

Wytyczne i formularz skierowania między-agencyjnego



© Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2017.

Stały Komitet Między-agencyjny (IASC) został utworzony w 1992 roku w odpowiedzi na rezolucję Zgromadzenia Ogólnego 46/182, która wzywała do wzmocnienia koordynacji pomocy humanitarnej. Rezolucja powołała IASC jako podstawowy mechanizm ułatwiający podejmowanie decyzji między-agencyjnych w odpowiedzi na złożone sytuacje kryzysowe i klęski żywiołowe. W skład IASC wchodzi szereg wielu organizacji humanitarnych, zarówno należących, jak i nienależących do Organizacji Narodów Zjednoczonych. Więcej informacji na temat IASC można znaleźć na stronie internetowej: www.humanitarianinfo.org/iasc.

Publikacja jest dostępna na stronie internetowej Grupy Referencyjnej Stałego Komitetu Między-agencyjnego (IASC) ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych, dostępnej pod adresem:

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>

Sugerowane źródła:

Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, Inter-Agency Referral Form and Guidance Note, IASC, Geneva, 2017.

Opinie i sugestie dotyczące udoskonalenia niniejszej publikacji prosimy przysyłać na adres e-mail: mhps.refgroup@gmail.com

Podziękowania:

Publikacja została opracowana przez Grupę Referencyjną Stałego Komitetu Między-agencyjnego (IASC) ds. Zdrowia Psychicznego i Wsparcia Psychospołecznego w Sytuacjach Kryzysowych. W jego opracowaniu uczestniczył zespół zadaniowy w składzie: Sarah Harrison (Centrum Referencyjne ds. Wsparcia Psychospołecznego Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca, inaczej Centrum Psychospołeczne IFRC), Mark Jordans (War Child Holland i King's College w Londynie), Guglielmo Schinina (Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji), Mark van Ommeren (Światowa Organizacja Zdrowia) i Inka Weissbecker (Międzynarodowy Korpus Medyczny).

Opracowanie tej oryginalnej publikacji w języku angielskim było zarządzane i finansowane przez Centrum Psychospołeczne IFRC. Wersja polskojęzyczna została opracowana i sfinansowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO EURO) przy udziale Centrum Psychospołecznego IFRC podczas finalizacji tłumaczenia. (2022)

© Zdjęcie na okładce:

UNICEF/UN0618976; WHO/Marta Soszynska; WHO/Agata Grzyboskwa/RATS Agency; WHO/Agata Grzyboskwa/RATS Agency; WHO/Marta Soszynska.

Wytyczne i formularz skierowania międzyagencyjnego w sprawach dotyczących zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego

Na czym polega skierowanie między-agencyjne?

Skierowanie to proces polegający na odesłaniu klienta do innego dostawcy usług, ponieważ potrzebuje on pomocy, która wykracza poza kompetencje lub zakres pracy podmiotu obecnie świadczącego usługi. Skierowanie może obejmować różne świadczenia, np. opiekę zdrowotną, działania psychospołeczne, usługi ochronne, żywienie, edukację, schronienie, pomoc materialną lub finansową, rehabilitację fizyczną, ośrodek pomocy społecznej i/lub agencję pomocy społecznej.

Kto może wypełnić formularz skierowania?

Formularz skierowania jest przeznaczony do użytku przez organizacje humanitarne pracujące z osobami mającymi problemy w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego. Formularz skierowania i wytyczne to narzędzia usprawniające wystawianie skierowań między-agencyjnych, ścieżki kierowania, szkolenia i warsztaty oraz dokumentowanie spraw zgodnie z minimalnymi standardami. Z formularza skierowania i wytycznych może skorzystać każdy świadczeniodawca, na przykład lekarz pracujący w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej, kierujący dziecko do przestrzeni przyjaznej dzieciom lub do udziału w programie dożywiania, albo kierownik kierujący podopiecznego na rehabilitację ruchową.

Mogą z niego korzystać również osoby udzielające pierwszej pomocy psychologicznej - w zależności od roli/obowiązków danej osoby - po niepokojącym wydarzeniu.

Formularz skierowania został opracowany tak, aby usprawnić wystawianie skierowań między wszystkimi czterema poziomami piramidy interwencji IASC w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego¹. Pracownicy zajmujący się prowadzeniem spraw i pracownicy socjalni mogą uznać to narzędzie za szczególnie przydatne w pracy z klientami indywidualnymi i ich rodzinami.

Formularz skierowania nie jest narzędziem do wykrywania osób z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i/lub związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (MNS), ale może służyć do kierowania osób do placówek opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego w celu oceny i dalszego postępowania.

¹ Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). Wytyczne IASC dotyczące zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysowych. Genewa: IASC, s. 11-13.

Jak mogę wystawić skierowanie?

Najbardziej podstawowe kroki, jakie należy podjąć, aby skutecznie wystawić skierowanie, to:

1. **Określenie problemu - czego potrzebuje klient?** Zidentyfikować i/lub ocenić problemy, potrzeby i mocne strony klienta wraz z osobą i/lub jej opiekunem (np. jeśli klient jest niepełnoletni lub z poważnymi zaburzeniami funkcjonowania wymagającymi pomocy opiekuna).
2. **Ustalenie, która organizacja lub agencja może zaspokoić tę potrzebę.** Zidentyfikować i określić innych świadczeniodawców, którzy mogą pomóc klientowi i/lub opiekunowi w zaspokojeniu potrzeb. Informacje o innych świadczeniach w danym obszarze geograficznym można uzyskać z przewodników po świadczeniach, raportów mapowania „4 W” lub spotkań koordynacyjnych². Sprawdzić, czy dziecko jest już objęte systemem zarządzania ochroną dzieci (np. platformą Primero)³
3. **Należy skontaktować się z usługodawcą w celu potwierdzenia prawa do korzystania ze świadczeń.** Należy wcześniej skontaktować się z innymi usługodawcami, aby dowiedzieć się więcej o świadczonych przez nich świadczeniach i kryteriach kwalifikowalności, chyba że dany rodzaj skierowania jest powszechnie stosowany w odniesieniu do danego usługodawcy. Wymagane informacje powinny zawierać dane na temat protokołu skierowania oraz tego, czy dana instytucja będzie w stanie pomóc klientowi.
4. **Wyjaśnienie klientowi, na czym polega skierowanie.** Przekazać informacje o dostępnych usługach i wyjaśnić klientowi i/lub opiekunom, na czym polega skierowanie (np. Jakie usługi są świadczone? Gdzie znajduje się usługodawca? W jaki sposób klient może się tam dostać i jak może otrzymać usługi? Dlaczego zalecasz wystawienie skierowania?). Należy pamiętać, że klient może odmówić przyjęcia skierowania.
5. **Udokumentowanie zgody.** Jeśli klient przyjmuje skierowanie, należy uzyskać zgodę, zanim informacje o tej osobie zostaną udostępnione innym, a także ustalić z klientem, jakie informacje mogą być udostępniane. Jeśli klient jest niepełnoletni, należy uzyskać zgodę rodziców/opiekunów.
6. **Wystawienie skierowania.** Wypełnić formularz skierowania między-agencyjnego w trzech egzemplarzach (1 × kopia dla agencji kierującej, 1 × kopia dla klienta/opiekuna, 1 × kopia dla agencji przyjmującej). Przekazać klientowi informacje kontaktowe agencji, do której jest kierowany, a w razie potrzeby towarzyszyć mu w podróży do tej agencji. Skierowania można również przekazywać telefonicznie (w nagłych wypadkach), pocztą elektroniczną, za

² Zasada „4 W” stosowana w IASC: „Who” (kto) robi „What” (co), „Where” (gdzie) i „When” (kiedy) w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego - dostarcza cennych wskazówek przy angażowaniu dostawców usług.

³ <http://www.primero.org/>

pomocą aplikacji lub bazy danych. Zob. Załącznik 1, w którym znajdują się formularze skierowań IASC.

7. **Skontaktowanie się** z klientem i agencją przyjmującą, aby upewnić się, że skierowanie się powiodło, i wymienić się informacjami, jeśli klient wyrazi na to zgodę. Obszary do omówienia w ramach dalszego kontaktu, w tym: czy klient otrzymał zaplanowane usługi? Jaki był wynik? Czy podopieczny i/lub opiekun był zadowolony z procesu skierowania i otrzymanych usług?
8. **Przechowywanie informacji i zachowanie poufności.** Wszystkie formularze skierowań i akta spraw powinny być przechowywane w bezpiecznych (zamkniętych) szafach, aby zapewnić bezpieczne i etyczne gromadzenie danych, zarządzanie informacjami i ich przechowywanie.

W jaki sposób mogę współpracować z różnymi agencjami, aby koordynować wystawianie skierowań?

Pomyślne wdrożenie między-agencyjnego systemu skierowań wymaga, aby uczestniczące agencje (1) zatwierdziły jednolitą dokumentację skierowania (np. jednolity formularz skierowania - patrz formularze skierowania IASC i klucz w Załączniku 1 i Załączniku 2), (2) uzgodniły konkretne ścieżki wystawiania skierowań, procedury i standardy skierowań (np. która organizacja będzie najlepiej przystosowana do obsługi jakiego rodzaju klientów), (3) przeszkoliły odpowiedni personel w zakresie korzystania z dokumentacji, standardów i procedur, oraz (4) uczestniczyły w działaniach koordynacyjnych, takich jak mapowanie usług MHPSS zgodnie z zasadą „4 W” (ang. Who is doing What, Where and When - Kto co robi, gdzie i kiedy), spotkania koordynacyjne i warsztaty dotyczące kierowania.

Działania te powinny być koordynowane za pomocą istniejących mechanizmów, takich jak między-agencyjne grupy koordynacyjne Zdrowie Psychiczne i Wsparcie Psychospołeczne (MHPSS) lub za pośrednictwem odpowiednich zespołów/grup roboczych. Zaleca się, aby przedsięwzięcie było podjęte we współpracy z innymi sektorami, w tym podmiotami z zajmującymi się odżywianiem, koordynacją i zarządzaniem obozami, edukacją, ochroną, MHPSS i zdrowiem.

Kontrola i ocena wniosków oraz funkcjonujących systemów przekazywania spraw

Skuteczność systemu przekazywania spraw między agencjami można śledzić przy użyciu różnych wskaźników, w zależności od informacji z danej agencji i potrzeb raportowych. Na przykład, na poziomie podstawowym agencje mogłyby zgłaszać zwiększenie współpracy między agencjami poprzez uzgodnienie schematu formularza przekazania sprawy, jakiego będą używać wszystkie agencje koordynujące, powołując się na liczbę agencji, które zatwierdziły ten formularz i zobowiązały się do szkolenia swoich pracowników w zakresie jego wykorzystania. Następnie agencje mogłyby śledzić wzrost ich zdolności kadrowej w celu skutecznego przekazywania wniosków za pośrednictwem testów wstępnych, pokontrolnych i opóźnionych pokontrolnych lub liczby przekazanych wniosków udokumentowanych w ramach między-agencyjnej kontroli jakości oraz ich monitorowania. W stosownych przypadkach wszystkie wskaźniki powinny być podzielone ze względu na płeć i wiek. Wykaz wskaźników wydajności i efektywności wraz z odpowiednimi środkami weryfikacji skierowań i funkcjonujących systemów przekazywania spraw znajduje się w załączniku 3.

Kopia agencji przekazującej wniosek Tryb normalny Pilne

Data przekazania sprawy (Dzień/miesiąc/rok): _____

Agencja przekazująca wniosek

Agencja / Organizacja:	Dane kontaktowe:
Telefon:	E-mail:
Miejsce:	

Agencja otrzymująca wniosek

Agencja / Organizacja:	Dane kontaktowe (jeśli znane):
Telefon:	E-mail:
Miejsce:	

Dane klienta/klientki

Imię i nazwisko:	Telefon:
Adres:	Wiek:
Płeć:	Narodowość:
Język:	Numer identyfikacyjny:
W przypadku, gdy klient jest osobą niepełnoletnią (poniżej 18 lat)	
Imię i nazwisko głównego opiekuna:	Stopień pokrewieństwa w stosunku do dziecka:
Dane kontaktowe opiekuna:	Czy dziecko jest odseparowane lub bez opieki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy opiekun jest poinformowany o skierowanym wniosku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli nie, podaj wyjaśnienie)	

Informacje podstawowe/powód skierowania wniosku: (opis problemu, czas trwania, częstotliwość itp.) oraz dotychczas otrzymane wsparcie

Czy klient został poinformowany o skierowaniu sprawy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli nie, podaj wyjaśnienie poniżej)	Czy klient został skierowany do innych organizacji? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, podaj wyjaśnienie poniżej)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wymagane wsparcie

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pomoc związana ze zdrowiem psychicznym | <input type="checkbox"/> Pomoc związana z ochroną/bezpieczeństwem | <input type="checkbox"/> Schronienie |
| <input type="checkbox"/> Pomoc psychologiczna | <input type="checkbox"/> Opieka społeczna / Usługi socjalne | <input type="checkbox"/> Pomoc materialna |
| <input type="checkbox"/> Pomoc związana ze zdrowiem fizycznym | <input type="checkbox"/> Usługi w zakresie poszukiwania krewnych | <input type="checkbox"/> Żywnienie |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitacja | <input type="checkbox"/> Pomoc prawna | <input type="checkbox"/> Pomoc finansowa |
| <input type="checkbox"/> Czynności psychofizyczne | <input type="checkbox"/> Edukacja | |

Podaj szczegóły wszystkich wymaganych usług:

Zgoda na ujawnienie informacji (przed podpisaniem poniższego oświadczenia należy go przeczytać z klientem/opiekunem i odpowiedzieć na wszelkie pytania)

Ja, _____ (imię i nazwisko klienta), jestem świadomy, że celem przekazania i ujawnienia tych informacji do _____ (agencja otrzymująca wniosek) jest zapewnienie pewnej i ciągłej opieki poprzez usługodawców, którzy podejmują się nieść wsparcie klientowi. Usługodawca, _____ (agencja przekazująca wniosek), przejrzyście wyjaśnił mi procedurę skierowania i wymienił wszystkie informacje, które mają być ujawnione. Podpisując niniejszy formularz, wyrażam zgodę na wymianę informacji.

Podpis odpowiedzialnego podmiotu:

(Klient lub opiekun, jeśli osoba jest niepełnoletnia). Data (Dzień/miesiąc/rok): _____

Szczegóły przekazanej sprawyOgraniczenia kontaktu lub inne? Tak Nie (Jeśli tak, podaj wyjaśnienie poniżej)Sprawa przekazana za pośrednictwem: Telefonu (tylko w nagłych wypadkach) E-mail Elektronicznie (np., aplikacja)

lub baza danych) Osobiście

Odpowiedź za pośrednictwem: Telefon E-mail Osobiście. W terminie do (Dzień/miesiąc/rok): _____

Zaakceptowane przez agencje informacje, które mogą być przekazane w odpowiedzi:

**Kopia dla
klienta** Tryb normalny Pilne

Data przekazania sprawy (Dzień/miesiąc/rok): _____

Agencja przekazująca wniosek

Agencja / Organizacja:	Dane kontaktowe:
Telefon:	E-mail:
Miejsce:	

Agencja otrzymująca wniosek

Agencja / Organizacja:	Dane kontaktowe (jeśli znane):
Telefon:	E-mail:
Miejsce:	

Dane klienta/klientki

Imię i nazwisko:	Telefon:
Adres:	Wiek:
Płeć:	Narodowość:
Język:	Numer identyfikacyjny:

W przypadku, gdy klient jest osobą niepełnoletnią (poniżej 18 lat)

Imię i nazwisko głównego opiekuna:	Stopień pokrewieństwa w stosunku do dziecka:
Dane kontaktowe opiekuna:	Czy dziecko jest odseparowane lub bez opieki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy opiekun jest poinformowany o skierowanym wniosku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli nie, podaj wyjaśnienie)	

**Informacje podstawowe/powód skierowania wniosku:
(opis problemu, czas trwania, częstotliwość itp.) oraz dotychczas otrzymane wsparcie**

Czy klient został poinformowany o skierowaniu sprawy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli nie, podaj wyjaśnienie poniżej)	Czy klient został skierowany do innych organizacji? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, podaj wyjaśnienie poniżej)

Wymagane wsparcie

<input type="checkbox"/> Pomoc związana ze zdrowiem psychicznym	<input type="checkbox"/> Pomoc związana z ochroną/bezpieczeństwem	<input type="checkbox"/> Schronienie
<input type="checkbox"/> Pomoc psychologiczna	<input type="checkbox"/> Opieka społeczna / Usługi socjalne	<input type="checkbox"/> Pomoc materialna
<input type="checkbox"/> Pomoc związana ze zdrowiem fizycznym	<input type="checkbox"/> Usługi w zakresie poszukiwania krewnych	<input type="checkbox"/> Żywnienie
<input type="checkbox"/> Rehabilitacja	<input type="checkbox"/> Pomoc prawna	<input type="checkbox"/> Pomoc finansowa
<input type="checkbox"/> Czynności psychofizyczne	<input type="checkbox"/> Edukacja	

Podaj szczegóły wszystkich wymaganych usług:

Zgoda na ujawnienie informacji (przed podpisaniem poniższego oświadczenia należy go przeczytać z klientem/opiekunem i odpowiedzieć na wszelkie pytania)

Ja, _____ (imię i nazwisko klienta), jestem świadomy, że celem przekazania i ujawnienia tych informacji Do _____ (agencja otrzymująca wniosek) jest zapewnienie pewnej i ciągłej opieki poprzez usługodawców, którzy podejmują się nieść wsparcie klientowi. Usługodawca, _____ (agencja przekazująca wniosek), przejrzyscie wyjaśnił mi procedurę skierowania i wymienił wszystkie informacje, które mają być ujawnione. Podpisując niniejszy formularz, wyrażam zgodę na wymianę informacji.

Podpis odpowiedzialnego podmiotu:

(Klient lub opiekun, jeśli osoba jest niepełnoletnia). Data (Dzień/miesiąc/rok): _____

Szczegóły przekazanej sprawyOgraniczenia kontaktu lub inne? Tak Nie (Jeśli tak, podaj wyjaśnienie poniżej)Sprawa przekazana za pośrednictwem: Telefonu (tylko w nagłych wypadkach) E-mail Elektronicznie (np., aplikacja)

lub baza danych) Osobiście

Odpowiedź za pośrednictwem: Telefon E-mail Osobiście. W terminie do (Dzień/miesiąc/rok): _____

Zaakceptowane przez agencje informacje, które mogą być przekazane w odpowiedzi:

Kopia agencji otrzymującej wnioszek

Tryb normalny

Pilne Data otrzymania sprawy

(Dzień/miesiąc/rok):

Agencja przekazująca wnioszek	
Agencja / Organizacja:	Dane kontaktowe:
Telefon:	E-mail:
Miejsce:	

Agencja otrzymująca wnioszek	
Agencja / Organizacja:	Dane kontaktowe (jeśli znane):
Telefon:	E-mail:
Miejsce:	

Dane klienta/klientki	
Imię i nazwisko:	Telefon:
Adres:	Wiek:
Płeć:	Narodowość:
Język:	Numer identyfikacyjny:

W przypadku, gdy klient jest osobą niepełnoletnią (poniżej 18 lat)	
Imię i nazwisko głównego opiekuna:	Stopień pokrewieństwa w stosunku do dziecka:
Dane kontaktowe opiekuna:	Czy dziecko jest odseparowane lub bez opieki? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy opiekun jest poinformowany o skierowanym wniosku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli nie, podaj wyjaśnienie)	

Informacje podstawowe/powód skierowania wniosku: (opis problemu, czas trwania, częstotliwość itp.) oraz dotychczas otrzymane wsparcie	
Czy klient został poinformowany o skierowaniu sprawy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli nie, podaj wyjaśnienie poniżej)	Czy klient został skierowany do innych organizacji? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, podaj wyjaśnienie poniżej)

Wymagane wsparcie		
<input type="checkbox"/> Pomoc związana ze zdrowiem psychicznym	<input type="checkbox"/> Pomoc związana z ochroną/bezpieczeństwem	<input type="checkbox"/> Schronienie
<input type="checkbox"/> Pomoc psychologiczna	<input type="checkbox"/> Opieka społeczna / Usługi socjalne	<input type="checkbox"/> Pomoc materialna
<input type="checkbox"/> Pomoc związana ze zdrowiem fizycznym	<input type="checkbox"/> Usługi w zakresie poszukiwania krewnych	<input type="checkbox"/> Żywnienie
<input type="checkbox"/> Rehabilitacja	<input type="checkbox"/> Pomoc prawna	<input type="checkbox"/> Pomoc finansowa
<input type="checkbox"/> Czynności psychofizyczne	<input type="checkbox"/> Edukacja	
Podaj szczegóły wszystkich wymaganych usług:		

Zgoda na ujawnienie informacji (przed podpisaniem poniższego oświadczenia należy go przeczytać z klientem/opiekunem i odpowiedzieć na wszelkie pytania)
Ja, _____ (imię i nazwisko klienta), jestem świadomy, że celem przekazania i ujawnienia tych informacji Do _____ (agencja otrzymująca wnioszek) jest zapewnienie pewnej i ciągłej opieki poprzez usługodawców, którzy podejmują się nieść wsparcie klientowi. Usługodawca, _____ (agencja przekazująca wnioszek), przejrzysto wyjaśnił mi procedurę skierowania i wymienił wszystkie informacje, które mają być ujawnione. Podpisując niniejszy formularz, wyrażam zgodę na wymianę informacji.
Podpis odpowiedzialnego podmiotu:
(Klient lub opiekun, jeśli osoba jest niepełnoletnia). Data (Dzień/miesiąc/rok): _____

Szczegóły przekazanej sprawy
Ograniczenia kontaktu lub inne? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, podaj wyjaśnienie poniżej)
Sprawa przekazana za pośrednictwem: <input type="checkbox"/> Telefonu (tylko w nagłych wypadkach) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Elektronicznie (np., aplikacja lub baza danych) <input type="checkbox"/> Osobiście

Odpowiedź za pośrednictwem: Telefon E-mail Osobiście. W terminie do (Dzień/miesiąc/rok): _____

Zaakceptowane przez agencje informacje, które mogą być przekazane w odpowiedzi:

Załącznik 2: Opis kluczowych pojęć w formularzu skierowania

Sekcja w formularzu skierowana	Wyjaśnienia i przykłady ⁴
Lokalizacja	Przykładem może być nazwa konkretnego obozu lub fizyczny adres ulicy. Na podstawie tych informacji klient/opiekun powinien być w stanie fizycznie zlokalizować agencję przyjmującą wnioszek.
Wiek	Może być zapisany w formacie daty urodzenia (DD/MM/RRRR); lub podany jako dokładny wiek zapisany w latach; lub zapisany jako wiek szacunkowy, jeśli informacje te nie są znane klientowi/opiekunowi.
Klient został poinformowany o skierowaniu (T/N)	W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Nie” wyjaśnij, dlaczego klient lub opiekun nie został poinformowany o skierowaniu. Podpis pod zgodą znajduje się na końcu formularza.
Czy klient został skierowany do dowolnej innej organizacji (T/N)	Warto, aby agencje wiedziały o poprzednich skierowaniach, aby zapobiec sytuacji, w której jedna osoba lub rodzina jest kilkakrotnie kierowana przez wiele agencji w celu otrzymania tego samego świadczenia. Pomaga to również w wystawianiu kolejnych skierowań.
Pomoc związana ze zdrowiem psychicznym	Kategoria odnosi się do oceny i klinicznego leczenia zaburzeń psychicznych, neurologicznych i związanych z użyciem substancji psychoaktywnych (MNS) (zarówno przez podmioty świadczące specjalistyczną, jak i pozaspecialistyczną opiekę zdrowotną), a także do wspierania opiekunów osób z zaburzeniami z zakresu MNS. W polu opisowym należy określić, czy wnioskowane są usługi stacjonarne, czy ambulatoryjne. Warto zauważyć, że pomoc związana ze zdrowiem psychicznym obejmuje także interwencje psychologiczne i działania psychospołeczne (patrz niżej).
Interwencje psychologiczne	Obejmuje to interwencje psychologiczne, np. poradnictwo / terapię indywidualną, rodzinną lub grupową.
Opieka zdrowotna w zakresie zdrowia fizycznego	Odnosi się do opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarzy, pielęgniarki, położne, środowiskowych pracowników służby zdrowia itp. W polu opisowym należy określić, czy wnioskowane są usługi stacjonarne, czy ambulatoryjne.
Rehabilitacja	Obejmuje to przede wszystkim fizjoterapię, terapię zajęciową i protetykę.

⁴ IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2012).

Who is Where, When, and doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (field test-version). Geneva.

Czynności psychospołeczne	Obejmuje to działania wspierające społeczność, grupy i rodzin; przestrzenie przyjazne dzieciom, kobietom i młodzieży; pomoc osobom i rodzinom szczególnie narażonym; zajęcia dla rodziców; wczesny rozwój dziecka oraz psychoedukację osób i rodzin.
Pomoc związana z ochroną/bezpieczeństwem	Ochrona obejmuje działania przeciwwminowe i edukację w zakresie zagrożenia minami, ochronę dzieci oraz kwestie przemocy na tle seksualnym i na tle płciowym. Pomoc związana z ochroną/bezpieczeństwem obejmuje także monitoring ochrony, specjalne usługi dla osób z niepełnosprawnościami, osób, które przeżyły przemoc na tle seksualnym i na tle płciowym, osób, które przeżyły tortury; programy ukierunkowane na dzieci związane z grupami/siłami zbrojnymi, pracę dzieci oraz usługi zarządzania sprawami dzieci i osób dorosłych ocalałych od przemocy na tle seksualnym i na tle płciowym.
Usługi w zakresie poszukiwania krewnych	Przywracanie więzi rodzinnych; usługi w zakresie łączenia rodzin; ocena najlepszego zabezpieczenia interesów (BIA) oraz alternatywna opieka nad dziećmi pozostającymi bez opieki i rozdzielonymi.
Pomoc prawna	Dostęp do porad prawnych, w tym udzielanych przez asystentów prawnych i prawników; kwestie mieszkaniowe, gruntowe i własnościowe; dokumentacja (np. dowody tożsamości oraz akty urodzenia, zgonu, małżeństwa, zaświadczenia o rozwodzie, wykształceniu itp.).
Żywnienie	Grupy matek z dziećmi, promowanie karmienia piersią, karmienie terapeutyczne w przypadku ciężkiego i/lub ostrego niedożywienia oraz grupy stymulacji poznawczej.
Wszelkie ograniczenia w kontaktach lub inne (T/N)	To pytanie wiąże się z ochroną skierowanego klienta i zasadą „nieszkodzenia”. W niektórych przypadkach (np. osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby, które przeżyły przemoc na tle seksualnym i ze względu na płęć lub w przypadku spraw związanych z ochroną dzieci) mogą istnieć pewne ograniczenia dotyczące sposobu kontaktowania się z klientem oraz świadczenia usług/udzielania wsparcia, aby upewnić się, że nie wyrządza się dodatkowej szkody. Jest to ważne w sprawach dotyczących ochrony dzieci, gdy sprawca może być członkiem rodziny lub społeczności, a także w pracy z osobami z problemami z zakresu zdrowia psychicznego, aby zminimalizować stygmatyzację i zapewnić dyskrecję. W takich sytuacjach klient może poprosić, aby skontaktowano się z nim za pośrednictwem bliskiego przyjaciela, innego krewnego lub zaufanego członka społeczności, albo za pośrednictwem innego medium, np. poczty elektronicznej, a nie telefonu. Wszelkie tego typu obawy lub ograniczenia należy wpisać w odpowiednim miejscu w formularzu.

<p>Zaakceptowane przez agencje informacje, które mogą być przekazane w odpowiedzi</p>	<p>W funkcjonujących systemach skierowań często istnieje potrzeba wymiany informacji między agencją kierującą a agencją przyjmującą. W większości przypadków jest to tylko potwierdzenie przyjęcia skierowania, ale w innych sytuacjach może być wymagana wymiana dodatkowych informacji, z poszanowaniem życzeń klienta dotyczących poufności (np. jeśli jedna agencja świadczy usługi zarządzania sprawą i jest odpowiedzialna za koordynację skierowań klienta).</p>
---	---

Załącznik 3: Tabela zawierająca listę wskaźników poziomu wydajności i efektywności oraz odpowiadające im sposoby weryfikacji w celu pomiaru procesu skierowań między-agencyjnych⁵.

Rezultat/wynik	Wskaźniki	Sposoby weryfikacji
Utworzono działający system skierowań (rezultat)	Utworzono procedury skierowań, w tym dokumentację i formularze	Formularze dokumentacji skierowań i wytyczne dotyczące skierowań
	Przeprowadzono monitorowanie usług w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (MHPSS) zgodnie z zasadą „4 W”	Zasada „4 W” stosowana w IASC: monitorowanie usług zgodnie z zasadą „Who is doing What, Where and When”, czyli „Kto robi co, gdzie i kiedy” (proces może prowadzić OCHA)
	Liczba przeprowadzonych między-agencyjnych warsztatów (lub szkoleń)	Karta obecności
	Liczba organizacji i agencji uczestniczących w między-agencyjnych warsztatach (lub szkoleniach)	Sprawozdania z warsztatów
	Liczba świadczących usługi bezpośrednio pracowników i wolontariuszy w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego, którzy są zaznajomieni z zasobami i procedurami w odniesieniu do skierowań.	Zapisy działalności pracowników/wolontariuszy, karty śledzenia skierowań lub indywidualne akta klientów Sprawozdanie tygodniowe z przestrzeni działalności Dokumentacja kliniczna/rejestr
	Liczba i odsetek placówek medycznych, instytucji świadczących usługi socjalne i programów środowiskowych, które wdrażają i stosują procedury kierowania osób z problemami w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego	Pojedyncza klinika lub rejestr usług socjalnych Sprawozdanie tygodniowe z przestrzeni działalności Formularze dokumentacji skierowania Między-agencyjne pomiary jakości i śledzenia
Zwiększenie częstotliwości i jakości skierowań (wynik)	Liczba udokumentowanych skutecznych ⁶ skierowań (wystawionych i otrzymanych) z podziałem na usługi, płeć i wiek.	Formularze dokumentacji skierowań - między-agencyjne pomiary jakości i monitorowania Sprawozdania tygodniowe/miesięczne z działalności

⁵ Niektóre przykłady wskaźników zostały zaczerpnięte z: Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, IASC, Geneva, (2017); and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies' Reference Centre for Psychosocial Support (IFRC PS Centre), Monitoring and Evaluation Framework for Psycho- social Support Interventions, IFRC PS Centre, Copenhagen 2017: <http://pscentre.org/topics/m-and-e/>

⁶ Agencje zachęca się do zdefiniowania w swoich planach monitorowania i oceny pojęcia „skuteczne skierowania” oraz do upewnienia się, że wszelkie sposoby weryfikacji są zgodne z tą definicją.

	<p>Poziom zadowolenia osób z problemami z zakresu zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego z procesu skierowania lub skierowania</p>	<p>Badanie zadowolenia klientów Formularze/ankiety informacji zwrotnej</p>
	<p>Liczba klientów (z ogólnej liczby klientów), którzy zostali pomyślnie skierowani do skorzystania z innych usług. Liczba i odsetek skierowań otrzymanych od innych usługodawców.</p>	<p>Akta klientów Formularze dokumentacji skierowania Sprawozdania miesięczne/kwartalne z działalności (należy określić stan wyjściowy, środkowy i końcowy w celu pomiaru zmian w czasie)</p>
	<p>Zwiększenie wiedzy i możliwości pracowników i wolontariuszy w zakresie skutecznego wystawiania skierowań</p>	<p>Lista kontrolna kompetencji pracowników/wolontariuszy Testy przed i po zakończeniu Sesje nadzorcze</p>