusze na personel – braki w zatrudnieniu psychologów w szkole/przedszkolu lub zatrudnienie ich w niewystarczającym wymiarze**



czasu, wynikające z braku finansów na zatrudnienie dodatkowego personelu, ze ściśle określonymi kompetencjami.

- Trudności w komunikacji i koordynacji – współpraca międzysektorowa wymaga uzgodnienia jej procedur oraz komunikacji pomiędzy instytucjami i specjalistami. Ustalenie zasad spotkań i gotowość wszystkich zainteresowanych do wzajemnego rozliczania się z pracy z uczniem-pacjentem może być barierą mentalną. Konieczne jest opracowanie jasnych kryteriów przekazywania sobie uczniów-pacjentów oraz określenie obszaru odpowiedzialności za nich.
- Różnice w języku zawodowym oraz w celach oddziaływań prowadzące do nieporozumień i trudności w koordynacji działań – konieczność wypracowania wspólnego obszaru pojęciowego służącego do opisywania trudności dziecka/nastolatka, który będzie zrozumiały dla wszystkich zainteresowanych.
- Niewystarczające przygotowanie personelu szkolnego i specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego do współpracy międzysektorowej – to najtrudniejsze wyzwanie, gdyż wymaga od specjalistów i przedstawicieli grona pedagogicznego zmiany myślenia dotyczącego własnej roli i zadań w procesie wsparcia ucznia-pacjenta. Odejście od pracy indywidualnej na rzecz pracy w sieci i z siecią – niezależnie, czy jest się pracownikiem oświaty, czy też poradni zdrowia psychicznego – wiąże się z dużą zmianą organizacji własnej pracy oraz z koniecznością uwzględnienia w niej często perspektywy specjalisty z innego sektora, a także wymaga poświęcenia czasu na spotkania z przedstawicielami całej sieci i wypracowanie wspólnego celu.

W dużej mierze powodzenie współpracy międzysektorowej zależy od stopnia poradzenia sobie z tymi wyzwaniami, a szczególnie z ostatnim z nich, dotyczącym wiedzy i kompetencji personelu. W tym obszarze dużo zależy

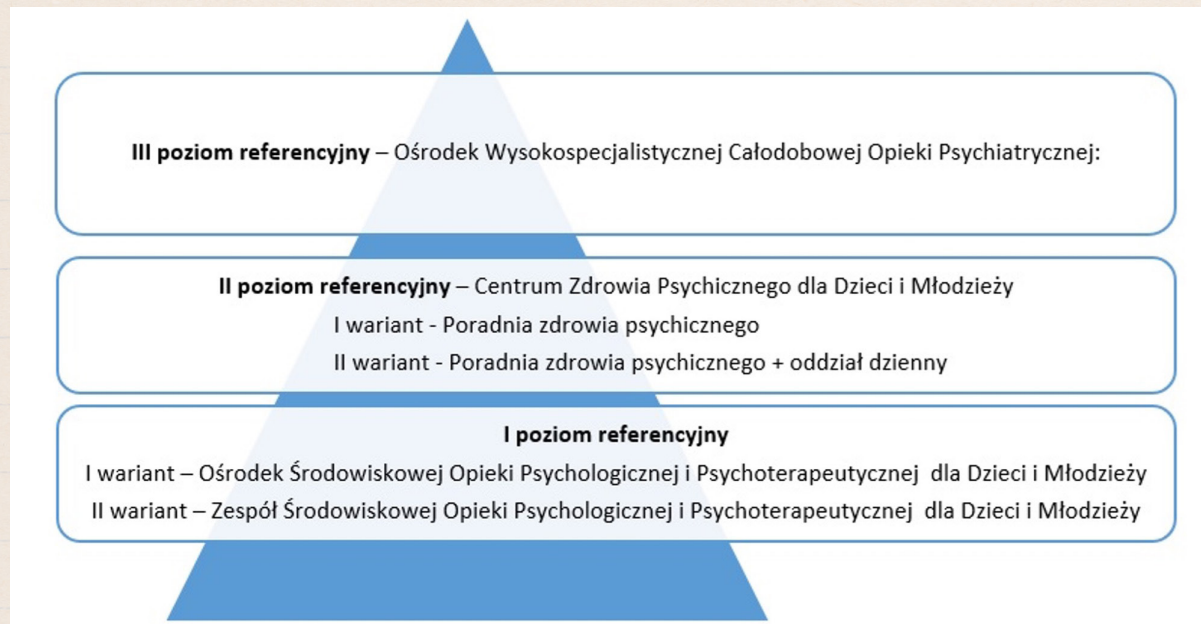


od postawy dyirekcji szkoły, która widząc korzyści dla społeczności szkolnej wynikające ze współpracy z podmiotem leczniczym, podejmie wyzwanie związane z jej wdrożeniem. Ważne będzie wówczas przygotowanie personelu na tę zmianę poprzez zapewnienie odpowiednich szkoleń.

Kluczowi partnerzy we współpracy międzysektorowej, czyli jak zorganizowana jest publiczna ochrona zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

System ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży składa się z trzech poziomów referencyjnych (zob. Rozporządzenie, 2019b).

Rysunek 1. **System trzypoziomowej opieki w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży** (Ministerstwo Zdrowia, 2019)



Aktualna lista ośrodków dostępna jest na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na Indywidualnym Koncie Pacjenta (IKP).



I poziom referencyjny – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży

Głównym celem Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (OŚOPiP) jest udzielanie kompleksowej oraz interdyscyplinarnej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego dzieciom i nastolatkom doświadczającym zaburzeń psychicznych lub będącym w kryzysie psychicznym. Pomoc ta obejmuje także ich rodziców i otoczenie, w tym nauczycieli i innych przedstawicieli szkoły. Zespół składa się z psychologa, w tym psychologa diagnosty, psychoterapeutów i terapeutę środowiskowego dzieci i młodzieży. **Z pomocy oferowanej przez OŚOPiP może skorzystać dziecko od 0 do 21. r.ż., pod warunkiem kontynuowania nauki, które nie wymaga diagnozy i leczenia psychiatrycznego.** Działalność OŚOPiP oparta jest na założeniach psychiatrii środowiskowej i modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (Rowiński i Lenkiewicz, w druku), który łączy w sobie trzy podstawowe funkcje: profilaktykę, leczenie oparte na sieci wsparcia społecznego oraz koordynację międzysektorową. Szczególnie ważna jest współpraca z przedszkolem/szkolą, która jest tak samo istotna, jak współpraca z rodziną w procesie zdrowienia ucznia oraz zapobiegania kolejnym kryzysom psychicznym. Działalność OŚOPiP w zależności od potrzeb obejmuje (Centrum CBT, 2023a):

- diagnozę psychologiczną i wieloaspektową konceptualizację problemu pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem roli przedszkola/szkoły;
- wsparcie i pomoc psychologiczną;
- psychoterapię indywidualną, rodzinną, grupową;
- terapię środowiskową ukierunkowaną na pracę z siecią wsparcia społecznego, w tym z przedszkolem/szkolą;
- wsparcie psychospołeczne przedstawicieli otoczenia pacjenta, w tym nauczycieli i pracowników oświaty;



- profilaktykę ukierunkowaną na potrzeby konkretnego pacjenta lub grupy pacjentów;
- współpracę z przedstawicielami służb obecnych z różnych powodów w życiu pacjenta.

Do OŚOPiP nie jest wymagane skierowanie lekarskie, ale dziecko może zgłosić tylko rodzic / opiekun prawny. Świadczenia udzielane są minimum 5 dni w tygodniu, w tym dwa razy w tygodniu do godziny 20:00. Ośrodki te znajdują się w każdym powiecie. W ramach procesu zdrowienia pacjenta, za jego zgodą, jeśli ma ukończony 16. r.ż., oraz za zgodą jego rodziców / opiekunów prawnych, OŚOPiP zobowiązany jest do organizacji sesji koordynacji mających na celu podjęcie i realizowanie współpracy m.in. z przedstawicielami przedszkola/szkoły oraz do koordynacji działań pomocowych dla ucznia-pacjenta.

Z ramienia OŚOPiP do współpracy międzysektorowej ze szkołą dedykowany jest **terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży**, którego rola została dokładniej opisana w dalszej części niniejszego opracowania.

II poziom referencyjny – Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

W skład Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (CZPDiM) wchodzi poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (PZPDiM) oraz oddział rehabilitacyjny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, oferujący pobyt dzienny wraz z możliwością realizacji obowiązku szkolnego. Centrum udziela interdyscyplinarnej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego dzieciom i młodzieży wymagającym m.in. opieki psychiatrycznej obejmującej postawienie diagnozy lekarskiej lub zastosowanie farmakoterapii, a także ich rodzinom. W sytuacji, gdy uczeń nie powinien być leczony w OŚOPiP ze względu na potrzebę włączenia farmakoterapii lub natężenie zaburzeń, może być skierowany do CZPDiM. **Oferta kierowana jest do dzieci i młodzieży od 0 do 21. r.ż., pod warunkiem uczęszczania do szkoły ponadpodstawowej młodzieży**



pełnoletniej. Zespół PZPDIM składa się z lekarza psychiatry, psychologa diagnosty i psychoterapeutów. Poradnia czynna jest co najmniej 5 dni w tygodniu, w tym dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych.

Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, w zależności od potrzeb, zobowiązana jest do (Centrum CBT, 2023b):

- podejmowania współpracy z OŚOPiP, zwłaszcza w zakresie wsparcia dzieci i młodzieży w procesie diagnozy, oraz z Ośrodkami Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej, które dla PZPDIM stanowią wsparcie w procesie leczenia pacjentów wymagających opieki całodobowej;
- realizowania diagnostycznych, psychiatrycznych porad lekarskich dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, neurorozwojowymi, emocjonalnymi i behawioralnymi oraz prowadzenia opieki psychiatrycznej, w tym farmakoterapii;
- tworzenia wieloaspektowej konceptualizacji problemów pacjenta, w tym diagnozy psychologicznej;
- udzielania wsparcia psychoterapeutycznego indywidualnego, rodzinnego i grupowego;
- wzmacniania sieci wsparcia społecznego;
- podejmowania zindywidualizowanej współpracy ze środowiskiem pacjenta, w tym ze specjalistami przedszkoli/szkół, m.in. w ramach sesji koordynacji.

Do poradni nie jest wymagane skierowanie.

Oddział rehabilitacyjny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży realizuje świadczenia przez co najmniej 3 godziny 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku), oferując oddziaływania terapeutyczne (psychoterapię indywidualną, rodzinną, grupową, terapię zajęciową, wsparcie psychologiczne, społeczność).



Większość oddziałów dziennych w ramach pobytu umożliwia pacjentom realizację obowiązku szkolnego w szkołach funkcjonujących przy oddziale.

Oferta oddziaływań diagnostyczno-psychoterapeutycznych w oddziale adresowana jest do dzieci i młodzieży do 21. r.ż., pod warunkiem uczęszczania do szkoły ponadpodstawowej młodzieży pełnoletniej. **Uczniowie kierowani na oddział dzienny wymagają bardziej intensywnych oddziaływań terapeutycznych prowadzonych w grupie rówieśniczej. Szczególnie ważne jest to dla osób, które z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym przestały realizować lub w bardzo ograniczonym stopniu realizują zadania rozwojowe i obowiązki wynikające z ról społecznych, w tym obowiązek szkolny, m.in. przestały uczęszczać do szkoły lub przebywają na indywidualnym nauczaniu z powodu stanu zdrowia psychicznego.**

Na oddział wymagane jest skierowanie lekarskie.

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży swoim wsparciem obejmuje kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.

III poziom referencyjny – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej

Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej stanowi wsparcie dla uczniów w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Jest to dopełnienie oferty I i II poziomu referencyjnego. Celem jego funkcjonowania jest świadczenie kompleksowych, całodobowych, interdyscyplinarnych i wysokospecjalistycznych usług diagnostycznych oraz leczniczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 21. r.ż., pod warunkiem uczęszczania do szkoły ponadpodstawowej młodzieży pełnoletniej, z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, neurorozwojowymi i behawioralnymi, którzy wymagają całodobowej opieki psychiatryczno-psychologicznej. Efektem prowadzonych oddziaływań w ramach oddziału ma być poprawa stanu psychicznego oraz



funkcjonowania pacjenta, umożliwiającą kontynuowanie procesu zdrowienia w ośrodkach niższego poziomu referencyjnego.

Konkluzje

W reformie psychiatrii dzieci i młodzieży wdrażanej w Polsce od 2017 r. duży nacisk kładzie się na współpracę międzysektorową, w tym z jednostkami sektora oświaty (przedszkola/szkoły), ponieważ bez współpracy ze środowiskiem przedszkolnym/szkolnym znacząco ograniczone są szanse na skuteczną pomoc dziecku/nastolatki będącemu w kryzysie psychicznym lub doświadczającemu zaburzeń neurorozwojowych czy psychicznych. Na skuteczność udzielanej pomocy wpływ ma również czas podjęcia interwencji od momentu pojawienia się pierwszych symptomów. Im szybciej zauważony jest problem i krótszy jest czas udzielania pomocy, tym lepsze rokowania dla przyszłego zdrowia dziecka/nastolatki. Nadal często w ochronie zdrowia psychicznego specjaliści spotykają się z pacjentami, u których trudności psychiczne narastały tygodniami i miesiącami, aż doszło do wypadnięcia przez dziecko/nastolatka z pełnionych ról społecznych.

W sektorze zdrowia psychicznego szczególnie do współpracy międzysektorowej dedykowany jest OŚOPiP (I poziom referencyjny), ponieważ jego głównym celem jest udzielanie wsparcia jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, przy wykorzystaniu zasobów społeczności lokalnej. W skład zespołu OŚOPiP wchodzi specjalista terapii środowiskowej dzieci i młodzieży, którego praca nakierowana jest na środowisko pacjenta, budowanie sieci wsparcia wokół niego i koordynację działań międzysektorowych. Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) oraz Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (III poziom



referencyjny) w mniejszym stopniu współpracują ze środowiskiem pacjenta, aczkolwiek powinny uwzględniać tkwiące w nim zasoby oraz – jeśli wymaga tego proces leczenia pacjenta – skoordynować swoje działania z instytucjami innych sektorów.

Korzyści dla przedszkola/szkoły wynikające z faktu koordynacji

międzysektorowej z ośrodkami sektora zdrowia psychicznego są następujące:

- dla uczniów – zwiększony dostęp do specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej;
- możliwość szybkiego podejmowania interwencji nakierowanych na zdrowie psychiczne w sytuacji kryzysu, co przekłada się na poprawę wyników uczniów w edukacji;
- lepsza współpraca na linii nauczyciel–uczeń poprzez poprawę komfortu pracy nauczycieli w sytuacji współpracy z dzieckiem/nastolatkiem będącym w kryzysie psychicznym;
- zbudowanie sieci wsparcia wokół ucznia z problemami i jego rodziny oraz wokół nauczyciela i innych pracowników szkoły, którzy współpracują z tym uczniem;
- poprawa współpracy na linii szkoła–rodzina.

Współpraca międzysektorowa niesie za sobą również wyzwania. Najważniejsze to:

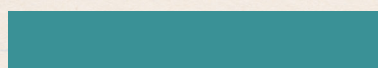
- ochrona danych osobowych, w tym szczególnie wrażliwych;
- brak zasobów kadrowych;
- komunikacja i koordynacja działań w ramach współpracy instytucjonalnej.

Biorąc pod uwagę korzyści wynikające z wdrażania współpracy

międzysektorowej dla szkoły i jej dyrekcji, należy stwierdzić, że warto ją podjąć pomimo wyzwań, z którymi przyjdzie się zmierzyć.



3



**Jak wdrożyć
współpracę
międzysektorową
pomiędzy podmiotem
oświaty a podmiotem
leczniczym w ochronie
zdrowia psychicznego?**

W literaturze przedmiotu można znaleźć trzy modele współpracy międzysektorowej sektora oświaty z sektorem ochrony zdrowia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego:

- model Usług Zdrowia Psychicznego w Szkole (SBMHS – *School-Based Mental Health Services*);
- model Usług Powiązanych ze Społecznością (*Community-Linked Services*);
- Wielopoziomowy System Wsparcia (MTSS – *Multi-Tiered System of Supports*).

W zależności od sytuacji i zasobów dyrektor podmiotu oświaty może wybrać jeden z tych modeli.

Model Usług Zdrowia Psychicznego w Szkole

W modelu Usług Zdrowia Psychicznego w Szkole specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym osadzeni są w szkolnym środowisku, gdzie oferują doradztwo indywidualne, grupowe, badania przesiewowe i interwencje kryzysowe na terenie szkoły. Głównym celem takiej formy współpracy międzysektorowej jest zwiększenie dostępności usług w zakresie zdrowia psychicznego, obejmujących wczesną diagnostykę, profilaktykę skierowaną do osób znajdujących się w grupie ryzyka oraz interwencje mające na celu

zatrzymanie eskalacji złego stanu zdrowia ucznia. Model ten obejmuje dowolny program, interwencję lub strategię postępowania stosowaną w środowisku szkolnym, której celem jest wpłynięcie na emocjonalne, behawioralne i/lub społeczne funkcjonowanie ucznia, przy włączeniu jednocześnie jego grupy rówieśniczej i nauczycieli (Richter i in., 2022; Rones i Hoagwood, 2000). Oddziaływania mogą być nakierowane na poprawę ogólnego dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży i/lub mogą być adresowane do konkretnych uczniów będących w grupie ryzyka lub doświadczających kryzysu psychicznego. Programy dotyczące zdrowia psychicznego realizowane w ramach modelu SBMHS zgodnie z literaturą przedmiotu wykazują skuteczność w przypadku emocjonalnych i behawioralnych problemów dzieci i młodzieży (szkoła podstawowa i ponadpodstawowa), szczególnie jeśli obejmują techniki behawioralne, w tym treningi umiejętności społecznych, i dostosowane są do indywidualnych potrzeb ucznia (Arenson i in., 2019; Caldwell i in., 2019; Hoagwood i Erwin, 1997; Mohamed i in., 2018; Rones i Hoagwood, 2000; Sanchez i in., 2018).

Wdrożenie w szkole modelu SBMHS ułatwia dzieciom i młodzieży dostęp do usług w zakresie zdrowia psychicznego. Szczególnie dotyczy to szkół, które nie mają możliwości nawiązania współpracy z placówkami zdrowia psychicznego lub ich uczniowie pochodzą z terenów wiejskich i mają trudność z regularnym, cotygodniowym dojazdem do specjalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Ponadto możliwość otrzymania pomocy w szkole przez ucznia będącego w kryzysie psychicznym zmniejsza jego stygmatyzację. Zaletą tego rozwiązania dla dyrekcji szkoły jest bez wątpienia łatwość koordynacji, ponieważ przedstawiciele sektora opieki zdrowia psychicznego są pracownikami szkoły. Ograniczeniem natomiast jest konieczność posiadania dodatkowych środków na zatrudnienie specjalistów i specjalistyczne szkolenia dla całej kadry pedagogicznej.



Model Usług Powiązanych ze Społecznością

Model Usług Powiązanych ze Społecznością zakłada bliską współpracę m.in. pomiędzy szkołami a lokalnymi poradniami zdrowia psychicznego w celu zapewnienia kompleksowego wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, uwzględniającego zasoby tkwiące w środowisku.

Polskim przykładem tego modelu Usług Powiązanych ze Społecznością jest model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (Rowiński i Lenkiewicz, w druku). Kluczowe jest zarządzanie procesem zdrowienia, z uwzględnieniem roli specjalistów z różnych sektorów oraz z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnej. Jest to możliwe tylko poprzez współpracę międzysektorową, obejmującą jednostki systemu oświaty, podmioty opieki społecznej i pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowych i placówki wsparcia dziennego. W tym modelu dużą wagę przywiązuje się do roli przedszkola/szkoły w procesie diagnozy i zdrowienia pacjenta, stawia się ją bowiem na równi z rolą specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego.

Koordinacja z jednostkami systemu oświaty przebiega na poziomie indywidualnym – ucznia z trudnościami psychicznymi. Powinna ona uwzględniać specyfikę pracy danej jednostki systemu oświaty, regulacje prawne oraz lokalne możliwości w dostępie do specjalistów (zasobów). W ramach współpracy podmiot sektora ochrony zdrowia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego powinien w ramach wspierania specjalistów z obu sektorów uwzględnić w swojej ofercie: cykliczne spotkania ze specjalistami przedszkoli/szkół mające na celu wymianę wiedzy i doświadczenia; wykłady oraz warsztaty dla kadry pedagogicznej poszczególnych instytucji na temat mechanizmów zaburzeń wieku rozwojowego i roli przedszkoli/szkół w procesie zdrowienia ucznia; indywidualne konsultacje dla pracowników instytucji oświatowych.



Za koordynację międzysektorową po stronie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży odpowiada specjalista pełniący funkcję koordynatora pacjenta (*case manager*). Jest to osoba odpowiedzialna za diagnozę i konceptualizację trudności, z którymi zgłosiła się rodzina, opracowanie Indywidualnego Planu Zdrowienia oraz organizację zespołu leczącego, który może składać się ze specjalistów Centrum oraz specjalistów z innych instytucji uczestniczących w życiu rodziny.

Przed rozpoczęciem współpracy międzysektorowej ważne jest uzgodnienie pomiędzy podmiotami z danego powiatu / miasta / dużej gminy sposobu koordynacji i komunikacji. Może w tym pomóc powołanie zespołu odpowiedzialnego za przygotowanie i monitoring współpracy instytucji udzielających pomocy. Współpraca ta będzie miała różne odcienie, ale powinna być monitorowana przez decydentów z sektorów zdrowia, oświaty i pomocy społecznej. Najważniejszym celem jest określenie ram dla pracy specjalistów już na poziomie konkretnego wsparcia dla rodziny i dziecka będących w kryzysie psychicznym. Członkowie zespołu – powołani z każdego podmiotu lub niezależnie, np. przez jednostki samorządu terytorialnego – są odpowiedzialni zarówno za sformalizowanie współpracy pomiędzy instytucjami, jak i za budowanie przestrzeni kooperacji opartej na wzajemnym zaufaniu i szacunku. Główne zadania zespołu zgodnie z modelem są następujące:

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



W ramach koordynacji Indywidualnego Planu Zdrowienia ucznia model przewiduje następujące formy oddziaływań:

■ przedszkole:

- grupy wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi,
- superwizje merytoryczne dla kadry,
- obserwacja dziecka w grupie rówieśniczej w ramach diagnozy przeprowadzanej w podmiocie medycznym, po wcześniejszym uzyskaniu zgody rodziców / opiekunów prawnych,
- wspólne uzgodnienie z rodzicami / opiekunami prawnymi, wychowawcą i specjalistą podmiotu medycznego oddziaływań terapeutycznych podejmowanych na terenie przedszkola i/lub w grupie przedszkolnej,
- w ramach procesu leczenia psychoedukacja rodziców i/lub wsparcie specjalistów z przedszkola w trudnych sytuacjach wychowawczych;

■ szkoła podstawowa:

- współpraca ze specjalistami szkoły na etapie diagnozy i konceptualizacji, a także w procesie terapii,
- uzgodnienie z rodziną oraz ze specjalistami i nauczycielami celu terapeutycznego, a także Indywidualnego Planu Zdrowienia, uwzględniającego – w przypadku dzieci/uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – program edukacyjno-terapeutyczny,
- włączenie grupy rówieśniczej na poziomie klasy w oddziaływanie w ramach terapii środowiskowej dzieci i młodzieży,
- włączenie specjalistów pracujących w szkole w środowiskowe oddziaływania terapeutyczne,



- uczestniczenie przedstawicieli szkoły (m.in. nauczycieli, wychowawcy, psychologa, pedagoga) pracujących z dzieckiem będącym w kryzysie psychicznym w spotkaniach sieci wsparcia prowadzonych metodą dialogu antycypacyjnego,
- przyjęcie dziecka na oddział dzienny z realizacją obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki w ramach terapii, włącznie z przygotowaniem społeczności szkolnej na przyjęcie dziecka po wypisie z oddziału dziennego,
- w przypadku hospitalizacji ucznia – wsparcie szkoły w przygotowaniu klasy na jego powrót lub praca z nową klasą przy zmianie szkoły,
- prowadzenie zajęć z promocji zdrowia psychicznego co najmniej w klasach VI–VIII szkoły podstawowej lub wsparcie specjalistów pracujących w szkole w przygotowaniu i przeprowadzeniu takich zajęć,
- psychoedukacja dla rodziców w zakresie najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego i rozpoznawania ich symptomów;
- szkoła ponadpodstawowa:
 - prowadzenie zajęć z promocji zdrowia psychicznego dla uczniów i ich rodziców lub wsparcie specjalistów pracujących w szkole w przygotowaniu i przeprowadzeniu takich zajęć,
 - psychoedukacja rodziców w zakresie najczęstszych zaburzeń wieku dorastania,
 - przyjęcie na oddział dzienny z realizacją obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki w ramach terapii, włącznie z przygotowaniem szkoły na przyjęcie dziecka po wypisie z oddziału dziennego,



- w przypadku hospitalizacji ucznia – wsparcie wychowawcy i psychologa/pedagoga w przygotowaniu klasy na jego powrót lub praca z nową klasą przy zmianie szkoły,
- uczestniczenie przedstawicieli szkoły pracujących z dzieckiem będącym w kryzysie psychicznym w spotkaniach sieci wsparcia prowadzonych metodą dialogu antycypacyjnego,
- szkolenie specjalistów edukacji w zakresie tworzenia sieci *peer support* na terenie szkoły,
- psychoedukacja dla sieci *peer support* prowadzonej przez terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży.

Wdrożenie modelu Usług Powiązanych ze Społecznością zapewnia stworzenie sieci wspólnie działających instytucji i podmiotów. W ramach tej sieci dziecko w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz jego rodzice / opiekunowie prawni mogą otrzymać kompleksową i skoordynowaną pomoc jak najbliżej miejsca zamieszkania. Pomoc ta powinna uwzględniać potrzeby i zasoby tkwiące w ich najbliższym otoczeniu, zapewniając im wsparcie dłużej niż tylko na czas trwania procesu leczenia. Ponadto model ten niesie za sobą korzyści dla członków personelu pracującego w skoordynowanych podmiotach, którzy dzięki sieci współpracy mogą uzyskać wsparcie w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z pracy z dzieckiem/nastolatkiem będącym w kryzysie psychicznym. Wyzwaniem pozostaje natomiast koordynacja działań wielu podmiotów działających w różnych sektorach oraz potencjalne problemy z komunikacją między specjalistami.



Wielopoziomowy System Wsparcia

Wielopoziomowy System Wsparcia to model świadczenia usług wspierających naukę wszystkich uczniów poprzez zaspokojenie ich wyjątkowych potrzeb (Stoiber, 2014), w tym społeczno-emocjonalnych, behawioralnych i edukacyjnych. Kładzie się tu nacisk na szkołę jako cały system, obejmujący m.in.: nauczycieli, pracowników administracyjnych, psychologów i pedagogów, uczniów. System opiera się na pięciu podstawowych zasadach (Harlacher i in., 2014):

- Wszyscy uczniowie, niezależnie od swoich deficytów, są w stanie sprostać oczekiwaniom na poziomie klasy, jeśli otrzymają odpowiednie wsparcie.
- Konieczne jest prowadzenie badań przesiewowych, na podstawie których określa się potrzeby uczniów oraz monitoruje skuteczność podjętych działań.
- Jako interwencje wdrażane są tylko naukowo potwierdzone metody.
- Decyzje dotyczące konkretnego ucznia i wdrażanych interwencji podejmowane są na podstawie obiektywnych danych.
- Plan oddziaływań musi być dostosowany do indywidualnych potrzeb dziecka.

Udzielanie wsparcia w ramach MTSS oparte jest na trzech poziomach.

Na każdym z nich dostępne są różne rodzaje usług i wsparcia, przy czym zwiększana jest ich intensywność w zależności od poziomu.

Poziom pierwszy wykorzystuje praktyki i instrukcje oparte na dowodach naukowych, aby zaspokoić potrzeby 80–90% uczniów (Stoiber, 2014).

Interwencje z obszaru zdrowia psychicznego w głównej mierze związane są z działaniami profilaktycznymi, które obejmują programy nakierowane na rozwój umiejętności społeczno-emocjonalnych, w tym umiejętności rozwiązywania problemów, oraz na zmianę zachowania. Oddziaływania mają przede wszystkim formułę grupową.



Poziom drugi wsparcia jest wdrażany, gdy uczniowie po otrzymaniu wsparcia z poziomu pierwszego nadal wykazują trudności. Adresowany jest on z reguły do 10–15% społeczności uczniowskiej (Stoiber, 2014). W obszarze zdrowia psychicznego podejmowane interwencje obejmują: programy mentorskie, treningi umiejętności społecznej oraz interwencje behawioralno-poznawcze. Oddziaływania na tym poziomie powinny trwać średnio od 6 do 10 tygodni, ale nie dłużej niż 20 tygodni (Denton, 2012; Wexler, 2018). Jeśli uczniowie nie robią postępów, to włączane są oddziaływania z kolejnego poziomu.

Wsparcie w ramach **poziomu trzeciego** jest najbardziej intensywne, trwa bowiem ponad 20 tygodni. Dotyczy ono około 1–5% populacji uczniów (Stoiber, 2014). Na tym poziomie najczęściej konieczne jest zaangażowanie w pomoc dziecku/nastolatki specjalistów zewnętrznych z sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego.

Szkoła w ramach MTSS zobowiązana jest do prowadzenia badań przesiewowych i do określania na ich podstawie indywidualnych potrzeb uczniów. W tym celu powinien zostać powołany zespół zajmujący się analizą i monitorowaniem badań oraz realizacją zdiagnozowanych potrzeb uczniów.

Kluczowym elementem MTSS jest rozwiązywanie problemów na podstawie danych i przy współpracy całego grona pedagogicznego. W procesie poszukiwania rozwiązania odpowiada się na cztery podstawowe pytania:

- Na czym polega problem?
- Dlaczego tak się dzieje?
- Co można zrobić?
- Czy to, co zrobiliśmy, przyniosło efekty, zadziałało?

Proces ten można zastosować na poziomach: indywidualnym, klasowym i ogólnoszkolnym. Warto podkreślić, że MTSS pierwotnie został opracowany



dla uczniów z deficytami w obszarze edukacji, ale coraz częściej wdrażany jest też w ramach zdrowia psychicznego.

Korzyścią dla szkoły wynikającą z wdrożenia trójpoziomowego programu interwencji opartego na metodach udowodnionych naukowo jest podejmowanie interwencji adekwatnych do poziomu nasilenia trudności u uczniów oraz poprawa komfortu i jakości pracy nauczycieli. Interwencje z poziomu pierwszego, skierowane do całej społeczności szkolnej, pozytywnie wpływają na niwelowanie trudności przejawiających się w zachowaniu dzieci i młodzieży, a gronu pedagogicznemu dają poczucie wpływu na sytuację. Realizowanie MTSS umożliwia zidentyfikowanie dostępnych zasobów w społeczności szkolnej i zwiększa dostępność dla uczniów usług świadczonych w szkole. Nie wyklucza to jednak współpracy ze specjalistami zewnętrznymi. Szczególnie przy nasilonych trudnościach wymagających zintensyfikowania oddziaływań konieczna może być współpraca ze specjalistami z sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego, która obejmuje oddziaływania zarówno na terenie szkoły, jak i poza nią. Koordynacja międzysektorowa tych usług i zasobów może zaspokoić dodatkowe potrzeby dziecka/nastolatka i ich rodzin. Ponadto wdrożenie w szkole MTSS poprawia współpracę pomiędzy członkami grona pedagogicznego a rodzicami / opiekunami prawnymi, co ma pozytywny wpływ na osiągnięcia szkolne dzieci/nastolatków (Christenson, 2004). Kompleksowe szkolne programy przygotowane w ramach wielopoziomowego wsparcia uczniów zapewniają szeroki zakres usług profilaktycznych i interwencyjnych, przygotowanych na podstawie zdiagnozowanych potrzeb uczniów. Wyzwania, przed którymi stanie dyrekcja szkoły pragnąca wdrożyć MTSS, to zintegrowana strategia uwzględniająca zasoby szkoły oraz znajdujące się w jej otoczeniu, a także konieczność zaangażowania całego personelu szkoły.



Co jest istotne w koordynacji międzysektorowej?

O konieczności współpracy międzysektorowej coraz częściej mówi się w przestrzeni publicznej. Nikt nie ma wątpliwości co do jej konieczności i korzyści z niej wynikających. Pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia, co należy uwzględnić we współpracy międzysektorowej, żeby była ona skuteczna, niezależnie od wybranego jej modelu.

Strategia skutecznej współpracy międzysektorowej na linii oświata – ochrona zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego powinna opierać się na czterech filarach:

- Formalne partnerstwo.
- Szkolenia i rozwój zawodowy.
- Regularna komunikacja.
- Zaangażowanie rodziców i lokalnej społeczności w działania na rzecz zdrowia psychicznego.

Formalne partnerstwo we współpracy międzysektorowej

Wszystkie opisane wyżej modele współpracy międzysektorowej na linii szkoła – zdrowie psychiczne uwzględniają współpracę ze specjalistami zewnętrznymi z sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego. Współpraca ta powinna być sformalizowana w postaci podpisanych porozumień, określających zasady współpracy i wymiany informacji między instytucjami oraz między specjalistami. Ważne jest, żeby porozumienie o współpracy, zgodnie z przyjętym modelem koordynacji, określało:

- obszary, w których współpraca będzie obowiązywała;
- osoby upoważnione do kontaktu;
- zobowiązania instytucji wobec siebie nawzajem;
- sposób wymiany informacji i danych wrażliwych;
- sposób przetwarzania danych osobowych zgodnie z RODO;



- warunki ewentualnego zakończenia współpracy;
- datę, od kiedy dane porozumienie wchodzi w życie.

Przykładowy wzór porozumienia, przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia dla OŚOPiP, został zamieszczony w aneksie.

Koordinację międzysektorową warto rozpocząć od mapowania zasobów w powiecie i nawiązania formalnej współpracy z instytucjami z otoczenia w celu ułatwienia tworzenia współpracy pomiędzy specjalistami. Zadaniem dyrektora szkoły w tym zakresie jest wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za mapowanie zasobów i nawiązanie formalnej współpracy z podmiotami medycznymi zlokalizowanymi najbliżej szkoły. To ważne, żeby specjaliści, w tym terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży, mogli dojechać do przedszkola/szkoły w celu realizacji współpracy jednostkowej.

Szkolenia i rozwój zawodowy

Jednym z wyzwań koordynacji międzysektorowej jest brak odpowiednio przeszkolonego personelu, którego wiedza i kompetencje pozwalają na podjęcie interwencji terapeutycznych na początku rozwijającego się kryzysu psychicznego lub działań o charakterze profilaktycznym skierowanych do całej populacji uczniowskiej.

W sytuacji realizacji koordynacji międzysektorowej w modelu Usług Zdrowia Psychicznego w Szkole ważne jest, żeby osoby zatrudnione na stanowisku psychologa/psychoterapeuty posiadały:

- wiedzę dotyczącą psychopatologii wieku rozwojowego i zaburzeń neurorozwojowych;
- wiedzę dotyczącą zasad pomocy psychologicznej i interwencji kryzysowej;
- wiedzę z zakresu podstawowych technik behawioralnych stosowanych w pracy z dziećmi i młodzieżą, w tym takich jak: trening umiejętności



społecznych, trening zastępowania agresji, *solving problem* (rozwiązywanie problemu);

- doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą w formie spotkań zarówno indywidualnych, jak i grupowych.

W sytuacji realizacji koordynacji międzysektorowej w modelu Usług Powiązanych ze Społecznością specjaliści zdrowia psychicznego zatrudnieni w szkole realizującej współpracę międzysektorową powinni posiadać wiedzę z zakresu:

- psychopatologii wieku rozwojowego i zaburzeń neurorozwojowych, ze szczególnym uwzględnieniem pierwszych sygnałów rozpoczynającego się kryzysu psychicznego;
- zaleceń głównych towarzystw psychologicznych i psychoterapeutycznych dotyczących postępowania w poszczególnych zaburzeniach psychicznych;
- podstawowych technik pomocy psychologicznej i interwencji kryzysowych;
- profilaktyki zaburzeń psychicznych.

W sytuacji realizacji koordynacji międzysektorowej w Wielopoziomowym Systemie Wsparcia konieczne jest zatrudnienie psychologów/pedagogów, którzy:

- posiadają wiedzę dotyczącą psychopatologii wieku rozwojowego i zaleceń dotyczących postępowania w poszczególnych zaburzeniach psychicznych;
- posiadają podstawową wiedzę z zakresu diagnozy psychologicznej i potrafią korzystać z narzędzi do badań przesiewowych;
- potrafią ocenić nasilenie objawów i pilność podjęcia interwencji terapeutycznych;
- posiadają wiedzę i doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą doświadczającymi kryzysu psychicznego oraz ich najbliższymi;
- mają doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą będącymi w kryzysie psychicznym w formule spotkań indywidualnych i grupowych;
- znają programy profilaktyczne z obszaru zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.



Istotne jest, żeby specjaliści z sektora oświaty korzystali również ze szkoleń wspólnych ze specjalistami z sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego, co będzie służyło zbudowaniu wspólnego obszaru pojęciowego i konstruktu teoretycznego w kontekście współpracy międzysektorowej oraz przyczyni się do lepszego zrozumienia wzajemnych potrzeb i metod pracy.

Ponadto jedną z kluczowych kwestii przy wdrażaniu współpracy międzysektorowej jest przygotowanie do niej personelu. W zależności od wybranego modelu przygotowanie to będzie wymagało większego lub mniejszego wsparcia szkoleniowego, które nie tylko będzie dotyczyło samej idei współpracy międzysektorowej, lecz przede wszystkim będzie odpowiedzią na luki kompetencyjne personelu rozpoczynającego jego realizację.

Regularna komunikacja

Wydaje się, że stwierdzenie, iż dobra komunikacja jest miarą sukcesu, to truizm. Wiele dobrych przedsięwzięć zakończyło się jednak porażką spowodowaną problemami właśnie na poziomie komunikacji.

Przy podejmowaniu współpracy międzysektorowej ważne jest, żeby już na etapie zawierania formalnego partnerstwa ustalić ogólne zasady regularnych spotkań przedstawicieli współpracujących instytucji w celu ułatwienia wymiany informacji i wspólnego podejmowania decyzji, a także możliwe kanały informatyczne.

Kluczowe na początku współpracy są ustalenia dotyczące częstotliwości spotkań, ich uczestników i ich formy. Spotkania na początku współpracy z reguły odbywają się częściej – do momentu wypracowania wszystkich procedur i zasad regulujących współpracę. Później wystarczy raz na kwartał lub rzadziej. Istotne jest, żeby uczestnicy spotkań, szczególnie tych początkowych, byli osobami decyzyjnymi oraz gotowymi do przyjmowania nie zawsze pozytywnych informacji zwrotnych, a także nastawionymi na szukanie rozwiązań.



Na początkowym etapie warto ustalić sposób przekazywania sobie informacji o uczniu-pacjencie, który minimalizuje ryzyko ujawnienia ich osobom nieupoważnionym. Ustalając zakres wymiany informacji pomiędzy specjalistami, należy pamiętać o wymogach związanych z tajemnicą zawodową obowiązującą specjalistów sektora ochrony zdrowia. **Ważne jest, aby pozyskać świadomą zgodę rodziców / opiekunów prawnych i nastolatka, który ukończył 16. r.ż., na wymianę informacji o nim pomiędzy specjalistami różnych instytucji.**

Zaangażowanie rodziców i lokalnej społeczności w działania na rzecz zdrowia psychicznego

Nie można zapominać, że w skład społeczności szkolnej – oprócz nauczycieli, pracowników administracji, psychologów/pedagogów, uczniów – wchodzi też rodzice / opiekunowie prawni, dlatego wszelkie działania podejmowane na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży muszą ich nie tylko uwzględniać, lecz także angażować. Zgodnie z modelem Usług Powiązanych ze Społecznością ważne jest budowanie sieci wsparcia wokół ucznia-pacjenta z uwzględnieniem przedstawicieli innych instytucji obecnych w życiu rodziny. W celu zwiększania dostępności usług terapeutycznych dla dzieci i nastolatków będących w kryzysie psychicznym warto również nawiązać współpracę z organizacjami pozarządowymi (NGOs), świetlicami socjoterapeutycznymi, domami kultury lub innymi instytucjami świadczącymi bezpłatne usługi na rzecz dzieci/młodzieży i rodzin.

W przypadku gotowości ze strony szkoły do współpracy międzysektorowej rozszerzonej o instytucje z innych sektorów niż zdrowie psychiczne warto skorzystać z narzędzi, które posiadają jednostki samorządu terytorialnego (miasta, powiaty, gminy), gdyż w większości przypadków są one organami prowadzącymi dla wielu podmiotów. Taki networking jest możliwy



w aktualnym stanie prawnym. Należy podkreślić, że włączenie rodziców / opiekunów prawnych w każdą formę oddziaływań – czy to po stronie szkoły, czy też po stronie podmiotu medycznego – zwiększa prawdopodobieństwo skuteczności podjętych działań.

Jakie narzędzia ułatwiające współpracę międzysektorową są już dostępne?

W ramach projektu Ministerstwa Edukacji Narodowej, Instytutu Badań Edukacyjnych i UNICEF-u „Szkoła dostępna dla wszystkich” (*Accessible School for All*) opracowano pięć procedur uwzględniających postępowanie nauczycieli i specjalistów w przypadku uczniów:

- doświadczających silnego lęku (autorka – Karolina Łobodda);
- przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym (autorka – Monika Wrzosek);
- którzy doświadczyli traumy, w tym traumy wojny (autorka – Magdalena Pach);
- doświadczyli samobójstwa ucznia lub podjętej przez niego próby samobójczej (autorka – Katarzyna Szamburska-Lewandowska);
- samookaleczających się (autorka – Emilia Wojewódka), z uwzględnieniem perspektywy międzysektorowej.

Procedury dostępne są na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej Instytutu Badań Edukacyjnych. Mogą zostać wdrożone w szkole niezależnie od przyjętego modelu współpracy międzysektorowej. Zawierają działania diagnostyczne, interwencyjne, elementy działań profilaktycznych i zasady włączenia specjalistów zewnętrznych z sektora medycznego. W realizacji tych procedur w pierwszej kolejności wykorzystywane są zasoby tkwiące w szkole/przedszkolu.



Zadania dyrekcji szkoły:

- Powołanie zespołu odpowiedzialnego za wdrożenie poszczególnych procedur i nadzór nad ich realizacją, w skład którego wchodzi: dyrektor lub przedstawiciel dyrekcji, psycholog i/lub pedagog szkolny, wychowawcy. Do zadań zespołu należą:
 - wdrożenie poszczególnych procedur;
 - przygotowanie odpowiednich aktów prawnych, jeśli jest taka konieczność;
 - nawiązanie rzeczywistej współpracy z podmiotami medycznymi – I poziom referencyjny;
 - ewaluacja działań podejmowanych w ramach danej procedury i na jej podstawie proponowanie ewentualnych zmian.
- Nadzór nad pracami zespołu.
- Nawiązanie formalnej współpracy międzysektorowej z podmiotami medycznymi, szczególnie z podmiotami I poziomu referencyjnego w psychiatrii dzieci.
- Zadbanie o pakiet szkoleń uzupełniający luki kompetencyjne, jeśli takie są, w zespole specjalistów zatrudnionych w szkole.

Procedury odpowiadają na najczęściej występujące w szkołach problemy behawioralno-emocjonalne wśród dzieci i młodzieży, dlatego warto je wdrożyć w każdej szkole. We współpracy międzysektorowej kluczową rolę może odegrać terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży.

Rola terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży

Za koordynację międzysektorową na linii oświata – zdrowie psychiczne z ramienia podmiotu medycznego odpowiada terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży, który jest specjalistą posiadającym kwalifikację (Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji, 2018) do prowadzenia terapii środowiskowej dla dzieci



i młodzieży (Obwieszczenie, 2018). Głównym celem terapii środowiskowej jest kompleksowe wsparcie dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego w ich powrocie do zdrowia lub poprawie dobrostanu ich oraz ich najbliższych w społeczności lokalnej. W swojej pracy wykorzystuje specjalistyczną wiedzę dotyczącą normatywnego rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży, psychopatologii wieku rozwojowego oraz podstawowych technik psychoterapeutycznych, szczególnie w nurcie behawioralno-poznawczym.

Zadania terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży w kontekście współpracy międzysektorowej:

- **Wsparcie procesu diagnostycznego** – praca z pacjentem w OŚOPiP dla dzieci i młodzieży rozpoczyna się każdorazowo od spotkania z psychologiem diagnostą, a tym samym od uruchomienia procesu diagnozy/konceptualizacji, mającego na celu rozpoznanie choroby lub opisanie i wyjaśnienie problemów, z którymi zgłosiła się rodzina. W celu pełnego zrozumienia zgłaszanych trudności należy uwzględnić na etapie diagnozy funkcjonowanie dziecka w co najmniej trzech środowiskach: rodzinnym, przedszkolnym/szkolnym i rówieśniczym. Psycholog diagnosta zawsze poznaje dziecko i rodzinę będącą już w kryzysie. Jest w stanie bardzo dobrze opisać ich funkcjonowanie w momencie zgłoszenia, ale nie posiada wiedzy, jak pacjent i jego bliscy funkcjonowali wcześniej. Tę wiedzę z reguły posiadają nauczyciele, pedagog szkolny lub psycholog, którzy widzą dziecko codziennie i bardzo często jako pierwsi zauważyli zmiany u niego. Zdarza się nawet, że znają rodziców z czasów, kiedy oni sami byli uczniami. Wiedza ta dla psychologa diagnosty jest nieoceniona, stąd też zadaniem terapeuty środowiskowego jest zebranie informacji o pacjencie od przedstawicieli przedszkola/szkoły (oczywiście za zgodą rodziców / opiekunów prawnych i samego pacjenta, jeśli ukończył 16. r.ż.). Czasami w procesie diagnozy ważna jest obserwacja



dziecka w jego naturalnym środowisku, dlatego kolejnym zadaniem terapeuty środowiskowego jest – za zgodą zainteresowanych stron – zorganizowanie takiej obserwacji na terenie przedszkola/szkoły. Sytuacja w gabinecie psychologa jest dla dziecka sztuczna, więc zdarza się, że trudno jest zaobserwować problemowe zachowania, które doskonale widać w grupie rówieśników lub w miejscu, które jest mu bardzo dobrze znane i w którym czuje się bezpiecznie. Ponadto nauczyciele bardzo często jako pierwsi zauważają problemy ucznia. Ścisła współpraca z terapeutą środowiskowym daje im możliwość przekierowania dziecka i jego rodziny do ośrodka, który już znają i gdzie mają gwarancję, że zostaną zaproszeni do współdziałania na rzecz swojego wychowanka. W ramach współpracy terapeuta środowiskowy może również stanowić wsparcie dla nauczycieli oraz pomoc dla grona pedagogicznego we wspieraniu i podejmowaniu szybkich interwencji wobec ucznia będącego w kryzysie psychicznym.

- **Wsparcie procesu psychoterapeutycznego** – po zakończeniu procesu diagnostycznego w porozumieniu z rodziną / opiekunami prawnymi i pacjentem ustalane są cele do zrealizowania w ramach Indywidualnego Planu Zdrowienia, które często nie są możliwe do osiągnięcia bez wsparcia ze strony przedstawicieli grona pedagogicznego pracującego na co dzień z dzieckiem/nastolatkiem. Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży współpracuje więc w tym zakresie m.in. z przedstawicielami przedszkola/szkoły, do której uczęszcza uczeń-pacjent. Współdziałanie to może przyjąć formę zajęć warsztatowych w klasie, indywidualnych konsultacji dla kadry pedagogicznej oraz sesji wsparcia psychospołecznego, które mogą być prowadzone metodą dialogu antycypacyjnego. Należy podkreślić, że praca ze środowiskiem szkolnym znacznie przyspiesza proces zdrowienia, ale również jest istotnym



czynnikiem wspierającym grono pedagogiczne, co w konsekwencji zmniejsza koszty psychiczne i społeczne dziecka oraz jego otoczenia.

■ **Budowanie trwałej sieci wsparcia społecznego wokół pacjenta** – cel

ten może zostać zrealizowany wyłącznie poprzez działania podejmowane na rzecz integracji przedstawicieli różnych organizacji, które z jakiegoś powodu uczestniczą w życiu rodziny będącej w kryzysie. Mogą to być: asystent rodziny, kurator, pracownik socjalny, specjaliści z sektora medycznego. Bardzo często jednak ci specjaliści, nawet jeśli wiedzą o swoim istnieniu, nie nawiązują ze sobą współpracy, a tym samym – działając w osamotnieniu oraz nie uwzględniając perspektywy innych – ograniczają zakres oddziaływań swoich interwencji. Poznanie rozumienia problemu z perspektywy przedstawicieli innych sektorów każdorazowo prowadzi do pełniejszego zrozumienia trudności – ich mechanizmów wyzwalających i podtrzymujących. Co więcej, wspólnie łatwiej znaleźć ich rozwiązanie. Współpraca prowadzi do wykorzystywania w realizacji tego samego celu większego wachlarza oddziaływań. Terapeuta środowiskowy koordynuje tę współpracę oraz – jeśli wymaga tego sytuacja – organizuje spotkania specjalistów w celu omówienia bieżącej sytuacji ucznia-pacjenta/podopiecznego.

■ **Wsparcie procesu powrotu ucznia-pacjenta po dłuższej nieobecności**

spowodowanej chorobą – dzieci/nastolatki będący w kryzysie psychicznym lub mający zaburzenia odżywiania, zaburzenia nastroju, w tym po próbach samobójczych, często wypadają ze swoich ról społecznych, w tym z realizacji obowiązku szkolnego. Jest to spowodowane albo „zaleganiem w tóžku” z powodu swojego stanu zdrowia, albo wielotygodniową hospitalizacją na oddziale psychiatrycznym. W tym kontekście każdorazowy powrót do szkoły związany jest z dużym stresem po stronie zarówno ucznia, jak i grona



pedagogicznego oraz rówieśników. Zadaniem terapeuty środowiskowego jest przygotowanie szkoły na powrót ucznia po dłuższej nieobecności poprzez omówienie zaleceń zespołu leczącego po stronie sektora ochrony zdrowia oraz – jeśli jest taka konieczność – wsparcie przedstawicieli szkoły w przygotowaniu działań w pierwszym okresie po powrocie ucznia.

■ **Wsparcie osób z sieci wsparcia społecznego pacjenta** – terapeuta

środowiskowy w ramach wspierania procesu terapeutycznego pacjenta może świadczyć usługi na rzecz przedstawicieli sieci wsparcia, w tym nauczycieli, psychologów, pedagogów, którzy po stronie przedszkola/szkoły są zaangażowani w pracę z pacjentem. Wsparcie to może mieć charakter konsultacji indywidualnych i/lub spotkań grupowych, ale zawsze musi służyć nadrzędnemu celowi, czyli zdrowieniu konkretnego ucznia-pacjenta.

Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży może również być wsparciem przy realizacji wyżej opisanych pięciu procedur.

Świadczenia gwarantowane finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia realizowane we współpracy z podmiotami oświaty

W reformie psychiatrii dzieci i młodzieży wdrażanej od 2017 r. położono duży nacisk na współpracę międzysektorową, w tym w szczególny sposób z przedszkolem/szkołą. W tym celu jako usługi gwarantowane w ramach OŚOPiP (I poziom referencyjny) przewidziane są usługi adresowane m.in. do nauczycieli i innych specjalistów pracujących z dzieckiem/nastolatkiem będącym pacjentem OŚOPiP: sesja koordynacji, wizyta, porada domowa lub środowiskowa, sesja wsparcia psychospołecznego (Rozporządzenie, 2019a).

Sesja koordynacji to spotkanie personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej m.in. z personelem sektora oświaty, którego celem jest



współpraca w ramach Indywidualnego Planu Zdrowienia. Sesja ta może odbyć się w placówce zdrowia lub w innym miejscu, w tym w szkole. Mogą w niej uczestniczyć przedstawiciele innych instytucji zaangażowanych w życie rodziny pacjenta. Odbywa się zawsze za zgodą rodziców / opiekunów prawnych i nastolatka, który ukończył 16. r.ż. Podczas spotkania mogą być omawiane kwestie związane z podejmowanymi działaniami przez poszczególnych specjalistów i/lub ustalenie wspólnego planu działania, gdzie każdy ze specjalistów jest odpowiedzialny za swoją część.

Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – wizyta, porada diagnostyczna, terapeutyczna lub psychologiczna udzielana w miejscu pobytu pacjenta, przy czym może to być jego dom lub przedszkole/szkola. W ramach tej usługi może zostać przeprowadzona ocena postępowania leczenia. Obejmuje również realizację i koordynację zadań zaplanowanych w Indywidualnym Planie Zdrowienia.

Sesja wsparcia psychospołecznego – adresowana m.in. do nauczycieli i innych przedstawicieli sektora oświaty, którzy stanowią oparcie społeczne dla pacjenta. Może odbyć się bez obecności pacjenta lub z jego udziałem. Sesja może być prowadzona metodą dialogu antycypacyjnego, który nie jest oddziaływaniem terapeutycznym, lecz sposobem prowadzenia spotkań sieci wsparcia, który wzmacnia uczestników i pomaga skoordynować działania, dlatego jest to dobre narzędzie do wykorzystania w sytuacji współpracy międzysektorowej wokół trudności dziecka czy nastolatka. Sesję może zainicjować każda ze stron współpracujących ze sobą, w tym: psycholog szkolny, pedagog szkolny, nauczyciel, specjalista z podmiotu medycznego, rodzice / opiekunowie prawni. Sprawdza się w sytuacji, gdy:

- w rozwiązanie trudności ucznia zaangażowanych jest wiele osób/ przedstawicieli wielu organizacji/sektorów i nie jest jasne, co robi każda ze stron;



- jest konflikt pomiędzy szkołą a rodzicami / opiekunami prawnymi na poziomie przypisywania sobie odpowiedzialności za problemy dziecka/ucznia;
- rośnie niepokój o dziecko/ucznia i konieczne jest połączenie sił, by go zmniejszyć, ale z jakiegoś powodu istnieje blokada w koordynacji działań.

Na ogół sesję wsparcia psychospołecznego stosuje się w sytuacji przewlekłego impasu w działaniach pomocowych. Inicjatorem spotkania sieci jest zwykle ktoś, kto się niepokoi o dobrostan dziecka/nastolatka. Najczęściej jest to osoba, która wykorzystwała już wszystkie swoje możliwości pomocy dziecku/nastolatki, ale nie przyniosły one oczekiwanych rezultatów i towarzyszy jej przekonanie, że nie nastąpi zmiana, dopóki nie poprawi się współpraca pomiędzy profesjonalistami i/lub rodziną.

Przed zainicjowaniem spotkania konieczne jest odbycie rozmowy z rodzicami / opiekunami prawnymi. Podyktowane jest to dwoma powodami:

- obowiązkiem uzyskania zgody na kontakt z innymi przedstawicielami, jeśli szkoła nie posiada takiej zgody;
- zaproszeniem rodziny do pracy na rzecz rozwiązania narastającej trudności, szczególnie jeśli dotyczy ona konfliktu na linii szkoła-rodzice.

Konieczne jest również zadbanie o to, by przychodząc na spotkanie, każda ze stron miała poczucie, że nie będzie ono dotyczyło poszukiwania winnego zaistniałej sytuacji, lecz będzie poświęcone szukaniu rozwiązań i opracowaniu planu działania.

Specjalista inicjujący spotkanie dba o zaproszenie na nie innych profesjonalistów zaangażowanych w pracę na rzecz ucznia-pacjenta, natomiast zadaniem rodziców jest zaproszenie na to spotkanie członków sieci osobistej – mogą to być osoby najbliższe lub inne ważne osoby dla rodziny. Ustalenie osób biorących udział w spotkaniu odbywa się z udziałem głównych zainteresowanych.



Spotkanie prowadzone jest zawsze przez dwóch specjalistów, którzy powinni zachować bezstronność. Może być ona zapewniona poprzez:

- zaangażowanie do roli prowadzących osób, które nie miały wcześniej wiedzy o problemie i nie pracowały z dzieckiem;
- powstrzymywanie się przez prowadzących przed dawaniem rad i wyrażaniem własnych opinii;
- zadbanie, żeby wszyscy uczestnicy spotkania zostali wystuchani, tak by każdy mógł wyrazić swoje myśli i uczucia, a proces planowania wspólnych działań mających prowadzić do rozwiązania trudności przebiegał jak najlepiej.

Spotkanie prowadzone metodą dialogu antycypacyjnego przebiega w ustalonym schemacie, który w konsekwencji ma doprowadzić do opracowania planu na wspólne działanie prowadzące do rozwiązania problemu, przełamania impasu w relacji i w konsekwencji obniżenia niepokoju u inicjatora spotkania. Ze spotkania każdy wychodzi z wiedzą, kto i co w najbliższym czasie będzie robił na rzecz zmiany pierwotnej sytuacji. Ważne jest, żeby ustalić również termin kolejnego spotkania, podczas którego omówione będą efekty podjętych działań (Seikkula i Arnkil, 2018).

Sesje wsparcia psychospołecznego mogą też być wykorzystywane przez specjalistów sektora oświaty do omówienia zasad postępowania z uczniem będącym pacjentem OŚOPiP w celu wspierania procesu zdrowienia oraz mogą stanowić przestrzeń do uzyskania wsparcia dla siebie w kontekście pracy z uczniem będącym w kryzysie psychicznym.



Konkluzje

W literaturze przedmiotu opisane zostały trzy modele współpracy międzysektorowej pomiędzy oświatą a ochroną zdrowia psychicznego. Modele te przewidują w różnym stopniu współdzielenie się odpowiedzialnością za zdrowie psychiczne dzieci/młodzieży pomiędzy przedszkolem/szkolą a podmiotami medycznymi. Specjaliści pracujący w oświacie odpowiedzialni są za działania profilaktyczne i podejmowanie interwencji na początku rozwijającego się kryzysu psychicznego. Przedstawiciele zdrowia psychicznego zatrudnieni w przedszkolach/szkolach są odpowiedzialni głównie za: przeprowadzenie badań przesiewowych i ocen behawioralnych, monitorowanie zmian w zachowaniu dziecka/nastolatka, wdrożenie interwencji kryzysowych lub psychoterapeutycznych (raczej behawioralno-poznawczych) oraz przekierowanie ucznia, jeśli jest tak potrzeba, do pracy ze specjalistami zewnętrznymi w sektorze ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego. Nauczyciele natomiast mogą pełnić rolę wspomagającą psychologa/pedagoga, szczególnie we wdrażaniu interwencji behawioralnych w klasie (Reinke i in., 2011).

Pierwszym etapem w procesie wdrażania współpracy międzysektorowej jest przeprowadzenie przez przedstawicieli szkoły mapowania otoczenia, które odpowie na pytanie, jakie są lokalnie dostępne zasoby sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego.

Drugim etapem jest ocena kompetencji swojego zespołu pod kątem podejmowania interwencji terapeutycznych wobec dzieci/nastolatków doświadczających kryzysu psychicznego.

Te dwa etapy determinują rodzaj wdrażanego modelu współpracy międzysektorowej – od modelu, w którym znaczna część odpowiedzialności za zdrowie psychiczne uczniów i podejmowane interwencje spoczywa



na zasobach wewnętrznych szkoły (jest to dobre w sytuacji, kiedy w otoczeniu nie ma podmiotu medycznego świadczącego usługi w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży), po współdzielenie się odpowiedzialnością lub przeniesienie ciężaru odpowiedzialności za zdrowie psychiczne dzieci/nastolatków na sektor ochrony zdrowia.

W obecnym systemie ochrony zdrowia podmioty medyczne są przygotowane do koordynacji międzysektorowej zgodnie z modelem Usług Powiązanych ze Społecznością. W sytuacji, kiedy to podmiot medyczny jest inicjatorem koordynacji międzysektorowej, ważne jest, żeby w ramach współpracy dyrekcja przedszkola/szkoły stworzyła warunki do współpracy pomiędzy przedstawicielami przedszkola/szkoły a specjalistami zewnętrznymi z sektora ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego, szczególnie zaś z terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży, poprzez:

- wyrażenie zgody na wymianę obserwacji i doświadczeń;
- umożliwienie przeprowadzenia obserwacji funkcjonowania ucznia w przedszkolu/szkole przez terapeutę środowiskowego po uzyskaniu uprzednio zgody rodziców / opiekunów prawnych;
- stworzenie przestrzeni do wzajemnego wsparcia między gronem pedagogicznym i terapeutą środowiskowym, a także rodzicami / opiekunami prawnymi;
- wyrażenie zgody na uczestniczenie nauczycieli / psychologów / pedagogów w sesjach wsparcia psychospołecznego organizowanych przez podmiot medyczny na rzecz ucznia-pacjenta.





Zakończenie

Obecnie w przestrzeni publicznej dużo miejsca poświęca się na dyskusję dotyczącą koordynacji współpracy międzysektorowej i jej zalet dla osób, które potrzebują wsparcia udzielanego przez specjalistów z różnych sektorów. Wciąż jednak brakuje podejmowania przez osoby zarządzające instytucjami konkretnych działań na rzecz koordynacji wsparcia na poziomie jednostkowym i tym samym korzystania z zasobów tkwiących w lokalnych społecznościach. Obecnie rodzic potrzebujący pomocy dla swojego dziecka lub nauczyciel widzący potrzebę wsparcia swojego ucznia i jego najbliższych często doświadczają osamotnienia w szukaniu pomocy, są zagubieni w systemie usług publicznych. W konsekwencji pomoc dla dziecka/nastolatka niejednokrotnie przychodzi zbyt późno. Wiele społeczności szkolnych mierzy się z próbami samobójczymi i samobójstwami swoich członków – nie tylko uczniów, lecz także nauczycieli. Stan psychiczny dzieci i nastolatków odbija się na kondycji zdrowia psychicznego nauczycieli, którzy coraz częściej doświadczają wypalenia zawodowego, nadmiernego obciążenia, przepracowania i poczucia osamotnienia (Buchner i in., 2020; Paliga, 2023). Dlatego konieczne jest podjęcie przez dyrekcję przedszkoli/szkół działań na rzecz wdrożenia współpracy międzysektorowej z ochroną zdrowia psychicznego, która jest możliwa w aktualnym stanie prawnym.



W przestrzeni publicznej dostępne są rozwiązania, opisane w niniejszym poradniku, które umożliwiają współpracę międzysektorową. Jedyną barierą powstrzymującą przed wprowadzeniem nowych rozwiązań jest lęk przed zmianą i przyzwyczajenie do „starego”, które jest dobrze znane, ale nie działa.

Pogarszający się stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży prowadzi do wniosku, że ani przedszkole/szkoła, ani sektor ochrony zdrowia nie poradzą sobie z tym problemem samodzielnie. Jedyne, co może przynieść oczekiwany efekt, to połączenie sił w działaniu na rzecz zdrowia psychicznego zarówno ogółu, jak i konkretnej osoby. Szkoła, zaraz po rodzinie, jest miejscem, w którym dziecko/nastolatek spędza najwięcej czasu, dlatego specjaliści w niej pracujący jako pierwsi mogą zauważyć zmiany na poziomie zachowania i uruchomić oddziaływania terapeutyczne nakierowane na powstrzymanie procesu rozwoju kryzysu psychicznego oraz – jeśli jest taka konieczność – przekierować do specjalistów zewnętrznych.

Sygnaty, które zawsze powinny niepokoić:

- Każda zmiana w zachowaniu ucznia – czy to polegająca na powolnym wycofywaniu się z różnych aktywności, czy to przejawiająca się w rozdrażnieniu i wchodzeniu w konflikty.
- Zmiana w stopniach szkolnych – zarówno ich obniżenie, jak i znaczna poprawa, która jest połączona ze zmianą w zachowaniu.
- Opuszczanie lekcji bez usprawiedliwienia przez ucznia, który nigdy wcześniej tego nie robił.
- Chodzenie w bluzkach z długimi rękawami w upały.
- Nagły ubytek lub przyrost masy ciała ucznia.

Współpraca międzysektorowa oświaty z ochroną zdrowia psychicznego przynosi korzyści nie tylko dla ucznia, ale również dla grona pedagogicznego, które otrzymuje wsparcie do walki z problemem.



WAŻNE ROZMOWY O EDUKACJI – prowadząca Kamila Lenkiewicz

Podcast cz. 1 (15 min) „Znaczenie współpracy szkoły z podmiotami medycznymi w obszarze zdrowia psychicznego”. <https://www.youtube.com/watch?v=uFspbjnOSWE&list=PLwhl-IgRGLcqdgG1MUwaaFDCYNDaS-nt2k&index=2>



Podcast cz. 2 (18 min) „Wartość współpracy między szkołą a podmiotem medycznym”. <https://www.youtube.com/watch?v=mD3ExsTjb3M&list=PLwhl-IgRGLcqdgG1MUwaaFDCYNDaS-nt2k&index=3>



Podcast cz. 3 (20 min) „Wdrożenie współpracy między szkołą a podmiotem medycznym”. <https://www.youtube.com/watch?v=ZBncuCSi91I&list=PLwhl-IgRGLcqdgG1MUwaaFDCYNDaS-nt2k&index=4>



W rozmowach bierze udział:

Marta Kobza – trenerka edukacyjna, ekspertka w ogólnopolskich projektach dla nauczycieli i kadr zarządzających oświatą, wieloletnia dyrektorka szkoły. Autorka innowacji, programów i materiałów w zakresie planowania i monitorowania pracy nauczyciela i dyrektora, kształtowania kompetencji kluczowych, pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Współautorka programów, pakietów szkoleń i doradztwa z zakresu edukacji włączającej. Jako ekspertka ds. edukacji włączającej prowadziła konsultacje i superwizje w zakresie wdrażania oceny funkcjonalnej prowadzonej przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Ekspertka merytoryczna w projekcie „Szkoła dostępna dla wszystkich” (*Accessible School for All*) realizowanym przez Instytut Badań Edukacyjnych, UNICEF oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej. Laureatka nagrody Ministra Edukacji Narodowej.





Aneks

**Porozumienie o współpracy pomiędzy placówką systemu oświaty¹
a podmiotem leczniczym²**

zawarte w dniu roku, w/miejscowość/

między:

Szkołą lub placówką.....

reprezentowaną przez Dyrektora.....

i prowadzoną przez organ prowadzący

zwaną dalej „**Szkołą**” lub „**Placówką**”

a

.....

.....

/pełne dane podmiotu/

w imieniu którego działa:

/osoba umocowana do reprezentacji/

zwanym dalej „**Podmiotem leczniczym**”.

Zważywszy, że **Podmiot leczniczy** prowadzi Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia nr..... (zwanej dalej „**Umową**”), w ramach której m.in. świadczy wsparcie i pomoc dla dzieci i młodzieży doświadczających różnego rodzaju trudności (kryzysów) psychicznych bądź narażonych na nie, strony postanowiły zawrzeć niniejsze porozumienie.

1 O której mowa w art. 2 pkt 1–8 i 10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2023, poz. 900).

2 Plik do pobrania: <https://www.gov.pl/attachment/726da1c8-3620-42b7-a32b-890f2f7b86fb>



§ 1

1. Strony zawierają niniejsze Porozumienie w celu umożliwienia uczniom uczęszczającym do Szkoły
..../wychowankom uczęszczającym do Placówki
.....(*niepotrzebne skreślić*), ich rodzicom (opiekunom prawnym) oraz
pracownikom Szkoły lub Placówki korzystania, w ramach realizacji
Porozumienia z usług świadczonych przez Podmiot leczniczy, które są
bezpłatne dla uczestników.
2. Na mocy niniejszego Porozumienia, Szkoła lub Placówka i Podmiot
leczniczy nawiązują współpracę w poniższych obszarach:
 - 1) prowadzenie lub współprowadzenie zajęć oraz warsztatów przez
pracowników Podmiotu leczniczego z zakresu ochrony zdrowia
psychicznego zgodnie z potrzebami uczniów, rodziców (opiekunów
prawnych) i pracowników Szkoły lub Placówki;
 - 2) konsultacje prowadzone przez pracowników Podmiotu leczniczego dla
pracowników Szkoły lub Placówki, w tym nauczycieli i specjalistów,
także z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych;
 - 3) prowadzenie lub współprowadzenie przez pracowników Podmiotu
leczniczego warsztatów umiejętności społecznych, w tym
interpersonalnych, w zakresach wskazanych przez Szkołę lub
Placówkę i w ramach działalności Podmiotu leczniczego;
 - 4) wsparcie Szkoły lub Placówki w rozwiązywaniu trudności uczniów
z obszaru zdrowia psychicznego;
 - 5) delegowanie przez Szkołę lub Placówkę do współpracy z Podmiotem
leczniczym nauczycieli i specjalistów zgodnie z potrzebami uczniów tej
Szkoły lub Placówki i ich rodziców (opiekunów prawnych);
 - 6) współpraca w procesie diagnostycznym uczniów Szkoły lub
wychowanków Placówki pozostających pod opieką Podmiotu
leczniczego, po uzyskaniu zgody rodziców (opiekunów prawnych),



poinformowanych o zakresie udzielanych świadczeń oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, polegająca na np. obserwacji uczniów na lekcjach, wizytach w Szkole lub Placówce, rozmowach telefonicznych, wypełnianiu kwestionariuszy lub ankiet przez nauczycieli i specjalistów Szkoły lub Placówki;

- 7) udział pracowników Szkoły lub Placówki, w szczególności nauczycieli i specjalistów, po uzyskaniu zgody rodziców (opiekunów prawnych), poinformowanych o zakresie udzielanych świadczeń oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, w spotkaniach organizowanych na terenie Szkoły lub Placówki lub Podmiotu leczniczego, na których jest omawiana sytuacja ucznia;
- 8) współpraca Szkoły lub Placówki ze specjalistami z Podmiotu leczniczego dotycząca realizacji planu terapeutycznego (określającego m.in. działania i zakres wsparcia ucznia), po uzyskaniu zgody rodziców (opiekunów prawnych), poinformowanych o zakresie udzielanych świadczeń oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu;
- 9) umożliwienie monitoringu oraz ewaluacji zadań wykonywanych na rzecz ucznia lub wychowanka przez nauczycieli i specjalistów Szkoły lub Placówki po wspólnym przygotowaniu planu działań z uczniem lub wychowankiem oraz jego rodzicami (opiekunami prawnymi);
- 10) wyrażenie ewentualnej zgody na pracę w systemie teleinformatycznym wspierającym współpracę pomiędzy Podmiotem leczniczym i Szkołą lub Placówką (logowanie na konto nauczycieli i specjalistów Szkoły lub Placówki przez przeglądarkę internetową). System spełnia warunki bezpieczeństwa przechowywania danych zgodnie z wymaganiami dla systemów medycznych.

3. Szczegółowy zakres świadczeń realizowanych przez Podmiot leczniczy będzie ustalany na bieżąco w trakcie realizacji Porozumienia.



4. Podmiot leczniczy zapewnia niezbędne materiały do realizacji spotkań, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i procesu diagnostycznego, o którym mowa w ust. 2 pkt 6.
5. W przypadku jakichkolwiek świadczeń na terenie Szkoły lub Placówki, Podmiot leczniczy jest zobowiązany do utrzymania w należyтым stanie technicznym i sanitarnym użytych pomieszczeń, zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami sanitarno-epidemiologicznymi, przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej.

§ 2

1. Osoby odpowiedzialne za kontakt:

- 1) osobą odpowiedzialną za kontakt po stronie Szkoły lub Placówki jest
.....,
telefon:.....,
adres e-mail:.....;
- 2) osobą odpowiedzialną za kontakt po stronie Podmiotu leczniczego jest
.....,
telefon:.....,
adres e-mail:.....

2. W przypadku zmiany osoby odpowiedzialnej za kontakt z Podmiotem leczniczym, wymienionej w ust. 1 pkt 1, Dyrektor Szkoły lub Placówki poinformuje o tym niezwłocznie Podmiot leczniczy i taka zmiana nie stanowi zmiany niniejszego Porozumienia.
3. W przypadku zmiany osoby odpowiedzialnej za kontakt ze Szkołą lub Placówką, wymienionej w ust. 1 pkt 2, kierownik Podmiotu Leczniczego poinformuje o tym niezwłocznie Szkołę lub Placówkę i taka zmiana nie stanowi zmiany niniejszego Porozumienia.



§ 3

Szkoła lub Placówka zobowiązuje się do:

- 1) ustalenia dogodnych terminów spotkań oraz warsztatów dla uczniów lub wychowanków, a także wsparcia w zakresie umawiania konsultacji dla nauczycieli i specjalistów oraz warsztatów dla rodziców (opiekunów prawnych);
- 2) zapewnienia pomieszczeń na warsztaty, konsultacje, porady, wizyty oraz sesje realizowane w ramach Porozumienia na terenie Szkoły lub Placówki;
- 3) udzielania odpowiedzi na pytania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na terenie Szkoły lub Placówki (np. terminu, czasu udzielania świadczeń, osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń), na podstawie art. 192 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020, poz. 1398);
- 4) umieszczenia na stronie internetowej Szkoły lub Placówki oraz na tablicy informacyjnej w Szkole lub Placówce albo przekazania w inny sposób przyjęty w danej Szkole lub Placówce informacji o współpracy z Podmiotem leczniczym.

§ 4

1. Szkoła lub Placówka jest zobowiązana do zebrania i przekazania Podmiotowi leczniczemu wypełnionych formularzy zgód rodziców (opiekunów prawnych) oraz uczniów lub wychowanków powyżej 16 r.ż. na ich udział w realizacji świadczeń określonych w Porozumieniu. Formularze zgód, opracowane i dostarczone przez Podmiot leczniczy, powinny zostać zebrane przed rozpoczęciem świadczeń.
2. W przypadku udostępnienia jakichkolwiek danych osobowych zgodnie z przepisami art. 6 ust. 1 lit. c, d i f oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.



(„RODO”), dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Porozumienia, w formie papierowej oraz przy wykorzystaniu systemów informatycznych, co będzie miało charakter czynności polegających na zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu, opracowywaniu.

3. Podmiot leczniczy zobowiązuje się do zabezpieczenia danych osobowych poprzez podjęcie środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę odpowiednio do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności do zabezpieczenia danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem obowiązujących przepisów oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem, oświadczając, że:

- 1) dokonał wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych tak, by przetwarzanie powierzonych danych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą;
- 2) wdrożył środki na poziomie wymaganym art. 32 RODO oraz zostały one dobrane i są stosowane w oparciu o prowadzoną analizę zagrożeń i ryzyka, w tym w szczególności:
 - zdolność do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania,
 - zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego,
 - regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności środków technicznych i organizacyjnych mających zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania;

4. Podmiot leczniczy zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.



§ 5

1. Podmiot leczniczy zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych ze Szkoły lub Placówki lub współpracujących z nią osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej.
2. Strony zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia, aby środki łączności wykorzystywane do odbioru, przekazywania oraz przechowywania danych osobowych zapewniały zabezpieczenie danych osobowych powierzonych do przetwarzania przed dostępem osób trzecich nieupoważnionych do zapoznania się z ich treścią.

§ 6

1. Niniejsze Porozumienie obowiązuje od dnia zawarcia do dnia r.
2. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszego Porozumienia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 7

1. Stronom przysługuje prawo do wypowiedzenia Porozumienia z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Jeżeli warunki Porozumienia nie zostaną dotrzymane, każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie w terminie krótszym niż określony w ust. 1.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, wypowiedzenie powinno zostać poprzedzone wezwaniem do dotrzymania warunków porozumienia wraz z określeniem terminu na podjęcie przez Stronę, która nie dotrzymała warunków Porozumienia, określonych działań lub złożenie wyjaśnień, nie krótszego niż 5 dni roboczych.
4. Wypowiedzenie Porozumienia sporządza się w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8



W przypadku sporu strony będą starały się rozwiązywać go polubownie,
a w przypadku braku porozumienia do rozpoznania sprawy właściwy będzie sąd
powszechny dla siedziby Szkoły lub Placówki.

§ 9

Porozumienie sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach,
po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Szkoła lub Placówka

.....
Podmiot leczniczy



KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem danych osobowych jest
/NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO/ w
....., ul.,
REGON:, NIP:,
adres e-mail:
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można
skontaktować się przez adres e-mail:
.....
.....
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d oraz f,
oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady
(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego
przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy
95/46/WE (RODO), tj. w celu: realizacji porozumienia pomiędzy Szkołą lub
Placówką a Podmiotem Leczniczym i świadczeń nim objętych, w formie
papierowej oraz przy wykorzystaniu systemów informatycznych, co będzie
miało charakter czynności polegających na zbieraniu, utrwalaniu,
przechowywaniu, opracowywaniu.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione
do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz
podmioty uczestniczące w realizacji porozumienia.
5. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres niezbędny
do wypełnienia celów, dla których zostały one pobrane. Świadczeniobiorca
(jego opiekun prawny) posiada prawo dostępu do treści swoich danych
i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo
do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec
przetwarzania w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność



z prawem przetwarzania. Ma także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO. Podanie danych w zakresie wskazanym jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji świadczeń określonych w porozumieniu.

6. W przypadku pytań lub wątpliwości w zakresie przetwarzania danych osobowych można skontaktować się z administratorem pisemnie lub mailowo (adresy podane w pierwszym akapicie klauzuli informacyjnej).
7. Dane osobowe nie są podstawą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, jak również nie będzie stosowane profilowanie.





Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. APA.
- Arenson, M., Hudson, P. J., Lee, N., Lai, B. (2019). The Evidence on School-Based Health Centers: A Review. *Global Pediatric Health*, 6. <https://doi.org/10.1177/2333794X19828745>
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., Waddell, C. (2022). Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis to Inform Policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of Child Rearing: Problems and Prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.844>
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Buchner, A., Wierzbicka, M., Puciłowska, M., Michorowska, M. (2020). *Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek. Raport z badania*. <https://www.szkolazklasa.org.pl/zdrowie-psychiczne-uczniow-i-uczennic-oczami-nauczycieli-i-nauczycielek-raport-z-badania>



- Caldwell, D. M., Davies, S. R., Hetrick, S. E., Palmer, J. C., Caro, P., López-López, J. A., Gunnell, D., Kidger, J., Thomas, J., French, C., Stockings, E., Campbell, R., Welton, N. J. (2019). School-Based Interventions to Prevent Anxiety and Depression in Children and Young People: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1011–1020.
- Centrum CBT (2023a). *Standardy organizacyjne dla ośrodków I poziomu referencyjnego*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>
- Centrum CBT (2023b). *Standardy organizacyjne dla ośrodków II i III poziomu referencyjnego*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>
- Christenson, S. L. (2004). The Family-School Partnership: An Opportunity to Promote the Learning Competence of All Students. *School Psychology Review*, 33(1), 83–104.
- Ciecuch, J., Strus, W., Ponikiewska, K. (w druku). Czym jest zdrowie psychiczne i jego brak? Propozycja syntetyzującego modelu. W: T. Rowiński (red.), *Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Doświadczenia i rekomendacje*. Wydawnictwo Liberi Libri.
- Denton, C. A. (2012). Response to Intervention for Reading Difficulties in the Primary Grades: Some Answers and Lingering Questions. *Journal of Learning Disabilities*, 45(3), 232–243. <https://doi.org/10.1177/0022219412442155>
- Farmer, E. M., Burns, B. J., Phillips, S. D., Angold, A., Costello, E. J. (2003). Pathways Into and Through Mental Health Services for Children and Adolescents. *Psychiatric Services*, 54(1), 60–66. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.1.60>



- Forster, P. M., Forster, H. I., Evans, M. J., Gidden, M. J., Jones, C. D., Keller, C. A., Lamboll, R. D., Quéré, C. L., Rogelj, J., Rosen, D., Schleussner, C.-F., Richardson, T. B., Smith, C. J., Turnock, S. T. (2020). Current and Future Global Climate Impacts Resulting from COVID-19. *Nature Climate Change*, 10(10), 913–919. <https://doi.org/10.1038/s41558-020-0883-0>
- Gmitrowicz, A., Makara-Studzińska, M., Młodożeniec, A. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., Bunney, W. E. (red.). (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. National Academy Press.
- Grzelak, S., Żyro, D. (2021). *Jak wspierać uczniów po roku epidemii? Wyzwania i rekomendacje z obszaru wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego*. <https://www.gov.pl/attachment/436a7159-9814-4e9c-a578-afd585faf81d>
- Harlacher, J. E., Sakellaris, T. L., Kattleman, N. M. (2014) *Practitioner's Guide to Curriculum-Based Evaluation in Reading*. Springer.
- Hoagwood, K., Erwin, H. D. (1997). Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Children: A 10-Year Research Review. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 435–451. <https://doi.org/10.1023/A:1025045412689>
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2023). *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
- Janas-Kozik, M., Wolańczyk, T. (red.). (2021). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Kluczyńska, S. (2015). Zdrowie psychiczne – wybrane definicje i koncepcje wyjaśniające. W: E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka, *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych* (s. 25–39). Difin.
- Komenda Główna Policji (2023). *Zamachy samobójcze od 2017 roku*. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od--2017-roku.html>



- Kowalewska, A. (2018). Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany.
W: J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC* (s. 129–155). Instytut Matki i Dziecka.
- Lamb, J., Doucet, S., Luke, A. (2021). Interprofessional Collaboration in the Care of Children with Complex Care Needs: The Experiences of Children, Their Families, and the Intersectoral Care Team. *Healthy Populations Journal*, 1(2), 68–78. <https://doi.org/10.15273/hpj.v1i2.10654>
- Lean, D. S., Colucci, V. A. (2010). *Barriers to Learning: The Case for Integrated Mental Health Services in Schools*. R&L Education.
- Lehtinen, V. (2008). *Building Up Good Mental Health: Guidelines Based on Existing Knowledge*. <http://www.scribd.com/doc/8657851/BuildingUp-Good-Mental-Health-Guidelinesbased-on-existing-knowledge>
- Mazur, J., Małkowska-Szkućnik, A. (red.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka.
- Ministerstwo Zdrowia (2019). *Informacja o aktualnym stanie prac nad reformą w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>
- Mohamed, N. E., Sutan, R., Abd Rahim, M. A., Mokhtar, D., Rahman, R., Johani, F., Abd Majid, M. S., Mohd Fauzi, M. F., Azme, M., Mat Saruan, N., Kanabalan, R. D., Abdul Haddi, A. A., Wan Ismail, W. R., Diyana, S., Ramdhan, A. R., Zaidun, Z., Abd Rahman, N. A., Zaki, A. M., Manan, M. F., ... Madrim, M. F. (2018). Systematic Review of School-Based Mental Health Intervention among Primary School Children. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 8(1), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000589>



- Moskalewicz, J., Wciórka, J. (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowania – EZOP II”*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Obwieszczenie (2018). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. w sprawie włączenia kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (M.P. 2018, poz. 1279).
- Paliga, M. (2023). *Raport. Badanie dobrostanu zawodowego nauczycieli*. Librus.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A Meta-Analysis of the Worldwide Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pyżalski, J. (2021). Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(2), 92–115.
- Racine, N., Cooke, J. E., Eirich, R., Korczak, D. J., McArthur, B., Madigan, S. (2020). Child and Adolescent Mental Illness during COVID-19: A Rapid Review. *Psychiatry Research*, 292, 113307. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113307>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., Goel, N. (2011). Supporting Children’s Mental Health in Schools: Teacher Perceptions of Needs, Roles, and Barriers. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/a0022714>
- Remberk, B. (red.). (2020). *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.



- Richter, A., Sjunnestrand, M., Romare Strandh, M., Hasson, H. (2022). Implementing School-Based Mental Health Services: A Scoping Review of the Literature Summarizing the Factors That Affect Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3489. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063489>
- RODO (2016). Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. L 119/1, 4.05.2016).
- Roguska, B. (2022). Samopoczucie psychiczne. W: M. Grabowska, M. Gwiazda (red.), *Młodość 2021. Raport z badań ilościowych zrealizowanych przez Fundację CBOS na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii* (s. 39–45). Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Rones, M., Hoagwood, K. (2000). School-Based Mental Health Services: A Research Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 223–241. <https://doi.org/10.1023/a:1026425104386>
- Rowiński, T., Lenkiewicz, K. (w druku). *Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży*.
- Rozporządzenie (2019a). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019, poz. 1285).
- Rozporządzenie (2019b). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2019, poz. 1640).



- Sanchez, A. L., Cornacchio, D., Poznanski, B., Golik, A. M., Chou, T., Comer, J. S. (2018). The Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Elementary-Aged Children: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(3), 153–165.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.11.022>
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2018). *Dialog sieci społecznych*. Wydawnictwo Paradygmat.
- Sierostawski, J. (2020). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.* <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Pablo, G. S. de, Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., Fusar-Poli, P. (2022). Age at Onset of Mental Disorders Worldwide: Large-Scale Meta-Analysis of 192 Epidemiological Studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Stallard, P. (2011). Promoting Children's Well-Being. W: D. Skuse, H. Bruce, L. Dowdney, D. Mrazek (red.), *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice* (s. 72–77). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781119993971.ch13>
- Stoiber, K. C. (2014). A Comprehensive Framework for Multitiered Systems of Support in School Psychology. W: P. Harrison, A. Thomas (red.), *Best Practices in School Psychology: Data-Based and Collaborative Decision Making* (s. 41–70). National Association of School Psychologists.
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014). The Circumplex of Personality Metatraits: A Synthesizing Model of Personality Based on the Big Five. *Review of General Psychology*, 18(4), 273–286. <https://doi.org/10.1037/gpr0000017>



- Suter, J. C., Bruns, E. J. (2009). Effectiveness of the Wraparound Process for Children with Emotional and Behavioral Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(4), 336–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0059-y>
- Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Szredzińska, R., Włodarczyk, J. (2021). Doświadczenia krzywdzenia oraz dobrostan psychiczny polskich nastolatków w pierwszym okresie pandemii. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(2), 38–62.
- Szymańska, J. (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*, (2), 113–138.
- Wexler, D. (2018). School-Based Multi-Tiered Systems of Support (MTSS): An Introduction to MTSS for Neuropsychologists. *Applied Neuropsychology: Child*, 7(4), 306–316. <https://doi.org/10.1080/21622965.2017.1331848>
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (2016). *INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>
- Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji (2018). *Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży*. <https://rejestr.kwalifikacje.gov.pl/frontend/index.php?r=kwalifikacja%2Fview&id=12646>



Nota o autorze

Kamila Lenkiewicz – doktor nauk o zdrowiu, psycholożka i psychoterapeutka rodzinna, adiunkt w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie. Posiada specjalizację z psychologii klinicznej oraz specjalizację z psychoterapii dzieci i młodzieży. Doświadczenie kliniczne w pracy z dziećmi, nastolatkami i ich rodzicami / opiekunami prawnymi zdobyła m.in. w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. Współtwórczyni pierwszego w Polsce Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Warszawa-Bielany oraz współautorka Modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. Posiada wieloletnie doświadczenie w koordynacji międzysektorowej pomiędzy podmiotem ochrony zdrowia a przedszkolem/szkolą, ośrodkiem pomocy społecznej i przedstawicielami sektora sprawiedliwości.



