

Przewodnik po ustawie o
usługach prewencyjnych świadczonych na rzecz rodzin
w stanie Illinois



Informacje ogólne	3
Sekcja 1: Wprowadzenie.....	3
Przegląd głównych elementów ustawy o usługach prewencyjnych świadczonych na rzecz rodzin.....	3
Kontekst i omówienie kwestii prawnych związanych z usługami świadczonymi na rzecz rodzin (Family First)	5
GRUPY DOCELOWE DZIAŁAŃ NA PODSTAWIE FFPSA	11
Wizja zmiany.....	11
Sekcja 2: Ocena	13
Dlaczego ocena ma znaczenie.....	13
Informacja ogólne: Osoby korzystające z usług dla nierozdzielonych rodzin	13
Sekcja 3: Interwencje oparte na dowodach.....	15
Tworzenie powiązań	15
Czym jest praktyka oparta na traumie?.....	15
Czym są interwencje oparte na dowodach?.....	15
Krok po kroku.....	20
Sekcja 4: Korzystanie z modułu usługodawcy do wystawiania skierowań	21
Informacje ogólne	21
Krok pierwszy: Weryfikacja informacji o uczestniku sprawy w SACWIS	21
Krok drugi: Korzystanie z systemu SACWIS do skierowania sprawy	21
Krok trzeci: Planowanie powiązań i koordynacji przy użyciu najlepszych praktyk.....	22
Sekcja 5: Usługi DCFS w zakresie wizyt domowych.....	23
Informacje ogólne na temat wizyt domowych	23
Jakie są korzyści/efekty dla klientów?.....	24
Nowa polityka DCFS dotycząca usług dla nierozdzielonych rodzin/wizyt domowych:	24
Jak rozpocząć program wizyt domowych?.....	25
Sekcja 6: Dialog motywujący.....	26
Informacje ogólne	26
Dowody przemawiające za stosowaniem metody dialogu motywującego	26
Jak działa dialog motywujący?.....	30
Dokumentowanie kluczowych etapów dialogu motywującego	37
Wskazówki dla przełożonych	40
Sekcja 7: Koordynacja opieki	43
Informacje ogólne	43
Spotkania zespołu ds. dzieci i rodziny (CFTM).....	43
Interesariusze i partnerzy	44

Sekcja 1: Wprowadzenie



Informacje ogólne

Niniejszy poradnik zawiera informacje ogólne na temat programów usług prewencyjnych świadczonych na rzecz rodzin w stanie Illinois. Podane tu informacje mają na celu wsparcie personelu we wdrażaniu programu i zastosowaniu informacji uzyskanych w czasie szkolenia w pracy z rodzinami. Niniejszy poradnik koncentruje się na działaniach prewencyjnych, w tym na stosowaniu przez personel metody dialogu motywującego.

Wprowadzenie

Federalna ustawa o usługach prewencyjnych dla rodzin (PL 115-123; Family First) zapewnia organom administracyjnym bezprecedensową możliwość wdrożenia usług prewencyjnych mających na celu wzmocnienie i wspieranie rodzin oraz zapobieganie przenoszeniu dzieci do pieczy zastępczej. Stan Illinois wykorzystuje możliwość mobilizacji i poszerzenia zakresu umiejętności rodzicielskich opartych na dowodach, zapobiegania i leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz usług w zakresie zdrowia psychicznego; a także wzmocnienia i poprawy zdolności do angażowania rodzin jako aktywnych partnerów w identyfikowaniu i zaspokajaniu własnych potrzeb.

Maksymalizując wykorzystanie istniejących zasobów opartych na dowodach i budując zdolność systemu do angażowania rodzin, stan nie tylko zbuduje ciągłość opieki, która zapewni kompleksowe i skoordynowane wsparcie rodzinom, aby zapobiec ich wejściu do systemu opieki nad dziećmi, ale także wzmocni skoncentrowane na rodzinie, oparte na traumie i mocnych stronach podejście do angażowania rodzin, które zostało wdrożone w ciągu ostatnich 10 lat. We współpracy z Agencjami wspierającymi opiekę nad dziećmi (Child Welfare Contributing Agencies, CWCA), siostrzanymi agencjami stanowymi i lokalnymi sieciami społecznymi, Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (DCFS) buduje spójne wsparcie społeczności i tworzy zasoby, aby pomóc każdemu dziecku wykorzystać jego potencjał i chronić zagrożone rodziny.

Wspólnie dążymy do zmniejszania piętna związanego z włączeniem w system opieki nad dziećmi poprzez spersonalizowane podejście do współpracy z rodzinami, które kładzie nacisk na utrzymanie i zachowanie więzi rodzinnych. Zapobieganie umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej wymaga od wszystkich pracowników autentycznego zaangażowania, budowania zaufania oraz motywacji rodzin, a także zapewniania dostępu do opartego na dowodach sposobu postępowania, którego potrzebują zarówno dzieci, jak i całe rodziny.

Jaka jest moja rola jako pracownika socjalnego, gdy młody człowiek lub członek jego rodziny uczestniczy w interwencji programu usług prewencyjnych dla rodzin (Family First)?

Jako opiekun sprawy jest Pan(i) osobą udzielającą pierwszej pomocy w przypadku:

- Pytań dotyczących przebiegu interwencji.
- Wątpliwości.
- Problemów i potrzeb, które utrudniają uczestnictwo.
- Monitorowania postępów i stosowania nowych umiejętności.
 - Podczas wizytacji.
 - W trakcie comiesięcznych spotkań.

Pana(-i) rola jest kluczowa dla powodzenia interwencji!

Informacje, które zostały tutaj przedstawione, dadzą Panu(-i) wskazówki do rozmowy na spotkaniach z członkami rodziny. Jest to nie tylko ważne, aby przeprowadzić ich przez ulicę, ale także niezbędne do wspierania ich zaangażowania i pomyślnych wyników. Posiadanie podstawowych informacji jest kluczem do pytania o postępy. Pomocne jest również zapraszanie świadczeniodawców na spotkania zespołu ds. dzieci i rodziny w celu dzielenia się informacjami na temat postępów i aktualnej sytuacji.

Przegląd głównych elementów ustawy o usługach prewencyjnych dla rodzin

Ustawa o usługach prewencyjnych dla rodzin (FFPSA -P.L. 115-123) zapewnia bezprecedensową możliwość transformacji systemu, ponieważ pracujemy nad wizją stanu Illinois, w którym dzieci, młodzież i całe rodziny dobrze się rozwijają. Stan Illinois wykorzysta ustawę o usługach prewencyjnych dla rodzin (Family First), aby pobudzić i poszerzyć zakres opartych na dowodach interwencji w zakresie umiejętności rodzicielskich, profilaktyki i leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz usług w zakresie zdrowia psychicznego, a także wzmocnić i poprawić zdolność



do angażowania rodzin jako aktywnych partnerów w identyfikowaniu i zaspokajaniu ich własnych potrzeb. Nowe opcje umożliwiają stanom i plemionom otrzymanie 50% federalnego zwrotu kosztów za usługi mające na celu wzmocnienie rodzin i zapobieganie niepotrzebnemu umieszczaniu dzieci w pieczy zastępczej.

Usługi prewencyjne

Usługi prewencyjne są objęte refundacją federalną przez okres do 12 miesięcy:

- Usługi zapobiegania uzależnieniom.
- Usługi w zakresie zdrowia psychicznego.
- Umiejętności rodzicielskie w domu.

Lepsza jakość opieki zastępczej

Dla tych dzieci, które nie mogą bezpiecznie pozostać w domu, istnieją nowe przepisy federalne mające na celu:

- Zachęcanie do opieki w ramach pokrewieństwa i wspieranie jej.
- Ograniczenie korzystania z niepotrzebnej opieki zbiorowej.
- Poprawa jakości opieki nad dziećmi, dla których opieka zbiorowa jest odpowiednia.

Kluczowe partnerstwa między sektorem prywatnym i publicznym pozwolą nam:

- Zakwestionować stare normy dotyczące opieki nad dziećmi.
- Skupić się nie tylko na zapobieganiu przemocy wobec dzieci, ale także na wzmacnianiu rodzin.
- Rozwinąć współpracę wielosystemową w celu uzyskania największego efektu.

Kontekst i przegląd kwestii prawnych związanych z programem usług prewencyjnych dla rodzin

Wysiłki na rzecz transformacji systemu w kierunku zwiększenia zapobiegania przemocy wobec dzieci i ograniczenia opieki zastępczej

Pod koniec lat 90-tych, w stanie Illinois osiągnięto historyczne zmniejszenie liczby dzieci trafiających do pieczy zastępczej dzięki zestawowi strategicznie dobranych zasad, środków fiskalnych i praktyk. Zmiany te rozpoczęły się od subsydiowanego zwolnienia z opieki (patrz następna strona), standaryzacji wstępnej oceny bezpieczeństwa za pomocą Protokołu oceny ryzyka zagrożenia dziecka (Child Endangerment Risk Assessment Protocol, CERAP) oraz intensyfikacji usług profilaktycznych. Uznając, że system opieki nad dziećmi musi stale ewoluować, aby sprostać potrzebom rodzin, którym służy, departament nadal wykorzystywał możliwości finansowania, partnerstwa badawcze i głęboką współpracę we wszystkich trzech gałęziach rządu, aby zbadać i udoskonalić swoje podejście do identyfikowania i reagowania na potrzeby dzieci i rodzin. Po tym sukcesie, w połowie 2000 roku departament rozpoczął skoordynowaną strategię mającą na celu włączenie nauki o mózgu i zgromadzonej wiedzy na temat wpływu traumy na rozwój skoncentrowanego na rodzinie, uwzględniającego traumę i opartego na mocnych stronach (FTS) modelu praktyki, który wykorzystywałby nową wiedzę w ramach skoordynowanej strategii służenia rodzinom, promowania trwałości i zapobiegania wyrządzeniu krzywdy dzieciom.

Począwszy od 2014 roku, niektóre z tych strategii były pilotowane i rygorystycznie oceniane w kontekście wybranych miejsc (immersion sites) lub regionów, które służyły do testowania zestawu strategii mających na celu poprawę wyników dzieci i rodzin. Strategie te obejmowały udoskonalone spotkania zespołów ds. dziecka i rodziny (CFTM), wdrożenie modelu praktyki FTS oraz nowego modelu praktyki nadzorczej. Ośrodki uczestniczące w projekcie pozwoliły departamentowi poznać nie tylko skuteczność tych strategii, ale także wyciągnąć

ważne wnioski na temat ustalania kolejności, etapów i kumulowania interwencji w celu ich pomyślnego ich wdrożenia.

Jednocześnie program prewencyjny departamentu, usługi dla nierozdzielonych rodzin, nadal ewoluował dzięki partnerstwu z prywatnymi świadczeniodawcami i włączeniu strategii, które przyniosły pozytywne efekty w ramach programów pilotażowych (waiver demonstrations). Wnioski wyciągnięte z subsydiowanej opieki zostały włączone do Programu wsparcia dla rodzin rozszerzonych (Extended Family Support Program) obejmującego rodziny, w których dzieci są dobrowolnie umieszczane u krewnych. Sukces trenerów powrotu do normalnego życia w ramach programu pilotażowego dotyczącego nadużywania alkoholu i innych środków odurzających (AODA) został włączony do programu Powrotu do normalnego życia w nierozdzielonej rodzinie, usługi oferowanej geograficznemu podzbiorowi przypadków obejmujących oparte na dowodach strategię trenera powrotu do normalnego życia w ramach ochrony rodziny. Inne podejścia oparte na dowodach zostały włączone przez podgrupy świadczeniodawców, takie jak praca oparta na rozwiązaniach w celu zaangażowania rodzin w planowanie usług, utrzymanie i osiąganie celów rodzinnych.

Podczas gdy program usług prewencyjnych dla nierozdzielonych rodzin służy rodzinom po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego w sprawie znęcania się nad dzieckiem lub zaniedbania, inne działania prewencyjne mają na celu zaspokojenie potrzeb rodzin w społecznościach przed zaangażowaniem systemu opieki nad dziećmi. Jedno z tych działań, ośrodki rzecznictwa rodzinnego (FAC), zapewnia lokalne centra dostarczania konkretnego wsparcia, łączy z usługami społecznościowymi i umożliwia wzajemne wsparcie rodziców w formule kawiarenek dla rodziców¹.

W 2019 r. nowo wybrany gubernator zainteresował się praktykami wczesnej interwencji i profilaktyki w zakresie opieki nad dziećmi, zlecając sporządzenie raportu w celu zbadania skuteczności tych praktyk w zapewnianiu bezpieczeństwa dzieci i określania możliwości wprowadzenia ulepszeń w programie usług prewencyjnych dla nierozdzielonych rodzin. W odpowiedzi na zalecenia zawarte w raporcie, departament wskazał szereg

¹Bądź silną rodziną (2018). Podsumowanie oceny kawiarenki dla rodziców. Źródło: 28.09.2019 r.: <https://www.beststrongfamilies.org/parent-cafe-evaluation>

innowacji, które usprawnią procesy, zwiększą szybkość reakcji i koordynację oraz poprawią skuteczność działań prewencyjnych.

Stan Illinois jest wzorem skutecznie „sprywatyzowanego” systemu opieki nad dziećmi; oznacza to, że prywatni świadczeniodawcy, zachęceni do zawierania umów w oparciu o wyniki i rygorystycznie monitorowani przez departament, współpracują w celu zarządzania 80% przypadków opieki zastępczej i większości przypadków prewencyjnych oraz zapewniają szereg usług środowiskowych. Partnerstwo to nieustannie stwarza możliwości przyspieszenia innowacji i poszerzenia wachlarza usług prewencyjnych. W kontekście programu usług prewencyjnych dla rodzin, partnerstwo DCFS z prywatnymi agencjami oferuje możliwości zaangażowania szerokiej grupy interesariuszy, a także wykorzystania sukcesu licznych wdrożeń i ocen podejść opartych na dowodach.

Przejsie od zwolnień z Tytułu IV-E do wdrożenia programu usług prewencyjnych dla rodzin

Proponowana transformacja w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin będzie opierać się na postępkach poczynionych w zakresie istniejących zwolnień IV-E, a mianowicie Od urodzenia do 3. roku życia w stanie Illinois (Illinois Birth-to-3, IB3) oraz Nadużywania alkoholu i innych środków odurzających (AODA), które zostały połączone w jedno zwolnienie obejmujące również ośrodki uczestniczące w programach pilotażowych. IB3 jest szczególnie istotny, ponieważ dostarcza lokalnych dowodów na skuteczność strategii ukierunkowanych na potrzeby małych dzieci i ich rodziców. IB3 wspierał przystosowanie popartych dowodami, opartych na traumie programów rodzicielskich do planowania opieki i stabilności sytuacji życiowej niemowląt, małych dzieci i przedszkolaków, którzy zostali objęci opieką prawną DCFS. Wybrane interwencje, Psychoterapia dziecko-rodzic (Child-Parent Psychotherapy, CPP) i Program troskliwego rodzicielstwa (Nurturing Parenting Program, NPP), zostały dostosowane do potrzeb dzieci objętych opieką społeczną i mają na celu wspieranie rodziców i opiekunów w tworzeniu przyjaznych, odpowiednich do rozwoju środowisk

rodzicielskich. Ewaluacja IB3 wykazała, że dzieci objęte tymi interwencjami osiągnęły o 23% wyższy wskaźnik ponownego połączenia lub opieki prawnej z biologicznymi i fikcyjnymi krewnymi niż dzieci objęte standardowymi usługami. Pod koniec okresu obserwacji szacowana różnica między prawdopodobieństwem połączenia rodziny w grupie objętej usługami IB3 wynosiła 7,8 punktu procentowego w porównaniu do grupy objętej usługami standardowymi. W wyniku tej widocznej poprawy w zakresie łączenia rodzin i innych pozytywnych efektów, stan Illinois będzie rozszerzać wdrażanie Programu troskliwego rodzicielstwa w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin.

Opieka subsydiowana

Stan Illinois wprowadził opcje subsydiowanej opieki dla opiekunów młodzieży, poczynając od zwolnienia z Tytułu IV-E zatwierdzonego w 1995 r. i uruchomionego w maju 1997 r. Do lipca 2002 r. program pilotażowy opieki subsydiowanej umożliwił ponad 7300 dzieciom osiągnięcie stabilności. W kontekście historycznej grupy porównawczej, która nie miała dostępu do programu subsydiowanej opieki, program ten zwiększył liczbę stabilnych miejsc pobytu dla dzieci objętych opieką społeczną o 6,4 punktu procentowego oraz podniósł wskaźniki trwałości bez negatywnego wpływu na bezpieczeństwo i dobrostan dzieci objętych subsydiowaną opieką (Centrum Badań nad Dziećmi i Rodziną, Children and Family Research Center, 2004).² Stan Illinois planuje wykorzystać tę historię oferowania subsydiowanej opieki poprzez rozwinięcie swojego Programu wsparcia dla rodzin rozszerzonych oraz poprzez pracę nad zapewnieniem, że dzieci objęte opieką subsydiowaną, które są zagrożone przerwaniem pobytu w miejscu zamieszkania, otrzymają oparte na dowodach wsparcie programowe.

Program przeciwdziałania nadużywaniu alkoholu i innych środków odurzających (AODA)

Zwolnienie przyznane dla AODA wspierało wdrożenie i ocenę skuteczności wykorzystania trenerów powrotu do normalnego życia (pracowników ds. uzależnień), we współpracy z opiekunami spraw DCFS. Program ten rozpoczął się w 1999 roku pilotażem w hrabstwie Cook z

²Children and Family Research Center (2014). Subsidized guardianship and permanence – Policy brief. Champaign, IL: Autor.
Źródło: https://cfrc.illinois.edu/pubs/bf_20040801_SubsidizedGuardianshipAndPermanence.pdf

udziałem rodzin z niemowlętami narażonymi na działanie substancji psychoaktywnych (w tym alkoholowego zespołu płodowego). Wstępne wyniki oceny wykazały zwiększone prawdopodobieństwo połączenia rodziny i skrócenie czasu tego procesu w przypadku uczestników programu w zestawieniu z grupą porównawczą. Wstępna ocena wykazała potrzebę dostosowania usług do członków rodzin z zaburzeniami współistniejącymi (współistniejące nadużywanie substancji psychoaktywnych z zaburzeniami psychicznymi, przemocą domową lub potrzebami mieszkaniowymi). W rezultacie, w drugim okresie przedłużenia zwolnienia (2007), DCFS dodał specjalnych trenerów zdrowia psychicznego do zespołów trenerów powrotu do normalnego życia, rozszerzył ocenę o narzędzia przesiewowe dotyczące przemocy domowej i wzmocnił powiązania z biurem rzecznictwa mieszkaniowego DCFS. Ze względu na znaczenie czasu oceny i skierowania na leczenie, DCFS dodał mobilny komponent oceny do Programu oceny sądowej nieletnich, aby umożliwić przeprowadzenie oceny rodziców, którzy nie mogli uczestniczyć w tymczasowym przesłuchaniu w sprawie opieki. W hrabstwie Cook wykorzystanie trenerów powrotu do normalnego życia wraz z tymi dodatkowymi usługami wsparcia miało pozytywny wpływ na skrócenie czasu połączenia rodziny, a także prawdopodobieństwo połączenia w stosunku do grupy porównawczej.

W oparciu o początkowy sukces zwolnienia dotyczącego AODA, korzystanie z trenerów powrotu do normalnego życia i usług wspierających rozszerzyło się z hrabstw Cook na Madison i St. Clair w okresie wdrażania zwolnienia (do 30 września 2019 r.). Stan Illinois rozpoczął również testowanie skuteczności zintegrowanych usług opieki nad dziećmi i koordynatora ds. powrotu do zdrowia w sześciu hrabstwach Illinois (Boone, Grundy, Kane, Kankakee, Winnebago i Will) z czterema agencjami współpracującymi z Działem DCFS ds. Nierozdzielonych Rodzin (DCFS Intact Division). Członkowie rodzin z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, kwalifikujący się do skorzystania z usług w ramach programu Powrót do normalnego życia w nierozdzielonej rodzinie (IFR), biorą udział w pięcioletnim randomizowanym, kontrolowanym badaniu dotyczącym efektów tej interwencji.

Szkolenie

Po okresie pilotażowym w zakresie szkoleń i opracowywania programów szkoleniowych, DCFS wdrożył w czerwcu 2003 r. zwolnienie szkoleń (Training) z Tytułu IV-E, które pozwoliło stanowi Illinois rozszerzyć usługi szkoleniowe na pracowników prywatnych agencji opieki nad dziećmi, oprócz pracowników agencji DCFS. W sumie 130 pracowników prywatnych agencji wzięło udział w rozszerzonych usługach szkoleniowych, podczas gdy 148 pracowników prywatnych agencji znalazło się na liście oczekujących na rozszerzone usługi szkoleniowe. Ocena nie wykazała efektów interwencji w odniesieniu do powtarzających się zgłoszeń nadużyć lub zaniedbań, prawdopodobieństwa restrykcyjnego umieszczenia w placówce, ponownego połączenia i czasu do ponownego połączenia lub prawdopodobieństwa adopcji albo opieki. Jedynym efektem interwencji w różnych grupach był krótszy czas do adopcji wśród dzieci obsługiwanych przez personel przeszkolony w ramach Rozszerzonych usług szkoleniowych.³ W następstwie tego zwolnienia dotyczącego szkoleń, stan Illinois zreorganizował swoje szkolenia i rozszerzył ich zakres na personel zajmujący się opieką nad dziećmi w prywatnych agencjach. Stan Illinois nawiązał współpracę z uniwersytetami Illinois Springfield i Southern Illinois University Carbondale w celu opracowania, wdrożenia i oceny szkoleń symulacyjnych dla pracowników opieki społecznej nad dziećmi.

Inne inicjatywy

Departament Opieki Zdrowotnej i Usług Rodzinnych stanu Illinois (HFS) zbudował ogólnostanową sieć koordynacji opieki w ramach programu HFS HealthChoice Illinois. Program HealthChoice Illinois składa się z trzech programów koordynacji opieki w całym stanie. Do programów tych należą: HealthChoice Illinois (HCI), YouthCare, Medicare Medicaid Alignment Initiative (MMAI) i Integrated Health Homes (IHHs). Programy te wspólnie zapewniają wsparcie i usługi środowiskowe dla młodzieży kwalifikującej się do Medicaid. Spośród tych trzech programów, YouthCare jest przeznaczony dla młodzieży znajdującej się pod opieką DCFS.

³ Children and Family Research Center (2014). Subsidized guardianship and permanence – Policy brief. Champaign, IL: Autor.
Źródło: https://cfrc.illinois.edu/pubs/bf_20040801_SubsidizedGuardianshipAndPermanence.pdf

YouthCare

YouthCare Health Plan jest usługą skierowaną do kwalifikującej się do Medicaid młodzieży w wieku poniżej 21 lat, zapewniającą fizyczną i behawioralną opiekę zdrowotną, a także dostęp do leczenia stomatologicznego i okulistycznego. Więcej informacji na temat YouthCare można znaleźć na stronie:

<https://hfs.illinois.gov/medicalproviders/cc.html>



Ścieżki do sukcesu

Departament Opieki Zdrowotnej i Usług Rodzinnych stanu Illinois (HFS) wdrożył program Ścieżki do sukcesu (Pathways to Success) dla dzieci objętych Medicaid w wieku poniżej 21 lat w stanie Illinois. Program ten koncentrował się na zapewnieniu wsparcia osobom w wieku poniżej 21 lat ze złożonymi behawioralnymi potrzebami zdrowotnymi, określonymi w kompleksowej ocenie potrzeb i mocnych stron (Illinois Medicaid Comprehensive Assessment of Needs & Strengths, IM+CANS). W 2022 r. HFS rozpoczął ścisłą współpracę z DCFS w celu wdrożenia programu Ścieżki do sukcesu w DCFS. HFS i DCFS wspólnie przewodzą wysiłkom zmierzającym do zapisania zakwalifikowanej młodzieży do programu Ścieżki do sukcesu. Więcej informacji na temat programu Ścieżki do sukcesu można znaleźć na stronie

<https://hfs.illinois.gov/medicalproviders/behavioral/pathways.html>.

Infrastruktura wspierająca wdrażanie i ewaluację praktyk opartych na dowodach

W odpowiedzi na przegląd DCFS stanu Illinois przeprowadzony w 2003 r. przez ACYF, w którym udokumentowano obawy dotyczące nieodpowiednich wysiłków na rzecz zaspokojenia potrzeb dzieci w zakresie zdrowia psychicznego, dyrektor zlecił opracowanie szeregu strategii, w tym pilotażowe badanie trzech praktyk opartych na dowodach w ramach programu systemu opieki (obecnie nazywanego programem Intensive Placement Stabilization - IPS)⁴. Pilotaż ten służył nie tylko wykazaniu dowodów na skuteczność leczenia opartego na traumie, ale także zapoznaniu departamentu z wdrażaniem praktyk opartych na dowodach, które obejmowały zarządzanie zgodnością z modelowym działaniem, gromadzenie danych, przydzielanie do grup, rekrutację, utrzymywanie zaangażowania i szkolenia. DCFS wybrał trzy odpowiednie rozwojowo praktyki oparte na dowodach (EBP) do wdrożenia w trzech różnych grupach wiekowych: Psychoterapia dziecko-rodzic (Child Parent Psychotherapy, CPP) dla małych dzieci (0-6 lat); Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) dla dzieci w wieku szkolnym (6-12 lat); oraz Ustrukturyzowana psychoterapia młodzieży reagującej na przewlekły stres (Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress) dla nastolatków (12-17 lat). Chociaż wyzwania związane z wdrażaniem różniły się w zależności od modelu i lokalizacji, te EBP okazały się wykonalne i skuteczne w populacjach objętych opieką zastępczą, a modele zostały dostosowane i utrzymane w celu wdrożenia w stanie Illinois. Co więcej, w badaniu Northwestern zauważono, że „wprowadzono wrażliwe kulturowo dostosowania do podejść terapeutycznych w celu poprawy utrzymania klientów i wyników” i stwierdzono „brak różnic rasowych w utrzymaniu w programie i brak różnic w wynikach między młodzieżą z mniejszości narażoną na interwencję a innymi uczestnikami”. (Weiner, Schneider & Lyons, 2009, s. 1199)⁵.

Jak wcześniej wspomniano, zwolnienie dla IB3 wspierało również wdrożenie dwóch EBP (Psychoterapia dziecko-

⁴ Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (2004). Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois - Plan doskonalenia programu przeglądu usług dla dzieci i rodzin. Chicago.

⁵ Weiner, D. A. Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Przegląd usług dla dzieci i młodzieży*, 31(11), 1199-1205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>

rodzic - CPP i Program troskliwego rodzicielstwa - NPP), które wykazały pozytywny wpływ na odpowiednie wyniki opieki nad dziećmi dla uczestniczących rodzin. Wreszcie, od listopada 2016 r. do marca 2019 r. 43 młode kobiety w ciąży i młode matki objęte opieką uczestniczyły w usługach wizyt domowych w ramach programu Zdrowe Rodziny w stanie Illinois (Healthy Families Illinois, HFI).⁶ Centrum Chapin Hall na Uniwersytecie w Chicago przeprowadziło ewaluację wdrożenia tego pilotażowego programu, wykorzystując dane programowe zebrane od wizytatorów domowych i osób udzielających profesjonalne wsparcie przyszłym matkom (doulas); wywiady z wizytatorami domowymi, doulas, przełożonymi i młodymi rodzicami; oraz analizę danych administracyjnych dotyczących opieki nad dziećmi. Stan Illinois będzie nadal rozszerzać wykorzystanie programu zdrowych rodzin w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin.

Doświadczenie DCFS we wdrażaniu EBP z dziećmi, młodzieżą i rodzinami objętymi opieką społeczną stanowi podstawę doświadczenia w planowaniu i wdrażaniu prewencji w ramach Tytułu IV-E z dziećmi, młodzieżą i rodzinami bezpośrednio zagrożonymi objęciem opieką. Podejście stanu Illinois do wyboru interwencji opartych na dowodach w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin polega na wykorzystaniu istniejących możliwości stanu w zakresie różnych EBP, biorąc pod uwagę oceny tych EBP w Title IV-E Clearinghouse.

Infrastruktura międzysystemowa wspierająca usługi prewencyjne

Podejście stanu Illinois do usług prewencyjnych będzie w dużej mierze opierać się na współpracy między agencjami w celu poprawy świadczenia usług. DCFS nadal uczestniczy w trwających dialogach z siostrzanymi agencjami usług społecznych w celu koordynacji tych wysiłków. Wśród kilku forów, na których toczą się dyskusje, znajduje się Komitet partnerski ds. usług społecznych. Współpraca ta zrzesza kierownictwo agencji stanowych pod parasolem Departamentu Usług Społecznych (Department of Human Services, DHS), Departamentu ds. Osób Starszych (Department on Aging) i Rady Oświaty Stanu Illinois (Illinois State Board of Education, ISBE). Reprezentowane agencje DHS obejmują: Wydział Zapobiegania Używaniu

Środków Odurzających i Powrotu do Zdrowia (Division of Substance Use Prevention and Recovery, SUPR), Wydział Niepełnosprawności Rozwojowych (Division of Developmental Disabilities), Wydział Usług Rodzinnych i Społecznych (Division of Family and Community Services, DFCS), Wydział Zdrowia Psychicznego (Division of Mental Health, DMH) oraz Wydział Usług Rehabilitacyjnych (Division of Rehabilitative Services). Wielu odbiorców programów DCFS, takich jak Tymczasowa Pomoc dla Potrzebujących Rodzin (Temporary Assistance to Needy Families, TANF); Kobiety, Niemowlęta i Dzieci (Women, Infants and Children, WIC); oraz Uzupełniający Program Pomocy Żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) jest włączonych w usługi opieki społecznej nad dziećmi. DHS finansuje program Zdrowe rodziny w stanie Illinois, który obejmuje początkujących i przyszłych rodziców. W celu planowania usług prewencyjnych w ramach Tytułu IV-E, DCFS będzie nadal ściśle współpracować z Radą ds. wczesnej edukacji (Early Learning Council, ELC), w szczególności w odniesieniu do programu Zdrowe rodziny, aby rozszerzyć świadczenie usług wizyt domowych.

Inne ważne partnerstwo międzysektorowe i publiczno-prywatne obejmuje udział departamentu w Radzie ds. wczesnej edukacji (ELC) w zakresie obsługi dzieci w wieku 0-5 lat. Wśród wielu zadań ELC jest poprawa jakości i dostępu do opartych na dowodach programów wizyt domowych dla rodzin oraz zwiększenie koordynacji między programami wizyt domowych na poziomie stanowym i lokalnym. DCFS będzie kontynuować współpracę z ELC, w szczególności z jej grupą zadaniową ds. wizyt domowych, w celu koordynowania potrzeb w zakresie zarządzania, strategii i praktyki w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin w celu rozszerzenia usług wizyt domowych na większy odsetek zagrożonych rodzin oraz ciężarnych kobiet i młodych rodziców objętych opieką.

Jak opisano powyżej, ośrodki rzecznictwa rodzinnego (FAC) również oferują możliwość profilaktyki poprzez świadczenie usług i tworzenie powiązań. Ośrodki rzecznictwa rodzinnego to agencje społeczne zlokalizowane w całym stanie Illinois, które współpracują z wieloma innymi agencjami społecznymi i rządowymi oraz mają kompleksowe sieci w swoich lokalnych obszarach. Pracują z

⁶ Dworsky, A., Gitlow, E. & Ethier, K. (2018). Evaluation of the Home Visiting Pilot for Pregnant and Parenting Youth in Care: FY 2018 Preliminary Report. Chicago: Chapin Hall na Uniwersytecie w Chicago.



rodzinami, które są włączone w system opieki nad dziećmi oraz z rodzinami, które nigdy nie były nim objęte. W ten sposób rozszerzają one zasięg usług prewencyjnych dla rodzin nierozdzielonych, przyjmując skierowania do opieki po zamknięciu spraw dotyczących pozostania dziecka z rodziną lub przejścia pod opiekę Wydziału ds. ochrony dzieci (Division of Child Protection, DCP). Przyjmują również skierowania od opiekunów spraw i skierowania z postępowań wyjaśniających, niezależnie od tego, czy były one uzasadnione, czy nie. W roku budżetowym 2022 FAC obsługiwały ponad 8 501 rodzin, w tym 11 389 dzieci. W hrabstwie Cook działa 16 FAC, pięć w regionie północnym, osiem w regionie centralnym i cztery w regionie południowym. Ogólny plan rozszerzenia obejmuje zarówno nowe, jak i obecne ośrodki rzecznictwa rodzinnego obecne w 51 hrabstwach stanu Illinois. Nowością w 2022 r. jest uruchomienie przez DCFS Ośrodków dla absolwentów (Alumni Drop-In Centers) przeznaczonych dla byłej młodzieży z pieczy zastępczej w wieku do 30 lat oraz pomoc dla Programu wsparcia dla rodzin rozszerzonych (inaczej program nawigatora pokrewieństwa) przeznaczonego dla członków rodziny, którzy podjęli się roli opiekunów dzieci, aby zapobiec ich wejściu do systemu opieki zastępczej.

Każdy FAC rozwija własną sieć lokalnych świadczeniodawców w swojej społeczności; planowane są ulepszenia tego podejścia w celu uwzględnienia szerokiego zakresu usług socjalnych dostępnych za pośrednictwem różnych podmiotów, w tym agencji stanowych, okręgowych i miejskich. Zdrowie psychiczne, opieka medyczna i edukacja to inne obszary brane pod uwagę. Wiele agencji ma łączników ze społecznością, dzięki którym wzmacniają swoje sieci. W szczególności FAC rozpoczęły już współpracę

z lokalnymi biurami WIC w celu promowania wspólnych skierowań między tymi dwoma programami. Pod koniec tego wstępnego pięcioletniego planu FAC mają na celu posiadanie łączników nie tylko w lokalnych obszarach FAC, ale także w rozszerzonej sieci, która obejmuje każde lokalne biuro terenowe DCFS. Ustanowienie i utrzymanie tych lokalnych sieci będzie miało kluczowe znaczenie dla zapobiegania objęcia lub ponownego objęcia opieką departamentu. Proponowany pięcioletni plan dla ośrodków rzecznictwa rodzinnego można znaleźć w Załączniku C.

Konsultacje z interesariuszami i koordynacja w procesie planowania

Od sierpnia 2018 r. ponad 300 interesariuszy uczestniczyło w komitetach ds. programu usług prewencyjnych dla rodzin, aby poznać konsekwencje przepisów i przyczynić się do opracowania programów w stanie Illinois. Lista uczestników obejmuje lokalnych świadczeniodawców, kierownictwo i personel DCFS, badaczy i rzeczników polityki. Od sierpnia 2018 r. do marca 2019 r. osiem komitetów pracowało nad planowaniem i opracowaniem wdrożenia programu usług prewencyjnych dla rodzin. Grupy te obejmowały: Działania prewencyjne, Usługi dla nierozdzielonych rodzin (IFS), Opieka mieszkaniowa i zbiorowa, Licencjonowanie, Dane i wyniki, Zgodność finansowa i federalna, Prawo i polityka oraz Technologia. Jesienią 2018 roku stan Illinois przeprowadził wstępną ankietę wśród świadczeniodawców w celu zebrania podstawowych informacji na temat świadczenia praktyk opartych na dowodach (EBP), organizacji spotkań zespołów ds. dziecka i rodziny (CFTM) oraz świadczenia usług opartych na traumie. W podobnym podejściu

przeprowadzono analizy zdolności świadczeniodawców w całym stanie na podstawie informacji dostępnych w internetowej bazie danych Zasoby umożliwiające identyfikację i wyszukiwanie świadczeniodawców (Service Provider Identification & Exploration Resource, SPIDER) (aby uzyskać więcej informacji, prosimy zapoznać się z sekcją 3). Niedawno, latem 2019 r., DCFS poprosił o informacje zwrotne od administratorów agencji świadczących usługi dla rodzin nierozdzielonych (IFS) i przełożonych opiekunów spraw IFS, aby dogłębnie zrozumieć zakres usług i luki w edukacji rodzicielskiej, leczeniu uzależnień, leczeniu zdrowia psychicznego i usługach związanych z przemocą domową w celu wsparcia planowania i wdrażania EBP dla tej populacji. Na koniec, DCFS ustanowił łącznika ds. komunikacji w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin Family First, a także nawiązał współpracę z organizacją Casey Family Programs w celu zaangażowania biologicznych i zastępczych rodzin, byłych wychowanków rodzin zastępczych oraz członków rodzin w poznawanie możliwości oferowanych w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin i uczestniczenie w planowaniu.

Populacje docelowe

1. Dzieci objęte programem:
 - Usługi dla nierozdzielonych rodzin.
 - Powrót do normalnego życia w nierozdzielonej rodzinie.
 - Program wsparcia dla rodzin rozszerzonych (EFSP).
2. Dzieci przebywające w:
 - Niedawno połączonych rodzinach (w ciągu ostatnich 6 miesięcy).
 - Rodzinach adopcyjnych.
 - Rodzinach, które uzyskały subsydiowaną opiekę lub są krewnymi.
3. Młodzież w ciąży i wychowująca dzieci objęta opieką oraz młodzież w ciąży i wychowująca dzieci, która niedawno ukończyła 21 lat.

Wizja transformacji

Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois przewiduje przekształcenie systemu opieki nad dziećmi w oparciu o strategiczne założenia, które uznają, że:

- Rodziny są siłą napędową, określając własne cele oraz dostosowane, oparte na dowodach interwencje i wsparcie, które pomogą im osiągnąć te cele.
- Zrozumienie wpływu przeszłej i obecnej traumy, systemów ucisku, nierówności rasowych, środowisk i doświadczeń stanowi podstawę wszystkich interakcji z rodzinami.
- Spójne społeczności dysponują zasobami i możliwościami, aby wspierać rodziny i brać za to zbiorową odpowiedzialność.
- Wydajna technologia i skuteczna komunikacja tworzą sprawne i przejrzyste procesy, które minimalizują bariery dla rodzin poszukujących pomocy i ją otrzymujących.
- Pracownicy pierwszej linii są wyposażeni w szeroki wachlarz narzędzi, informacji i wiedzy, aby konsekwentnie pomagać rodzinom w osiągnięciu ich celów, poruszaniu się po złożonych systemach i minimalizowaniu dodatkowego ryzyka zaangażowania na jakimkolwiek etapie systemu opieki nad dziećmi po to, by:
 - Promować długotrwałe, spójne więzi między dziećmi i dorosłymi.
 - Zmniejszyć poczucie stygmatyzacji związane z potrzebą pomocy.
 - Umożliwić płynne, przygotowane przejścia między poziomami opieki w razie potrzeby.
 - W pełni wykorzystać potencjał każdego dziecka i chronić wrażliwych członków społeczności.



Dostosowanie wizji transformacji do misji DCFS

Wizja ta stanowi rozwinięcie trwających już prac departamentu nad zapewnieniem bezpieczeństwa, trwałości i wspierania dobrostanu w ramach modelu skoncentrowanego na rodzinie, opartego na traumie i mocnych stronach, poprzez wzmocnienie zdolności departamentu do:

- Ochrony dzieci, które zostały zidentyfikowane jako ofiary przemocy lub zaniedbania oraz zwiększenia gotowości ich rodzin do sprawowania nad nimi bezpiecznej opieki.
- Zapewnienia dobrego samopoczucia dzieci znajdujących się pod opieką DCFS.
- Jak najszybszego zapewnienia odpowiednich, stałych rodzin dla dzieci, które nie mogą bezpiecznie wrócić do domu, w tym wspierania spokrewnionych opiekunów oraz zbadania możliwości opieki i adopcji.
- Wspierania działań w zakresie wczesnej interwencji i zapobiegania krzywdzeniu dzieci.
- Współpracowania ze społecznościami w celu wypełnienia tej misji.

Wizja transformacji opieki zbiorowej

Ustawa o usługach prewencyjnych dla rodzin koncentruje się na zmianach w systemie opieki nad dziećmi w zakresie działań prewencyjnych, jak wspomniano powyżej, oraz na zmianach systemowych związanych z opieką zbiorową. Naszym celem jest przekształcenie kultury systemu, aby postrzegać opiekę zbiorową jako ograniczona czasowo, ukierunkowana interwencja terapeutyczna, której celem i wynikiem jest wspieranie ścieżek młodzieży do trwałości oraz umożliwienie jej życia w domach rodzinnych. Dokonamy tego poprzez:

- Przekształcenie podejścia do umieszczania dzieci w placówkach oraz praktyk świadczeniodawców, opiekunów spraw i opiekunów w celu zapewnienia bardziej skutecznych interwencji.
- Uznanie ryzyka nieodłącznie związanego z zapewnieniem młodzieży o wysokich potrzebach wsparcia w środowiskach lokalnych oraz wygenerowanie dodatkowych zasobów zapewniających miejsca bardziej zbliżone do rodzinnych, w których świadczone są usługi wysokiej jakości.

- Wymaganie od świadczeniodawców opieki zbiorowej i wspieranie ich w planowaniu przejścia i zaangażowaniu w łączenie młodych ludzi z zasobami społecznymi po zakończeniu ich pobytu w placówce.
- Wymaganie od opiekunów spraw, rodziców zastępczych i rodzin i wspieranie ich w utrzymywaniu kontaktu z młodzieżą, podczas gdy objęta jest ona interwencjami terapeutycznymi w placówkach opieki zbiorowej.

Wierzmy, że zwiększy to skuteczność interwencji w zakresie opieki zbiorowej, skróci czas pobytu, będzie wspierać udane przejścia z placówki do innego środowiska oraz promować zaangażowanie i długotrwałe więzi między dziećmi a pomagającymi im dorosłymi.

Więcej informacji na temat praktyk i procedur opieki zbiorowej w stanie Illinois można znaleźć na stronie <https://dcfs.illinois.gov/about-us/ffpsa.html>



Sekcja 2: Ocena

Dlaczego ocena ma znaczenie

Zgodnie z naszym zobowiązaniem do świadczenia zindywidualizowanych, holistycznych i kulturowo odpowiednich usług, musimy przeprowadzić dokładną ocenę, aby zaangażować rodziny, pozwolić im podzielić się swoimi historiami, poinformować o swoich potrzebach i opracować odpowiednie plany, aby skutecznie zaspokoić zidentyfikowane potrzeby. Ocena jest podstawową praktyką w ramach Modelu podstawowych praktyk DCFS (DCFS Core Practice Model).

„Wychodzimy i słuchamy historii, których nikt nie chce znać. Fakt, że słuchamy tych historii, dajemy o nich świadectwo oraz potwierdzamy i uwierzytelniamy ludzi, którzy je opowiadają, jest ogromną częścią naszej pracy, która nigdy nie została ujęta w naszym oficjalnym opisie stanowiska. Słuchamy historii, których nikt inny nie usłyszy. Ważne jest jednak nie to, czy słuchamy, ale jak słuchamy. Słuchamy, aby uświadomić sobie ich ból i jednocześnie docenić ich odporność - „nie poddawaj się” w codziennym życiu. Ta odporność gubi się w natłoku codziennych problemów, a naszym zadaniem jest o niej pamiętać, podtrzymywać ją i szanować”. [p 11].

Informacje ogólne: Usługi dla populacji nierozdzielonych rodzin

W tej części skupimy się na ocenach, zwracając szczególną uwagę na największą populację obsługiwaną przez program usług prewencyjnych dla rodzin (Family First), czyli nierozdzielone rodziny.

Populacja nierozdzielonych rodzin w całym stanie:

- Jest stosunkowo zróżnicowana.
- Ma dużo małych dzieci.
- Ma za sobą różnego rodzaju traumatyczne doświadczenia.

Przeglądając dane dotyczące tej populacji, można zauważyć, że:

- Jedna czwarta do jednej trzeciej dzieci z IFS żyje w rodzinach o niskim wsparciu społecznym.
- Około jedna trzecia dzieci z IFS żyje w rodzinach z barierami środowiskowymi/finansowymi.
- Prawie połowa dzieci z IFS żyje w rodzinach, w których

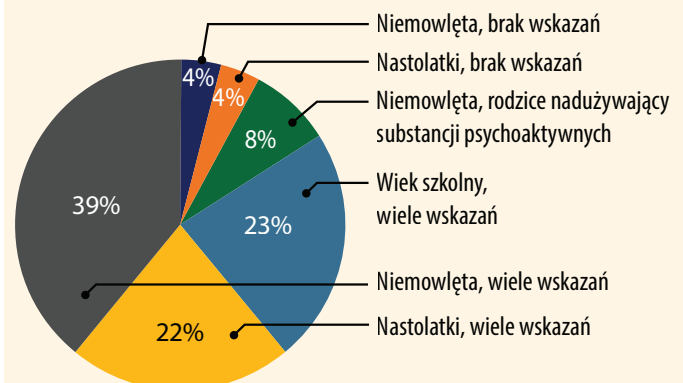
występują braki w umiejętnościach rodzicielskich.

- Prawie połowa dzieci z IFS jest w rodzinach nadużywających substancji odurzających.
- Prawie połowa dzieci z IFS pochodzi z rodzin, w których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne.
- Prawie połowa dzieci z IFS żyje w rodzinach doświadczających przemocy domowej.
- Ponad jedna trzecia dzieci z IFS sama wykazuje potrzebę korzystania z usług.

Ważne jest, aby przyrzeć się tym danym z uwagą. Nawet przy wysokim rozpowszechnieniu potrzeb, gdzie prawie połowa populacji odczuwa potrzebę, kolejna połowa jej nie odczuwa. Obowiązkiem naszego profesjonalnego personelu jest dokonanie tych ustaleń w sposób przemyślany, korzystając z informacji zebranych w okresie oceny. Nasze dane dotyczące całego stanu podkreślają potrzebę:

- Biegłości kulturowej.
- Wczesnej interwencji.
- Opieki i usług dostosowanych do potrzeb rozwojowych.
- Podejścia opartego na traumie.

6 kategorii subpopulacji korzystających z usług dla nierozdzielonych rodzin



Kluczowa rola CANS

Narzędzie Potrzeby i mocne strony dzieci i młodzieży (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS) służy do komunikacji między stronami w sprawie oraz do informowania o działaniach i podejmowaniu decyzji dotyczących dzieci i ich rodzin. Wszystkie osoby należące do systemu opieki nad dziećmi, które prowadzą sprawy, powinny zostać przeszkolone w zakresie prawidłowego korzystania z CANS.

Wsparcie w podejmowaniu decyzji: Z jakiego modelu powinienem skorzystać?

Czym jest narzędzie wspomaganie decyzji?

Wszystkie dostępne interwencje oparte na dowodach mogą być trudne do zapamiętania za każdym razem, gdy otwieramy nową sprawę. Stworzyliśmy dodatkowe wsparcie, które opiera się na przyznanej przez Pana(-ią) punktacji w CANS, aby pomóc dopasować dziecku lub członkowi rodziny odpowiednią interwencję opartą na dowodach, która najlepiej zaspokoi ich potrzeby. Narzędzie wspomaganie decyzji przeanalizuje wyniki wprowadzone dla każdej osoby i przedstawi zalecenia dotyczące zasobów, które można omówić z rodziną i połączyć ich ze świadczeniodawcami. ***Jest to narzędzie, które działa niejako za kulisami!***

Narzędzie wspomaganie decyzji = rekomendacje

- Aby narzędzie wspomaganie decyzji mogło zarekomendować usługi dla rodziny, relacja każdego członka rodziny z dzieckiem musi być poprawnie zidentyfikowana w CANS.
- Jeśli opiekun jest oceniany w późniejszym terminie, dziecko (dzieci) musi również zostać ocenione pod kątem zaleceń dotyczących usług w momencie oceny opiekuna, aby opiekun mógł się kwalifikować.

Ze względu na znaczenie CANS dla programu usług prewencyjnych dla rodzin, nasz zespół IT wbudował w SACWIS kilka nowych narzędzi, aby pomóc wszystkim pamiętać o wypełnieniu CANS do 45 dnia.

- W 30 dniu od otwarcia sprawy, jeśli w SACWIS nie ma zatwierdzonego CANS, opiekun sprawy otrzyma przypomnienie lub powiadomienie o konieczności uzupełnienia CANS.
- W dniu 45, jeśli nadal brakuje zatwierdzonego CANS, opiekun sprawy i przełożony będą otrzymywać powiadomienia na swoim pulpicie SACWIS do czasu ukończenia i zatwierdzenia CANS.
- Należy pamiętać, że SACWIS uznaje CANS za ukończony dopiero po jego zatwierdzeniu przez przełożonego, prosimy więc zapewnić sobie i przełożonemu wystarczająco dużo czasu na przejrzanie, zatwierdzenie i ewentualną edycję CANS przed upływem 45-dniowego terminu.



Tworzenie powiązań

Usługi prewencyjne są najbardziej skuteczne, gdy dzieci i rodziny są identyfikowane i łączone z holistycznymi, odpowiednimi usługami. W tej sekcji omówiony zostanie proces zapewniania rodzinom potrzebnych interwencji. Istnieje wiele czynników, które opiekun sprawy i jego przełożony wezmą pod uwagę:

- Czy rodzina jest zmotywowana?
- Czy dana interwencja jest rzeczywiście dostępna dla rodziny?
 - Należy wziąć pod uwagę odległość i inne kwestie związane z transportem.
 - Zdrowie/mobilność.
 - Charakterystyka społeczności (bezpieczeństwo, zasoby)
 - Czy wiążą się z tym jakieś koszty (np. współpłacenie)?
- Jak interwencja ta wpisuje się w ogólny plan sprawy?
 - Należy rozważyć logistykę planowania.
 - Prosimy omówić kwestie związane z pracą, opieką nad dziećmi, szkołą i innymi potencjalnymi barierami.
 - Czy wszystkie te wymagania można zrównoważyć w taki sposób, aby rodzina mogła odnieść sukces?

Rozwiązanie ostatniej kwestii (zrównoważenie planu i strategii jego wdrożenia) musi być wynikiem współpracy z rodziną. Chcemy uniknąć obciążenia usługami, które pojawia się, gdy nie uwzględnia się wszystkich potrzeb czasowych rodziny. Jeśli członek rodziny odniesie sukces na jednym z etapów planu, jego motywacja do wytrwania w nim wzrasta.

Opisujemy ten proces jako: **Przeprowadzenie ich przez ulicę**. Jest to partnerstwo oparte na relacjach. Sama liczba potrzeb może być przytłaczająca dla rodziny i specjalistów, którzy im służą. Wprowadzanie trwałych zmian wymaga skupienia i praktyki. Właśnie dlatego tworzymy zespół wspierający rodzinę. Skuteczne spotkania zespołu ds. dzieci i rodziny są okazją do planowania i rozwiązywania problemów, które obejmują naturalną sieć wsparcia. Te ważne zasoby mogą pomóc w przypomnieniach, transporcie i wsparciu emocjonalnym w razie potrzeby.

Czym jest praktyka oparta na traumie?

Dla pomyślnego wdrożenia programu usług prewencyjnych dla rodzin ważne jest zdefiniowanie praktyki opartej na traumie i interwencji opartych na dowodach. Praktyka oparta na traumie obejmuje rozpoznawanie i reagowanie na wpływ traumatycznych doświadczeń na osoby mające kontakt z systemem opieki nad dziećmi, w tym dzieci, opiekunów i świadczeniodawców. Programy i agencje pracujące z osobami, które doświadczyły traumatycznych sytuacji, muszą wprowadzać i utrzymywać świadomość traumy, wiedzę i umiejętności w swoich kulturach organizacyjnych, praktykach i politykach, aby zmaksymalizować bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, ułatwić powrót do zdrowia dzieci i rodzin oraz wspierać ich zdolność do rozwoju.

Dla wielu młodych ludzi, którym służymy, trauma może być źle oceniona i szybko zignorowana. Wynikające z tego obawy behawioralne, które często wiążą się z traumą, mogą stać się przedmiotem zainteresowania, prowadząc do wyzwań związanych z leczeniem i rozwojem dziecka. Interwencje przyjęte przez DCFS w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin mogą być skuteczne w zaspokajaniu szeregu potrzeb, w tym narażenia na traumę.

Aby uzyskać więcej informacji na temat opieki opartej na traumie i systemów opieki nad dziećmi opartych na traumie:

<https://www.childwelfare.gov/topics/responding/trauma/>

Czym są interwencje oparte na dowodach?

Zrozumienie wpływu traumy i zmiana naszego sposobu myślenia, aby postrzegać rodziny przez pryzmat traumy, tworzy bardziej współczujące i skuteczne podejście, jednocześnie służąc rodzinom przy użyciu interwencji, o których wiadomo, że są skuteczne. Interwencje oparte na dowodach obejmują podejścia do zapobiegania i/ lub leczenia, które są potwierdzone udokumentowanymi dowodami naukowymi. Obejmuje to wyniki ustalone w kontrolowanych badaniach klinicznych, ale inne metody ustalania dowodów są również ważne. Zrozumienie wpływu traumy, wraz z zapewnieniem rodzinom odpowiednich, opartych na dowodach interwencji, doprowadzi do bardziej pozytywnych i trwałych rezultatów dla dzieci i ich rodzin.

Interwencje w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin (Family First)

Stan Illinois wybrał następujące interwencje oparte na dowodach (EBI) do wdrożenia w pierwszej wersji naszego programu usług prewencyjnych dla rodzin. Interwencje te zostały wybrane ze względu na ich adekwatność do obsługiwanych populacji oraz zdolność stanu do wydajnego i skutecznego ich wdrożenia przy użyciu istniejących połączeń, umów i zasobów. Poniżej znajduje się podsumowanie każdego EBI.

Program pozytywnego rodzicielstwa (Positive Parenting Program, Triple P)

Cel interwencji:

- Głównym celem Triple P jest nauczenie rodziców, jak wzmacniać i budować relacje z dzieckiem, jednocześnie radząc sobie z wyzwaniami emocjonalnymi i behawioralnymi dziecka.
- Triple P to interwencja edukacyjna mająca na celu wsparcie rodziców lub opiekunów dzieci w wieku od 6 do 12 lat. Triple P to podejście oparte o wizyty domowe, które łączy się ze wsparciem w biurze.
- Triple P to podejście polegające na budowaniu umiejętności, które zachęca do rozwijania zdrowych kompetencji w zakresie rozwiązywania problemów.
- Triple P pomaga rodzinom radzić sobie z wyzwaniami behawioralnymi i emocjonalnymi, takimi jak: powtarzające się trudności z przestrzeganiem wskazówek, agresja, napady złości, trudności z utrzymaniem równowagi emocjonalnej i inne problemy behawioralne, które powodują zakłócenia w systemie rodzinnym, szkole i społeczności.
- Rodziny uczą się, jak monitorować zachowanie i wyznaczać konkretne, możliwe do zaobserwowania cele zmian.
- Interwencje są dostosowane do indywidualnych potrzeb każdej rodziny, aby wspierać rodziców w rozwiązywaniu problemów i poprawie zachowania dziecka.

Korzyści dla rodzin:

- Ograniczenie problemów behawioralnych, emocjonalnych i rozwojowych.

- Zwiększenie zdolności rodziny do rozwijania pozytywnych strategii rozwiązywania trudnych sytuacji.
- Poprawa relacji rodzinnych.

Czas trwania usług:

- Stan Illinois wdraża Poziom 4 Triple P, który wspiera rodziny objęte systemem opieki nad dziećmi.
- Zazwyczaj wymaga 8-10 sesji w ciągu 4-5 miesięcy.

Co rodzice powinni usłyszeć:

- Triple P to program rodzicielski opracowany z myślą o potrzebach każdej rodziny.
- Rodziny mają do dyspozycji konkretne interwencje i wskazówki dotyczące tego, jak, kiedy i gdzie z nich korzystać. Triple P daje rodzicom mapę drogową do naśladowania w obliczu trudnych wyzwań behawioralnych i emocjonalnych.
- Rodzina otrzymuje „zestaw pomysłów” i może wybrać najskuteczniejsze narzędzia dla siebie.
- Triple P buduje zaufanie rodziców i wzmacnia proaktywne interwencje, które zapobiegają wybuchom złości u dzieci.

Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT)

Cel interwencji:

- TF-CBT to interwencja terapeutyczna skoncentrowana na pomaganiu dzieciom, nastolatkom i ich rodzicom lub opiekunom w przezwyciężaniu skutków traumatycznych wydarzeń.
- Interwencja ta polega na wspieraniu dziecka (dzieci), młodzieży i członków rodziny w radzeniu sobie z czynnikami wyzwalającymi zachowanie, przy jednoczesnym zachęcaniu do tworzenia bezpiecznego środowiska domowego.
- Opiekunowie są uwzględniani w sytuacjach, w których nie spowodowali traumy i gdy są w stanie zapewnić dziecku bezpieczeństwo.
- Sesje angażują dzieci, rodziców i/lub opiekunów do wspólnego pokonywania skutków traumy.
- Sesje w domu obejmują szereg tematów, w tym edukację i umiejętności rodzicielskie.

- Sesje mogą obejmować wspólny czas z młodzieżą/opiekunem(-ami) i/lub oddzielny czas z młodzieżą, a także oddzielny czas z opiekunem(-ami).
- Rodzice otrzymują terapię, aby poradzić sobie z traumą z przeszłości, wyzwalaczami i reakcjami na stres.

Korzyści dla rodzin:

- Lepsze zarządzanie wyzwalaczami behawioralnymi.
- Zwiększenie zrozumienia traumy przez rodziców.
- Zwiększenie bezpieczeństwa osobistego i zachęcanie do ciągłego rozwoju.
- Identyfikacja i przezwyciężenie poczucia wstydu, zniekształconych przekonań na swój temat i innych komplikacji związanych z traumą.
- Zminimalizowanie szkodliwych praktyk rodzicielskich.
- Wspieranie bezpiecznego środowiska domowego.

Czas trwania usług:

- Usługi obejmują zazwyczaj od 12 do 16 sesji, jednak mogą być świadczone w ramach zaledwie ośmiu lub nawet 25 sesji.
- Cotygodniowe sesje trwają od 45 do 90 minut.

Co rodzice powinni usłyszeć o TF-CBT:

- Rodzice często muszą wierzyć, że małe dzieci nie będą pamiętać traumy lub że mówienie o niej może ją pogorszyć. Zazwyczaj, gdy pojawiają się problematyczne zachowania, rodzice nie łączą ich z traumą. Dzięki TF-CBT rodzice nauczą się, jak wspierać swoje dzieci, aby:
 - Zrozumiały, że trauma nie była ich winą i nie muszą sami sobie z nią radzić.
 - Identyfikowały i rozpoznawały swoje uczucia.
 - Zarządzały swoimi emocjami.
 - Tolerowały przypomnienia/wyzwalacze traumy poprzez naukę i stosowanie strategii relaksacyjnych.
- Celem TF-CBT jest pomoc w identyfikacji negatywnych i autodestrukcyjnych przekonań, aby zwiększyć zrozumienie, w jaki sposób trauma wpłynęła na całą rodzinę.
- Rodzice mogą zastąpić negatywne myśli pozytywnymi afirmacjami i umiejętnościami rozwiązywania

problemów, aby pomóc w stworzeniu psychologicznie bezpiecznego środowiska dla dziecka.

Psychoterapia dziecko-rodzic (Child Parent Psychotherapy, CPP)

Cel interwencji:

- CPP jest terapią opartą na traumie, skoncentrowaną na poprawie relacji rodzic-dziecko i leczeniu dzieci w wieku 0-5 lat, które doświadczyły traumy.
- Relacja dziecko-opiekun ma kluczowe znaczenie dla wspierania powrotu dziecka do zdrowia po traumie we wczesnym dzieciństwie i dla przywrócenia jego prawidłowego rozwoju.
- CPP to interwencja oparta na zabawie, skoncentrowana na przywiązaniu zarówno dla rodzica, jak i dziecka, która ma na celu wzmocnienie relacji rodzic-dziecko.
- CPP jest przeznaczona dla małych dzieci, które są narażone na wysokie ryzyko wystąpienia trudności emocjonalnych / behawioralnych i problemów z przywiązaniem w wyniku wczesnych traumatycznych doświadczeń.
- CPP może odbywać się w domu rodziny lub w gabinecie terapeuty.

Korzyści dla rodzin:

- Dostarczanie rodzicom wskazówek dotyczących prawidłowego rozwoju.
- Zapewnianie konkretnej pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z codziennym życiem.
- Wspieranie opiekuna w kwestii zagwarantowania dziecku zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego bezpieczeństwa.
- Pomaganie opiekunowi w interpretowaniu uczuć i działań dziecka oraz łączeniu przeszłości z teraźniejszością.
- Podkreślanie, że przeszłość obejmuje zarówno czynniki ryzyka, jak i czynniki ochronne.
- Zwracanie uwagi na normy i wartości kulturowe rodziny.

Czas trwania usług:

- CPP zaleca cotygodniowe sesje trwające od 1 do 1,5 godziny przez okres od 6 miesięcy do roku.

Co rodzice powinni usłyszeć o CPP:

- Wiemy, że rodzice są najważniejszymi osobami w życiu swoich dzieci.
- Problemy emocjonalne i behawioralne występujące w okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie muszą być rozwiązywane w kontekście pierwotnych relacji przywiązania dziecka.
- Pomimo młodego wieku, w którym doszło do traumy, będzie ona miała wpływ na rozwój dziecka.
- Psychoterapia dziecko-rodzic jest skuteczną terapią w leczeniu narażenia na traumę we wczesnym dzieciństwie.
- Badania wykazały, że wczesna interwencja i wsparcie dla relacji rodzic-dziecko jest skutecznym sposobem radzenia sobie i leczenia traumy u bardzo małych dzieci.

Program troskliwego rodzicielstwa (Nurturing Parenting Program, NPP)

Cel interwencji:

- NPP to interwencja skierowana do rodziców, która wykorzystuje grupy poznawczo-behawioralne oraz coaching i edukację rodzicielską w domu.
- NPP wspiera rodziny z dziećmi w wieku od 0 do 19 lat w celu zwiększenia poczucia własnej wartości rodziców, ich osobistego wzmocnienia, empatii, więzi i przywiązania do dziecka (dzieci).
- Celem NPP jest modyfikacja przekonań, które przyczyniają się do niewłaściwych zachowań rodzicielskich oraz zwiększenie umiejętności rodziców w zakresie wspierania więzi, opieki i zdrowego rodzicielstwa.
- Sesje coachingowe w domu pomagają rodzicom we wprowadzaniu nowych zachowań rodzicielskich, wzmocnianiu więzi i wspieraniu umiejętności opiekuńczych.
- Przeszkolony personel zapewnia wsparcie i powiązania z usługami edukacyjnymi, klinicznymi i rodzinnymi.

- Rodzice otrzymają wsparcie w zakresie pracy nad obszarami rodzicielstwa, które są najtrudniejsze dla każdego rodzica/rodziny i poznają strategie dbania o siebie.

Korzyści dla rodzin:

- Pomoc rodzinom w opracowaniu alternatywnych strategii dla surowych praktyk dyscyplinarnych.
- Zwiększenie wiedzy rodziców na temat odpowiednich do wieku oczekiwań rozwojowych.
- Zwiększenie umiejętności rodzicielskich w celu poprawy poczucia własnej wartości i skuteczności rodziców.
- Poprawa rodzicielskiej empatii, więzi i przywiązania do dziecka (dzieci).
- Zmniejszenie ryzyka wystąpienia nadużyć lub zaniedbań.

Czas trwania usług:

- Model przewiduje 18-23 sesje.
- Sesje te mogą opierać się wyłącznie na indywidualnym coachingu domowym lub łączyć sesje grupowe i indywidualny coaching domowy.
- Każda sesja grupowa trwa 2,5 godziny.

Co rodzice powinni wiedzieć o NPP:

- NPP wspiera rodziców i opiekunów w celu poprawy umiejętności rodzicielskich poprzez stosowanie interwencji opartych na relacjach.
- NPP to podejście, które koncentruje się na więzi i przywiązaniu między rodzicami i dziećmi.
- NPP zapewnia rodzicom potrzebne wsparcie w rozwiązywaniu problemów, które zwróciły na nich uwagę DCFS.
- Format grupy oferuje rodzicom możliwość pracy nad kompetencjami rodzicielskimi z innymi rodzicami, którzy mieli podobne doświadczenia/wyzwania.

Terapia wielosystemowa (Multi-Systemic Therapy, MST)

Cel interwencji:

- MST to intensywna terapia rodzinna oparta na społeczności. MST służy młodzieży w wieku 12-17 lat.
- MST zapewnia interwencje dla młodzieży uwikłanej w system prawny lub przejawiającej agresywne zachowania, używającej substancji psychoaktywnych, wagarującej i angażującej się w zachowania, które uniemożliwiają jej rozwój.
- MST opiera się na wysoko wyszkolonych i wykwalifikowanych terapeutach, którzy pracują z każdą młodą osobą, jej opiekunami i innymi wyznaczonymi członkami, którzy stanowią część systemu terapeutycznego młodzieży. System ten może obejmować: personel szkolny, służby sądowe, wsparcie zawodowe lub inne określone formy wsparcia.
- Terapeuta zapewnia wsparcie 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Terapeuta i zespół terapeutyczny opracowują produktywne rozwiązania i strategie, aby pomóc młodzieży wrócić na właściwe tory.

Korzyści dla rodzin:

- Wspieranie zmiany zachowań poprzez umożliwienie rodzinom i opiekunom trwałego rozwiązywania problemów.
- Dostęp do wsparcia dla rodzin przez **24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu** za pośrednictwem MST.
- Ścisła współpraca rodziny z zespołem, który jest zaangażowany w osiągnięcie jak najlepszych wyników dla młodzieży.
- Klinicyści MST mają niewielką liczbę spraw, aby skupić się i poświęcić wymaganą uwagę młodzieży i rodzinom, gdy jest to najbardziej potrzebne.

Czas trwania usług:

- Terapeuta MST rozpoczyna od obserwacji młodzieży przez okres 1-3 tygodni, a następnie tworzy indywidualny plan terapii.
- Proces ten obejmuje regularne spotkania z rodziną i młodzieżą, aby sprawdzić, jak przebiega terapia i czy są

jakieś wyzwania, którymi należy się zająć.

- Terapeuci MST zapewniają **1-2-godzinne sesje, 3-5 razy w tygodniu**; terapia może trwać do pięciu miesięcy.

Co rodzice powinni wiedzieć o MST?

- Sesje MST są dostosowane do każdej rodziny i jej własnego harmonogramu.
- Terapeuci MST spotykają się z rodzinami w razie potrzeby w społeczności (np. w szkole).
- Terapeuta współpracuje z rodziną w celu opracowania zindywidualizowanego planu, który obejmuje strukturę nagród i konsekwencji opartych na zachowaniach.
- Jest to podejście zespołowe, które koncentruje się na zwiększaniu umiejętności prospołecznych i rozwijaniu silnego wsparcia społecznego, co zwiększa sukces terapeutyczny młodzieży.

Kompleksowa usługa o wysokiej precyzji (High Fidelity Wraparound, Wraparound)

Cel interwencji:

- Głównym założeniem kompleksowej usługi jest zindywidualizowany, oparty na współpracy zespołowej proces mający na celu zapewnienie skoordynowanych usług i wsparcia.
- Kompleksowa usługa wspiera dzieci i młodzież **w wieku 0-21 lat** ze złożonymi potrzebami w zakresie zdrowia emocjonalnego, behawioralnego lub psychicznego oraz ich rodziny, które są zaangażowane w kilka systemów opieki nad dziećmi i rodziną (np. zdrowie psychiczne, opieka nad dziećmi, wymiar sprawiedliwości dla nieletnich, edukacja specjalna itp.)
- Kompleksowa usługa jest procesem pomocy rodzinom, świadczeniodawcom i kluczowym członkom sieci wsparcia społecznego rodziny w celu współpracy i stworzenia planu opartego na ich mocnych stronach, który odpowiada na szczególne potrzeby dziecka i rodziny (Suter & Bruns, 2009).
- Członkowie zespołu następnie wdrażają plan i kontynuują regularne spotkania w celu monitorowania postępów i dostosowywania planu w razie potrzeby.

Korzyści dla rodzin:

- Zmniejszenie wyzwań behawioralnych, emocjonalnych i rozwojowych.
- Zwiększenie zdolności rodziny do rozwijania pozytywnych strategii rozwiązywania trudnych sytuacji.
- Poprawa relacji rodzinnych.
- Wsparcie wysoko wykwalifikowanego koordynatora Wraparound.
- Dostęp do elastycznego finansowania w celu zaspokojenia potrzeb zidentyfikowanych w trakcie pracy zespołowej.
- Umożliwienie rodzinie określenia swoich celów i współpracy z zespołem na rzecz zaspokojenia potrzeb młodzieży i rodziny tak, aby cele te zostały osiągnięte.

Czas trwania usług

- Kompleksowa usługa jest realizowana w fazach, których pomyślne ukończenie wymaga zazwyczaj 6-12 miesięcy.

Co rodzice powinni wiedzieć o kompleksowej usłudze?

- Kompleksowa usługa jest procesem umożliwiającym opiekunom młodzieży zidentyfikowanie mocnych stron i potrzeb rodziny we współpracy z zespołem i przygotowanie planu, który pomoże w osiągnięciu celów.
- Proces kompleksowej usługi jest ukierunkowany na rodzinę. Oznacza to, że kieruje Pan(i) tym procesem od jego rozpoczęcia aż do zakończenia.
- Rodzice otrzymają bezwarunkowe wsparcie koordynatora kompleksowej usługi. Koordynator będzie współpracować z Panem(-ią) i całym zespołem, aby upewnić się, że plany są odpowiednie dla Pana(-i) i rodziny.
- Zespół utworzony w ramach procesu kompleksowej usługi będzie stałym wsparciem dla Pana(-i) i rodziny.

Jeden krok na raz

W niektórych przypadkach rodzice mogą być zobowiązani do zakończenia lub przynajmniej osiągnięcia pewnej stabilności w ramach interwencji krytycznej [np. nadużywanie substancji odurzających lub przemoc domowa] PRZED zaangażowaniem się w program usług prewencyjnych dla rodzin, co zapewni im stabilizację lub pomoże w osiągnięciu większej gotowości do kolejnych interwencji. Omówienie planu z rodziną, przełożonym lub zespołem rodzinnym pomaga stworzyć mapę drogową do osiągnięcia sukcesu. Większość z nas nie jest w stanie skutecznie wprowadzić wielu zmian jednocześnie.

Aby dowiedzieć się więcej o interwencjach w ramach programu usług prewencyjnych dla rodzin:

- Psychoterapia dziecko-rodzic: <https://childparentpsychotherapy.com/>
- Program troskliwego rodzicielstwa: <https://www.nurturingparenting.com/>
- Terapia wielosystemowa: www.mstservices.com
- Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie: <https://tfcbt.org/>
- Program pozytywnego rodzicielstwa: www.triplep.net
- Kompleksowa usługa: Krajowa inicjatywa kompleksowej usługi (National Wraparound Initiative, NWI) (pdx.edu) - <https://nwi.pdx.edu>



Informacje ogólne

Po dokładnym rozważeniu potrzeb rodziny za pomocą CANS i opracowaniu planu określonej interwencji, w tej części omówione zostaną kroki, jakie należy podjąć, aby złożyć wniosek o skierowanie za pośrednictwem systemu internetowego departamentu. Skierowanie i wszystkie kluczowe dokumenty towarzyszące [tj. udostępnienie informacji, zintegrowana ocena] zostaną przesłane do wybranych świadczeniodawców interwencji opartych na dowodach

Krok pierwszy: weryfikacja informacji o uczestniku sprawy w systemie SACWIS

- Imiona i nazwiska - proszę sprawdzić pisownię imienia i nazwiska każdej osoby oraz upewnić się, że w systemie SACWIS istnieje tylko jeden wpis jej dotyczący.
- Data urodzenia - proszę zweryfikować datę urodzenia wszystkich dzieci.
- Adres - proszę sprawdzić, czy dane adresowe są prawidłowe.
- Powiązania osób - proszę upewnić się, że wszyscy członkowie są powiązani z rekordem danej osoby. Jeśli znaleziono wiele zapisów dla danej osoby, proszę zwrócić się o ich połączenie, kontaktując się z SCR.Mailbox@illinois.gov.
- Powiązania grup rodzinnych - proszę upewnić się, że sprawa została otwarta we właściwej grupie rodzinnej.
- Identyfikatory klienta CYCIS - Wszystkie osoby korzystające z usług muszą mieć identyfikator klienta CYCIS powiązany z ich osobistym identyfikatorem w systemie SACWIS.

Krok drugi: Korzystanie z systemu SACWIS w celu skierowania sprawy

SACWIS do instrukcji portalu:

W sekcji Planowanie prewencyjne (Prevention Planning) widoczne są dwie opcje: Świadczone usługi i rekomendacje.

- Jeśli widzi Pan(i) 1 lub więcej nieodesłanych rekomendacji, prosimy postawić kropkę w sekcji Rekomendacje i postępować zgodnie z poniższymi krokami.
- Jeśli nie ma żadnych rekomendacji, ale nadal chce Pan(i) wystawić skierowanie na konkretną interwencję, prosimy postawić kropkę w polu Świadczone usługi i

postępować zgodnie z poniższymi krokami.

1. Wybierz link Nowa usługa prewencyjna (New Prevention Service).
2. Wybierz odpowiednią usługę prewencyjną.
3. Wybierz uczestnika sprawy i innych pozostałych członków.
4. Wybierz opcję Dodaj usługi.
5. Wybierz populację docelową: Strategia nierozdzielania i wybrania prewencji.
6. Dodaj uwagi dotyczące skierowania.
7. Wybierz Wyślij skierowanie, aby przekazać je do portalu.
8. Sprawa powinna być teraz wyświetlana na pulpicie opiekuna sprawy jako nieprzekazana.

W portalu

1. Na pulpicie opiekuna sprawy kliknij numer skierowania.
2. Sprawdź informacje o kliencie.
3. Przewiń w dół, aby zapoznać się ze szczegółami skierowania.
4. Kliknij link, aby dodać świadczeniodawcę.
5. Wprowadź adres klienta.
6. Kliknij link odpowiedniego świadczeniodawcy.
7. Kliknij link w prawym górnym rogu, aby powiązać świadczeniodawcę ze skierowaniem.
8. Dodaj godziny.
9. Dodaj typ jednostki.
10. Dodaj datę początkową i końcową.
11. W razie potrzeby dodaj adnotacje pod uwagami dotyczącymi skierowania.
12. Zapisz.
13. Kliknij Wyślij skierowanie (spowoduje to wysłanie skierowania na pulpit przełożonego w celu zatwierdzenia).
14. Przełożony: Kliknij numer skierowania, przewiń w dół i kliknij Zatwierdź.

Jeśli pulpit przełożonego nie działa, można przeszukać całą bazę danych:

1. Przejdź do portalu świadczeniodawców.
2. Kliknij Listę skierowań.
3. Zobacz Pan(i) rozwijaną listę obok skierowań zaakceptowanych przez świadczeniodawców (Provider Accepted Referrals).

4. Z listy rozwijanej:

- Wybierz „Nieprzesłane” aby zobaczyć, w których przypadkach opiekun sprawy będzie musiał wypełnić formularz 507 i przesłać do zatwierdzenia; LUB
- Wybierz „Niezatwierdzone”, aby zobaczyć skierowania, dla których pracownicy wypełnili formularz 507 w portalu, ale oczekują na zatwierdzenie.
- W przypadku skierowań oczekujących na zatwierdzenie: Kliknij numer, przewiń w dół do opcji Sprawdź informacje o skierowaniu i kliknij Zatwierdź na dole strony.

Jak dodać kolumnę do filtrowania według pracownika:

1. Kliknij Listę skierowań.
2. Wybierz odpowiednie menu rozwijane (Nieprzesłane lub Niezatwierdzone skierowania, wybierz dowolną inną kategorię rozwijaną w celu uzyskania poszukiwanych informacji).
3. Przejdź do prawego rogu i kliknij Edytuj kolumny.
4. Kliknij + Kolumny.
5. Wybierz imię i nazwisko opiekuna sprawy i przewiń stronę do dołu.
6. Kliknij przycisk Zamknij.
7. Kliknij przycisk Zastosuj.
8. Kliknij rozwijaną listę Imię i nazwisko opiekuna sprawy.
9. Wybierz opcję Filtruj według.
10. Wprowadzić imię i nazwisko opiekuna sprawy w drugim polu.
11. Kliknij przycisk Zastosuj.
12. Zostanie wyświetlona informacja o oczekujących skierowaniach dla danego pracownika.

Aby dezaktywować/anulować skierowanie:

1. Kliknij kółko po lewej stronie wybranego skierowania.
2. Kliknij opcję Dezaktywuj w górnej części strony portalu.
3. Potwierdź, że chcesz dezaktywować.
4. W przypadku pomyłki można odzyskać skierowanie z folderu dezaktywowanych skierowań.

Przypomnienia!

1. Przypnij portal świadczeniodawcy <https://dcfsdpm.crm9.dynamics.com/> do przeglądarki Chrome lub Microsoft Edge.
2. Jeśli nie posiada Pan(i) dostępu do portalu, można wypełnić formularz dostępu do portalu świadczeniodawców, aby poprosić o jego uzyskanie. Formularz jest dostępny na stronie głównej D-Net -> OITS -> Request Services -> *Request Provider Portal Access*.

Krok trzeci: planowanie powiązań i koordynacji przy użyciu najlepszych praktyk

Wprowadzenie portalu pomaga w wystawieniu skierowania, jednak będzie Pan(i) chciał(-a) skoordynować opiekę nad rodziną bezpośrednio ze świadczeniodawcą. Kontakt ten może umożliwić uwzględnienie listy oczekujących lub pomóc w ustaleniu dodatkowych materiałów, które rodzina będzie musiała przynieść, aby pierwsza wizyta była produktywna. Jeśli nie zna Pan(i) jeszcze danej agencji, komunikacja ta będzie miała zasadnicze znaczenie dla budowania relacji podczas wspólnej pracy na rzecz rodziny.

Sekcja 5: Usługi DCFS w zakresie wizyt domowych

RODZAJ USŁUG	OPIS
Usługi dla nierozdzielonych rodzin	Mają polegać na świadczeniu krótkoterminowych dobrowolnych usług zmierzających do podjęcia uzasadnionych wysiłków w celu ustabilizowania, wzmocnienia, poprawy i zachowania życia rodzinnego poprzez zapewnienie świadczeń umożliwiających dzieciom bezpieczne pozostanie w domu.
Erikson DCFS Projekt wczesnego dzieciństwa	Oferuje konsultacje i powiązania usług dla małych dzieci z usługami dla nierozdzielonych rodzin. Specjaliści ds. wizyt domowych działają jako łącznicy w celu zapewnienia wizyt domowych rodzinom objętym opieką społeczną nad dziećmi.
Usługi wizyt domowych	Jest to darmowe i dobrowolne źródło pomocy, z którego korzysta wiele rodzin, niezależnie od tego, czy są one objęte opieką społeczną nad dziećmi, czy też nie. Pomaga rodzicom pracować nad wspieraniem rozwoju ich dzieci i wzmacnianiem relacji rodzic-dziecko.

Informacje ogólne na temat wizyt domowych

Relacja rodzic-dziecko jest jednym z najważniejszych czynników w rozwoju młodego człowieka. DCFS zdaje sobie sprawę, że małe dzieci objęte opieką społeczną są narażone na zwiększone ryzyko niekorzystnych doświadczeń, które mogą mieć wpływ na ich zdrowie emocjonalne i rozwój. DCFS uznaje również, że istnieją podejścia oparte na dowodach, w tym usługi wizyt domowych, które mogą wspierać i wzmacniać relacje rodzic-dziecko. Wizyty domowe, świadczone we wczesnych latach, okazały się skuteczne w poprawie wyników matek i dzieci.

Zgodnie z tą wiedzą, Instytut Eriksona (Erikson Institute) zobowiązał się do wspierania skutecznych powiązań z programami wizyt domowych dla rodzin z dziećmi w wieku od prenatalnego do 3 lat, które zostały zidentyfikowane jako wymagające takich usług. Ponieważ dostępność usług wizyt domowych różni się w zależności od społeczności, połączenie to będzie miało miejsce zawsze, gdy w obszarze usług istnieje program, do którego kwalifikuje się rodzina.

Powiązanie z wizytami domowymi ma charakter partnerstwa

- Wiek prenatalny - 3 lata:** Osoby prowadzące sprawy powinny rozważyć wizyty domowe jako możliwą usługę dla każdej rodziny z małymi dziećmi, w wieku od urodzenia do 3 lat. Zgodnie z polityką DCFS, powinni oni skontaktować się z DCFS.HomeVisiting@illinois.gov w przypadku każdej rodziny spodziewającej się dziecka, aby wesprzeć przyszłych rodziców rozważających wizytę domową.
- Dobrowolna interwencja:** Program wizyt domowych jest darmowy i dobrowolny. Rodzice mogą z niego zrezygnować w dowolnym momencie bez ponoszenia żadnych konsekwencji. Rodzice muszą wyrazić pisemną zgodę na udział w programie wizyt domowych.
- Konsultacje z opiekunami spraw:** Specjaliści ds. wizyt domowych w ramach wspólnej inicjatywy Instytutu Eriksona i DCFS Projekt wczesnego dzieciństwa (Early Childhood Project) będą współpracować z kierownikami przypadków w celu znalezienia programów, które mogą służyć danej rodzinie. Pracują oni nad zmniejszeniem barier, które uniemożliwiają rodzinom skuteczne skorzystanie z tego długoterminowego wsparcia prewencyjnego. Specjaliści ds. wizyt domowych służą pomocą w każdym momencie, udzielając informacji, wyjaśniając procesy, a także pomagając w pokonywaniu barier.

- **Powiązanie:** Programy wizyt domowych obejmują proces rekrutacji rodzin. Dzięki nim specjaliści ds. wizyt domowych dowiedzą się o wszelkich barierach/trudnościach w zapisaniu rodziny do programu.
- **Warto wiedzieć:** Programy wizyt domowych nie prowadzą do oceny zdolności rodzicielskich. Za zgodą rodzica i we współpracy z nim, programy wizyt domowych mogą zapewnić ogólny pogląd na zaangażowanie rodziny, udział w spotkaniach dotyczących sprawy opieki nad dzieckiem oraz wsparcie rodziny w realizacji planu usług. Programy wizyt domowych mogą nadal oferować rodzicom wsparcie przez pewien czas po zamknięciu sprawy dotyczącej opieki nad dzieckiem.

Wszelkie pytania i prośby prosimy kierować na adres DCFS.HomeVisiting@illinois.gov

Podsumowanie działań:

Opiekun domowy najpierw pracuje nad zbudowaniem relacji i zrozumieniem potrzeb i celów rodzica. Intensywność usług opiera się na potrzebach rodzica, zaczynając od cotygodniowych i stopniowo przechodząc do kwartalnych wizyt domowych, gdy rodzina staje się bardziej samowystarczalna.

Jakie są korzyści/wyniki dla klientów?

Stwierdzono, że usługi wizyt domowych:

- Wzmacniają relacje rodzic-dziecko.
- Poprawiają wyniki porodu (zmniejszenie liczby porodów przedwczesnych i niskiej masy urodzeniowej) oraz ogólny stan zdrowia dziecka i matki.
- Zwiększają gotowość szkolną.
- Zmniejszają liczbę przypadków znęcania się nad dziećmi i zaniedbywania ich.

Nowa polityka DCFS dotycząca usług dla nierozdzielonych rodzin/wizyt domowych:

Od 2020 r. wprowadzono modyfikacje do polityki 302.388 w celu promowania usług wizyt domowych dla rodzin już w okresie trwania ciąży. Polityka DCFS wymaga wystawienia skierowania na usługi wizyt domowych dla nierozdzielonych rodzin, które spełniają następujące warunki:

- Jeśli rodzic, opiekun lub osoba młoda jest w ciąży lub jeśli w skład rodziny wchodzi dzieci w wieku 0-3 lat.
- Jeśli rodzina odmawia wyrażenia zgody na skorzystanie z usług dla nierozdzielonej rodziny, osoba prowadząca postępowanie w sprawie ochrony dziecka podejmie działania w celu powiązania rodziny z usługami wizyt domowych.
- Jeśli inspektor ds. ochrony dzieci lub administrator danego obszaru stwierdzi, że rodzina nie kwalifikuje się do świadczeń dla nierozdzielonej rodziny, a w jej skład wchodzi dzieci w wieku 0-3 lat, podjęte zostaną starania w celu umożliwienia dostępu do usług wizyt domowych.

Wizyty domowe najlepiej wspierają rodziny, gdy są one włączone w okresie prenatalnym. Prosimy dopilnować, aby wszystkie przypadki nierozdzielonych rodzin znajdujące się w Pana(-i) bazie zostały połączone z usługami wizyt domowych, gdy tylko dowie się Pan(i) o ciąży, wysyłając wiadomość na adres DCFS.HomeVisiting@illinois.gov.

Wizyty domowe są dobrowolne. Rodzic musi wyrazić zgodę na taką usługę. Polityka ta ma zagwarantować, że podejmowane są wysiłki w celu zaoferowania usług wizyt domowych i powiązania rodziców z małymi dziećmi ze służbami opiekuńczymi, które mogą być obecne w ich życiu po zakończeniu okresu opieki społecznej nad dziećmi. Jeśli podejmie Pan(i) starania, a rodzina odmówi interwencji, to nic nie szkodzi. Prosimy jednak o dokumentowanie swoich prób.

Jak rozpocząć proces wizyt domowych?

RODZAJ USŁUG	INFORMACJE KONTAKTOWE
Usługi wizyt domowych	Telefon: 312-893-7181 E-mail: DCFS.HomeVisiting@illinois.gov
Erikson DCFS Projekt wczesnego dzieciństwa	Telefon: 312-893-7181 Email: dcfsproject@erikson.edu Strona internetowa: https://www.erikson.edu/services/clinical-practitioner-programs/early-childhood-project/



Sekcja 6: Wywiad motywujący (Motivational Interviewing, MI)

Zmiana jest procesem złożonym i wymaga motywacji, dostępu, wsparcia i możliwości. W tej sekcji dokonamy przeglądu kluczowych koncepcji dotyczących prowadzenia wywiadu motywującego (MI). Są to łatwe do zrozumienia idee, ale zdobycie umiejętności w tej dziedzinie będzie wymagało zaangażowania i praktyki. MI jest idealną częścią wszystkiego, co robimy podczas pracy z drugą osobą, bez względu na to, jakie inne interwencje stosujemy, jest spoiwem, które trzyma wszystko razem, a nie dodatkowym lub uzupełniającym zadaniem w naszej pracy. Mamy nadzieję, że Pana(-i) podróż uzyska wsparcie i podzieli się Pan(i) swoimi sukcesami i zmaganiem w MI z całym zespołem.

Na czym polega wywiad motywujący?

Wywiad motywujący (MI) to metoda rozmowy z ludźmi na temat zmiany. Definiuje się go jako „styl rozmowy oparty na współpracy, mający na celu wzmocnienie motywacji i zaangażowania danej osoby w zmianę” (Miller & Rollnick, 2013). Innymi słowy, jest to sposób wspierania ludzi, którzy sami przekonują się do zmiany!

MI zakłada, że ludzie często mają trudności ze zmianą, ponieważ mają dwojakie odczucia. Są ambiwalentni. Jakaś ich część chce się zmienić, a inna wymyśla argumenty, by się nie zmieniać - „Wiem, że te zajęcia dla rodziców byłyby pomocne, ale tak trudno jest zacząć, a poza tym moje życie jest już i tak zbyt intensywne”.

W MI, po zidentyfikowaniu obawy lub celu zmiany, specjalista ds. opieki nad dziećmi służy jako przewodnik, który pomaga i wspiera daną osobę podczas odkrywania jej ambiwalencji, a co ważniejsze, w celu uzyskania jej własnej motywacji do zmiany - takiej jak powody, dla których rozważa zmianę, możliwe korzyści, w jaki sposób może dokonać zmiany, aby odnieść sukces, jak ważna lub pilna jest potrzeba zmiany, poziom pewności siebie w pójściu naprzód, kto jeszcze mógłby wesprzeć zmianę, a także możliwe kolejne kroki.

Dlaczego decydujemy się na wdrożenie MI?

Koncepcja wywiadu motywującego (MI) wyrosła z doświadczenia w leczeniu osób pijących alkohol i została po raz pierwszy opisana przez psychologa Williama R. Millera w artykule opublikowanym w 1983 roku.

Historycznie rzecz biorąc terapia uzależnień, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, charakteryzowała się wysoce konfrontacyjnym, opartym na wstydzie podejściem, mającym na celu przełamanie „zaprzeczenia” u osób uzależnionych, tak aby zrozumiały one potrzebę zmiany. Podejście to okazało się w większości nieskuteczne i przyniosło efekty przeciwne do zamierzonego. Ogólnie rzecz biorąc ludzie mają tendencję do opierania się próbom nakłonienia ich przez innych do zmiany, nawet jeśli wysiłki te są dobrze przemyślane.

Wraz z publikacją przełomowej książki Williama R. Millera i Stephena Rollnicka, *Wywiad motywujący (Motivational Interviewing)*, w 1991 roku specjaliści zajmujący się opieką nad dziećmi poznali alternatywny sposób przeprowadzania „rozmów wspierających” z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych. Autorzy opisali sposób interakcji oparty na określonym stylu rozmowy i wykorzystaniu konkretnych umiejętności i strategii komunikacyjnych.

Drugie wydanie, *Wywiad motywujący: Przygotowanie ludzi do zmiany (Motivational Interviewing: Preparing People for Change)*, zostało opublikowane w 2002 roku. Dopracowano w nim podejście MI, przedstawiono wyłaniającą się bazę badawczą dla MI i szczegółowo opisano jego rozprzestrzenianie się na inne obszary poza zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym zdrowie, zaburzenia behawioralne, więziennictwo i szkoły.

Trzecie wydanie, *Wywiad motywujący: Pomaganie ludziom w zmianie (Motivational Interviewing: Helping People Change)*, 2013, rozszerzyło podejście MI i wprowadziło kilka nowych koncepcji, w tym cztery procesy rozmów MI (angażowanie, ukierunkowywanie, wywoływanie i planowanie) oraz rozróżnienie między podtrzymywaniem rozmowy a niezgodą. Obecnie MI obieguje cały świat, a wsparcie i szacunek dla tej praktyki rośnie.

Dowody na skuteczność wywiadu motywującego

Wiele badań wskazuje, że MI ma statystycznie istotny pozytywny wpływ na zmianę zachowań, a kilka badań dowodzi, że zmiany te są trwałe w czasie. MI pozostaje skuteczny, gdy jest stosowany jako samodzielna interwencja, w połączeniu z innymi metodami terapeutycznymi, a także jako wstęp do różnych metod terapii. Kilka badań wykazało,

że osoby zdefiniowane jako „najmniej gotowe do zmiany” osiągają największy efekt MI.

Oczywiście istnieją różnice w kompetencjach z zakresu MI wśród specjalistów ds. opieki nad dziećmi oraz w jakości porozumienia, które rozwija się między specjalistą ds. opieki nad dziećmi a daną osobą. Niewłaściwe prowadzenie MI przyczynia się do słabych wyników. Czynniki strukturalne i środowiskowe mogą również wpływać na powodzenie MI. Na przykład niestabilność społeczna może utrudniać wysiłki mające na celu uporanie się z nadużywaniem substancji odurzających lub innymi problemami danej osoby. Dla innych osób traumatyczne przeżycia mogą stanowić przeszkodę w dostępie do pomocy i wsparcia. MI postrzega zmagania ludzi w kontekście ich życia i pomaga im ukierunkować się oraz ustalić priorytety.

Jak działa wywiad motywujący?

Praktykowanie MI wymaga zdrowego poczucia pokory. Stawia nas twarzą w twarz z faktem, że nie mamy mocy, by zmieniać innych. Tak naprawdę możemy zmienić tylko siebie. Możemy jednak mieć pozytywny wpływ na innych i ich motywację do zmiany - jeśli jesteśmy w stanie wspólnie z nimi angażować się i wspierać ich rozwój w sposób zgodny z ich wartościami i mocnymi stronami. Jak mówi Madeline Hunter: „Mówią, że możesz zaprowadzić konia do wodopoju, ale nie zmusisz go do picia. Ale ja mówię, że można posolić owies”. Celem MI jest wspieranie osób, które stają się „spragnione” zmian, poprzez umiejętne

angażowanie ich w proces eksploracji w celu odkrycia, wzmocnienia i działania w oparciu o własne motywacje do zmiany.

Specjaliści MI zajmujący się opieką nad dziećmi dążą do stworzenia bezpiecznych, opartych na zaufaniu i bezstronnych relacji z poszczególnymi osobami. Ułatwia to ludziom bezpieczne analizowanie swojego życia, szczególnie w obszarach, w których ich własne zachowania i wartości nie są ze sobą zsynchronizowane. Jeśli specjaliści ds. opieki nad dziećmi próbują „edukować” lub przekonywać, ludzie prawdopodobnie będą bronić swojego statusu quo. Kiedy koncentrują się na pozyskiwaniu wiedzy, doświadczenia i wewnętrznej mądrości danej osoby w autentyczny, empatyczny sposób, zmiana jest bardziej prawdopodobna.

Aby rozwinąć umiejętności MI, konieczna jest ciągła praktyka połączona z dokładną informacją zwrotną i coachingiem. Badania pokazują, że kompetencje w zakresie MI wymagają informacji zwrotnych od ekspertów w oparciu o obserwowaną praktykę i coaching, aby wspierać przejście od bieżącej praktyki do biegłości w zakresie MI. Ważne jest, aby kontynuować naukę i rozwój w swojej praktyce MI.

MI składa się z ducha dialogu motywującego (Spirit of Motivational Interviewing), procesu, umiejętności i rozmowy o zmianie. Niniejszy poradnik przeprowadzi Pana(-ią) przez każdy z tych obszarów i zapewni dodatkowe zasoby i wsparcie.



Czym jest duch dialogu motywującego?

Według Millera i Rollnicka (2013), MI wywodzi się z serca i nastawienia, które wnosi do naszej pracy „głęboko akceptujący i współczujący” (s. 15) styl. Praktykując MI, wspieramy ludzi w ich zmianach, a nawet pomagamy sobie w zmianach - stając się bardziej współpracującymi, akceptującymi i współczującymi istotami ludzkimi. Duch MI składa się z partnerstwa, akceptacji, współczucia i wywołania (partnership, acceptance, compassion and evocation, PACE).

- **Partnerstwo** wymaga prawdziwego współdziałania, wysokiej jakości porozumienia lub wspólnej pracy, aby iść naprzód.
- **Akceptacja** to spotkanie ludzi „tam, gdzie są” bez oceniania ich; dążenie do zrozumienia ich „historii” i okazywanie prawdziwej empatii oraz zrozumienia ich perspektywy; wiara w wewnętrzną wartość i wartość innych; podkreślanie mocnych stron, które w nich można zobaczyć - nie koncentrując się na ich deficytach - oraz uznawanie i honorowanie prawa danej osoby do decydowania o sobie.
- **Współczucie** nadaje priorytet potrzebom drugiej osoby i zmierza do współpracy z nią w celu złagodzenia jej cierpienia.
- **Wywołanie** polega na wydobyciu z danej osoby jej własnych motywacji, nadziei, możliwości, celów i wiedzy. Takie podejście informuje drugą osobę: „Masz to, czego potrzebujesz i razem to znajdziemy”, a nie: „Mam to, czego potrzebujesz i musisz to zrobić po mojemu”.



Chodzi o to, aby być ciekawym i z pokorą uznać, że wszystko, co może znajdować się w notatkach, historii lub poprzednich zapisach, jest tylko częścią tego, co jest potrzebne do wspierania procesu zmiany danej osoby. Staramy się stworzyć warunki, w których ludzie są bardziej skłonni do rozważenia zmiany oraz wydobywania i wzmocnienia swojej motywacji do jej wprowadzenia.

PODEJŚCIE STANDARDOWE	PODEJŚCIE MI
Ukierunkowanie na rozwiązywanie problemów.	Ukierunkowanie na obawy danej osoby.
Relacja ekspert - jednostka.	Partnerstwo oparte na współpracy.
Założenie, że motywacja wynika ze świadomości problemu i znalezienia rozwiązania.	Podejście dopasowane do poziomu gotowości danej osoby do zmiany.
Ukierunkowanie na wiedzę i umiejętności eksperta.	Ukierunkowanie na własny wybór i autonomię.
Brak świadomości lub zaprzeczanie są problemami, które należy przezwyciężyć.	Postrzeganie ambiwalencji jako naturalnej części procesu.
Niezgoda odpierana argumentami i faktami.	Niezgoda postrzegana jako sygnał do wypróbowania innego podejścia.

Trzy style komunikacji

Jedną z rzeczy, które wiemy o MI jest to, że nie ma uniwersalnej formuły działającej wobec wszystkich, i że MI wspiera każdego specjalistę ds. opieki nad dziećmi we wnoszeniu do sesji własnych mocnych stron i zdolności. Oprócz autentycznej współpracy z każdą osobą, wiemy, że istnieją różne style komunikacji, które często są skuteczne w prowadzeniu rozmowy na temat zmian.

Kierowanie ↔ Prowadzenie ↔ Podążanie

Na przykład, gdybyśmy mieli pomyśleć o kontinuum stylów związanych z rozmowami na temat zmian, prawdopodobnie na jednym końcu zobaczylibyśmy styl **kierujący** lub sposób komunikacji, w którym klinicysta mówi lub udziela porad jednostce, co ma robić lub jak iść naprzód. Czasami styl kierujący może być pomocny dla kogoś, kto doświadcza prawdziwej sytuacji kryzysowej.

Na drugim końcu tego kontinuum znajduje się styl **podążający**. W MI duży nacisk kładzie się na słuchanie, zadawanie otwartych pytań i korzystanie z umiejętności doradczych skoncentrowanych na osobie. Łatwo jest też oprzeć się oferowaniu dodatkowych materiałów podczas sesji i chcieć, aby dana osoba zaufała własnej intuicji i mądrości.

Pośrodku znajduje się styl **prowadzący**, i to właśnie tutaj MI może być tak skuteczny w rozmowie o zmianie. To jak bycie facylitorem lub zręcznym przewodnikiem, który potrafi słuchać i oferuje wsparcie w odpowiednich momentach. Jest to podobne do sytuacji, w której dziecko uczy się nowego zadania, a my chcemy zaoferować mu odpowiednią ilość informacji i wsparcia bez wyręczania go w tym zadaniu.

Poniżej znajduje się zestaw czasowników zaproponowanych przez Millera i Rollnicka związanych z trzema stylami komunikacji, które występują w naszym codziennym życiu i w rozmowach na temat zmian:

STYL KIERUJĄCY	STYL PROWADZĄCY	STYL PODĄŻAJĄCY
Zarządzać	Towarzyszyć	Pozwalać
Prowadzić	Asystować	Słuchać
Zarządzać	Współpracować	Obserwować
Kierować	Wspierać	Pozostać z

Ogólnym stylem MI jest prowadzenie, ale elementy stylu kierującego i podążającego mogą być również włączone, gdy jest to właściwe. MI to rozmowa o zmianie. Intencją MI jest współpraca z konkretną osobą, tak aby była ona w stanie uwierzyć w zmianę, której pragnie i że zmiana ta jest zgodna z jej własnymi wartościami i celami. Na ludzi największy wpływ ma to, co sami mówią, a nie to, co mówią inni.

Na czym polegają procesy dialogu motywującego?

Rozmowy motywacyjne mają swój cel i kierunek. Starają się wspierać ludzi w identyfikowaniu i odkrywaniu ich nadziei, wartości i celów zmian w kontekście empatycznego, prowadzącego stylu. To prowadzące podejście generalnie przechodzi stopniowo przez cztery procesy.

Procesy te - angażowanie, ukierunkowywanie, wywoływanie, planowanie - są zwykle sekwencyjne w rozmowach MI, chociaż do każdego z nich można w razie potrzeby powrócić.

Aby udoskonalić stosowanie tych czterech procesów MI, poniżej przedstawiono ich definicje i przykłady:

Angażowanie - poznawanie kogoś i budowanie zaufania.

- „Naprawdę miło Cię znów widzieć”
- „Co chciał(a)byś wiedzieć o sobie i swojej rodzinie?”
- „Co chciał(a)byś wiedzieć o mnie i mojej roli tutaj?”
- „Co dobrego dzieje się w Twoim życiu? Jakie są Twoje ewentualne obawy?”
- „Jakie są Twoje oczekiwania związane z dobrostanem Twojej rodziny?”

Ukierunkowywanie - wspólne zastanawianie się nad tym, o czym rozmawiać i co analizować.

- „Na czym chciał(a)byś się skupić podczas naszej dzisiejszej rozmowy?”
- „Co zaprzęta Ci głowę i chciał(a)byś abyśmy o tym dzisiaj porozmawiali?”
- „Wspomniałeś(-aś) o X, Y i Z. Od czego chciał(a)byś zacząć?”
- „Wygląda na to, że utknąłeś(-aś) w martwym punkcie. Czy moglibyśmy to trochę przeanalizować i zobaczyć, w którą stronę pójdziemy razem?”
- „Czy byłoby w porządku, gdybyśmy przyjrzeni się bliżej twoim relacjom z dziećmi?”
- „Jak moglibyśmy to trochę zawęzić?”



Wywoływanie - odkrywanie ambiwalencji i wydobywanie własnych pragnień, powodów, zdolności i potrzeby zmiany (przykład: rodzicielstwo w centrum zainteresowania).

- „Jak chciał(a)byś, aby wyglądały sprawy Twoje i Twoich dzieci?”
- „Jak wybuchy złości wpływają na Ciebie i Twoją rodzinę?”
- „Jakie obawy, jeśli w ogóle, masz w związku z tym, że krzykniesz na swoje dzieci i jaki ma to na nie wpływ?”
- „Jeśli zdecydujesz się wziąć udział w zajęciach dla rodziców, dlaczego chcesz to zrobić?”
- „Jakie opcje rozważałeś(-aś) do tej pory?”
- „Biorąc pod uwagę wszystkie aspekty Twojego życia, jak ważne jest dla Ciebie dokonanie tej zmiany?”
- „Na ile jesteś przekonany(-a), że mógłbyś/mogłabyś dokonać tej zmiany, gdybyś tego chciał(-a)?”

Planowanie - opracowanie konkretnego planu zmiany, który dana osoba jest gotowa wprowadzić w życie.

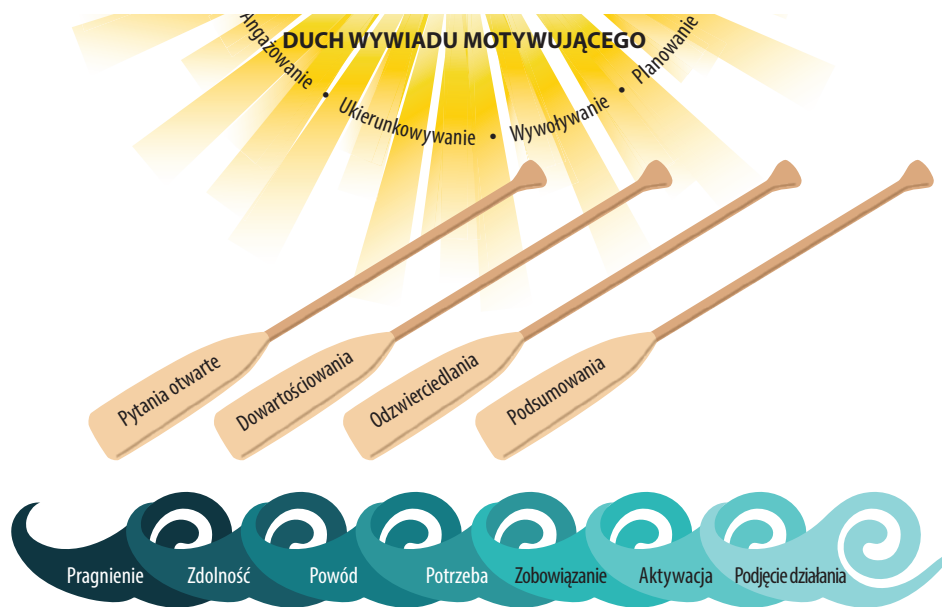
- „Jak myślisz, co zrobisz dalej?”
- „Kto lub co może być wsparciem?”
- „Jak możemy zacząć zajmować się tym, o co prosi nas sąd?”
- „Jakie wyzwania, jeśli w ogóle, przewidujesz w realizacji swojego planu?”
- „Skąd będziesz wiedzieć, że Twój plan działa?”
- „Jak będziesz świętować sukcesy na swojej drodze?”

Jakie są umiejętności prowadzenia dialogu motywującego?

Wywiad motywujący koncentruje się na budowaniu umiejętności prowadzenia rozmów. Prawdopodobnie został(-a) Pan(i) przeszkolony(-a) w zakresie niektórych z tych umiejętności w ramach swojej edukacji zawodowej. MI określa umiejętności opisane poniżej jako OARS.

UMIEJĘTNOŚCI	DEFINICJE	PRZYKŁADY
Pytania otwarte	Pytanie otwarte zachęca rozmówcę do opowiedzenia części swojej historii. Nie jest to odpowiedź tak/nie.	Opowiedz mi o tym, kiedy dowiedziałeś(-aś) się, że DCFS został powiadomiony o sytuacji w Twojej rodzinie?
Dowartościowanie	Autentyczna pozytywna informacja zwrotna buduje zrozumienie i relacje.	Wiem, że nie było łatwo dzielić się swoimi obawami związanymi z objęciem opieką przez ten departament.
Odzwierciedlanie	Powtórzenie tego, co zostało powiedziane, zarówno pod względem treści, jak i odczuć.	Martwiłaś się więc, że dzieci słyszą i widzą kłótnie z Twoim partnerem i próbowałaś położyć je wcześniej spać, aby nie budziły się, gdy wróci do domu.
Podsumowanie	Zestawienie informacji dostarczonych przez rozmówcę.	Słyszałem, jak mówiłaś, że chciałabyś ..

Umiejętności te wymagają czasu i praktyki. Kiedy używa się ich regularnie i świadomie, stają się o wiele bardziej naturalne i łatwiejsze do wykorzystania w rozmowie.



Równowaga decyzyjna

Ambiwalencja odnosi się do dylematu bycia ciągniętym lub popychanym w przeciwnych kierunkach w tym samym czasie. Mówiąc prościej, ambiwalencja to odczuwanie dwojakiego nastawienia do czegoś. Ta niepewność jest całkowicie normalna i występuje tak przewidywalnie, jak wschodzące słońce. Nie jest patologiczna ani nie jest oznaką zaprzeczenia lub oporu. Ambiwalencja jest po prostu częścią procesu zmiany - czymś, co należy uznać i zbadać, aby pomóc ludziom przejść przez ten proces.

Za każdym razem, gdy stajemy przed decyzją, osoba odczuwa co najmniej ambiwalencję: dwa lub więcej sposobów na zmianę. Czy jest to dla mnie ważne? Nawet jeśli tak, to czy mam wystarczającą pewność siebie, by to zrobić? Czy jest to priorytet dla mnie i mojej rodziny? Jeśli tak, to czy teraz jest na to odpowiedni czas? Czy to właściwy plan dla mnie? Równoważymy „za i przeciw”, dobre i złe strony możliwości, które są w nas i przed nami. Jest to znane jako „równowaga decyzyjna” opisana na poniższej grafice. Narzędzie to może być używane z daną osobą podczas pracy nad jej ambiwalencją związaną z mówieniem o zmianie.

Co zyskam, jeśli nie dokonam tej zmiany?	Co stracę, jeśli nie dokonam tej zmiany?
Co stracę, jeśli dokonam tej zmiany?	Co zyskam, jeśli dokonam tej zmiany?

Język zmiany

Mówienie o zmianie jest opisywane jako „każda indywidualna wypowiedź, która sprzyja ruchowi w kierunku określonego celu zmiany” (Miller & Rollnick, 2013, s. 406). Mówienie o zmianie jest kluczowym składnikiem aktywującym w procesie zmiany, podobnie jak drożdże w cieście. Jak zauważają Miller i Rose (2009), „siła rozmowy przygotowawczej do zmiany prognozuje późniejszą siłę zaangażowania, z których oba okazały się zapowiadać indywidualne wyniki.”

Warto praktykować siedem rodzajów mówienia o zmianach. Możemy pomyśleć o każdej zmianie, jakiej kiedykolwiek dokonaliśmy w naszym życiu. Zaczęło się od myślenia i mówienia o tym, co było dla nas ważne i co czuliśmy się w stanie zrobić, i nazywamy to „przygotowawczą” rozmową o zmianie. Mówimy o tym, czego chcemy, czy wierzymy, że możemy, dlaczego jest to dla nas ważne i co czyni to priorytetem.

Na wczesnym etapie procesu zmiany, prawdopodobnie usłyszymy rozmowę przygotowawczą do zmiany, w której ludzie rozważają lub „przymierzają się” do możliwości zmiany. Wyraża się to w stwierdzeniach o chęci zmiany, możliwości zmiany, posiadaniu powodów do zmiany oraz potrzebie lub poczuciu pilności zmiany.

Z biegiem czasu, rozmowy przygotowujące do zmiany prawdopodobnie przekształcą się w rozmowy mobilizujące do zmiany, w których zmiana zaczyna „nabierać rozpędu”. Rozmowa mobilizująca do zmiany jest odzwierciedlona w stwierdzeniach wyrażających zaangażowanie w zmianę, gotowość do działania i zgłaszanie pewnych początkowych kroków w kierunku wdrożenia zmiany.

Mając takie podstawy, możemy zacząć mówić o tym, jak widzimy siebie idących naprzód: do czego jesteśmy gotowi się zobowiązać, jak się przygotowujemy, aby odnieść sukces i jakie kroki zamierzamy podjąć. Nazywamy to „mobilizującą” mową o zmianie, ponieważ wprowadza ona w ruch to, co powiedzieliśmy, że jest dla nas ważne i co uważamy, że możemy zrobić.

Mówienie o zmianach to wszelkiego rodzaju wypowiedzi, które wskazują kierunek zmian związanych z konkretnym celem. Mowa podtrzymująca to mowa, która wskazuje na pozostanie w tym samym miejscu lub status quo.

Dlaczego mówienie o zmianie jest ważne?

W MI wywoływanie i ukierunkowywanie na język wspierający zmiany sprzyja temu, by ludzie stawali się bardziej otwarci na zmiany, myśleli o nich pozytywnie, byli gotowi zastanowić się, jak wyglądałoby ich życie, gdyby się zmienili, a w końcu wdrażali zmiany. MI działa w oparciu o zasadę potwierdzoną badaniami, że im więcej ktoś mówi o zmianie, tym bardziej prawdopodobne jest, że do niej dojdzie.

W miarę jak dana osoba coraz częściej mówi o zmianie niż o podtrzymaniu, prawdopodobieństwo zmiany wzrasta. Podobnie, szanse na zmianę zwiększają się, gdy osoby stają się mniej ogólne i bardziej szczegółowe na temat tego, dlaczego, kiedy, gdzie i jak mogą się zmienić.

Jednak mówienie o zmianie nie zawsze jest łatwe do wywołania lub zidentyfikowania. Często mówienie o zmianach jest powiązane z językiem dotyczącym utrzymywania rzeczy takich samych lub braku zmian, zwanym mówieniem o podtrzymaniu. Kiedy słyszymy mówienie o podtrzymaniu, nie powinniśmy tego ignorować. Zamiast tego potwierdzamy najważniejsze części wypowiedzi podtrzymującej, aby dana osoba wiedziała, że ją rozumiemy. Staramy się również nie nasilać rozmowy podtrzymującej, przyjmując postawę konfrontacyjną.

Często samo potwierdzanie, że ludzie mówią o podtrzymaniu, może wywołać drugą stronę ich ambiwalencji. Innymi słowy, może wywołać rozmowę o zmianie. W MI generalnie najlepiej jest skupić większość uwagi na mówieniu o zmianie.



Nawet jeśli ktoś ledwo sugeruje możliwość zmiany lub wyraża jedynie minimalne zaniepokojenie o status quo, warto zbadać te „ziarna gorczycy” potencjalnej zmiany. Stwierdzenie takie jak „Nie przejmuję się zbytnio tym, że krzyczę na moje dzieci” nadal pozostawia otwarte drzwi dla możliwości zareagowania refleksją: „Czasami zastanawiasz się, jak dotrzeć do swoich dzieci”.

Nie jest to zaskakujące, że ludzie często łączą mówienie o zmianach z mówieniem o podtrzymaniu w tym samym stwierdzeniu – jest to klasyczny wyraz ambiwalencji. Często brzmi to jak: „Chcę się zmienić, ale...” lub „Nie widzę sensu, ale może...”. Każde stwierdzenie, które zawiera pewne wyrażenie otwartości na zmiany, jest z perspektywy MI uważane za mówienie o zmianach. Takie stwierdzenia, bez względu na to, jak niezobowiązujące, nadal pozostawiają miejsce na dalsze dociekania.

A co z niezgodą?

We wczesnych wydaniach tekstu o MI Miller i Rollnick używali słowa „opór”, aby opisać mowę lub ruch osoby, który nie był zgodny z kierunkiem zmiany. Słowo to było dla nich coraz bardziej niewygodne, ponieważ umieszczało lokalizację i odpowiedzialność za zjawisko w osobie, której służyli - tak jakby osoba była obwiniana za bycie „trudną”. Patologizowało to niechęć danej osoby (całkowicie normalną i naturalną część procesu zmiany), a także zrozumiała reakcję interpersonalną na specjalistę ds. opieki nad dziećmi lub kontekst.

W 2013 roku, wraz z trzecią edycją tekstu o MI, Miller i Rollnick wprowadzili słowa, które dokładniej opisują niechęć do zmiany („rozmowy o podtrzymaniu”) i lepiej reprezentują dysharmonię międzyludzką („niezgoda”). Rozmowa o podtrzymaniu dotyczy docelowego zachowania lub zmiany. Niezgoda dotyczy naszej relacji z osobą, której służymy.

CO SŁYSZĘ?		
JĘZYK ZMIANY	NIEZGODA	JĘZYK PODTRZYMANIA
Stwierdzenia wspierające zmianę: <ul style="list-style-type: none"> • Chcę... • Mógłbym/mogłabym zmienić... • Muszę... • Jestem gotowy(-a)... 	Trudności interpersonalne między pomagającym a klientem: <ul style="list-style-type: none"> • Defensywność • Spieranie się • Przerwanie • Wyłączanie się • Podważanie 	Stwierdzenia, które wspierają status quo: <ul style="list-style-type: none"> • Nie chcę... • Nie widzę sposobu, w jakim mógłbym/mogłabym się zmienić... • Nie muszę... • Nie jestem gotowy(-a)...

←..... DEKONSTRUKCJA „OPORU”→

Oznaki niezgody:

- Obrona: odczuwanie potrzeby obrony - poprzez obwinianie, minimalizowanie, usprawiedliwianie itp. - może wynikać z postrzeganego zagrożenia dla deklarowanej niechęci do zmiany, a nawet wiedzy specjalistycznej, integralności, autonomii lub poczucia własnej wartości.
- Sprzeczenie się, kłócenie i/lub rzucanie wyzwania: opozycyjna postawa pokazuje, że dana osoba postrzega nas bardziej jako przeciwnika niż partnera do zmian.
- Przerwywanie: jeśli mówimy do siebie w tym samym czasie, nikt nie słucha, a dana osoba z pewnością nie czuje się wysłuchana lub zrozumiana.
- Wyłączanie się: nieuwaga, rozproszenie uwagi, ignorowanie, szukanie wyjścia awaryjnego, niepojawienie się.
- Zgadanie się: choć może to być bardziej subtelna i społecznie akceptowalna forma niezgody, zgadzanie się dla samego zgadzania się ma tę cechę, że na zewnątrz mówimy „tak”, a w środku mamy na myśli „nie”; nie jesteśmy w stanie być po tej samej stronie; zmiana polegająca wyłącznie na zgodzie jest tego kolejnym przejawem.

Uwaga: Oznaki niezgody są względne kulturowo; to, co może sygnalizować zerwanie współpracy w jednej kulturze lub subkulturze, może nie być takie w innej. Mogą również istnieć różnice kulturowe w wyrażaniu niezgody.

Pytanie do przemyślenia:

Kiedy w swojej pracy przekonał(-a) się Pan(i), że to prawda?

Niezgoda wyrażana w ramach czterech procesów dialogu motywującego:

- **Niezgoda na angażowanie:** wcześniejsze doświadczenia związane z poszukiwaniem usług (takie jak przymus, oczekiwania, niski poziom empatii ze strony pracownika opieki społecznej) mogą wpływać na sposób, w jaki dana osoba podchodzi do naszych spotkań i mogą stanowić bezpośrednie wyzwanie dla nawiązania z nami współpracy; konfrontacja i inne przeszkody w rozmowie; „pułapka eksperta”, w której zakładamy, że posiadamy wyłączną i niezbędną wiedzę specjalistyczną, aby wesprzeć daną osobę; „pułapka oceny”, w której przedkładamy gromadzenie danych i faktów lub gromadzenie historii nad zrozumienie danej osoby; „pułapka pytań i odpowiedzi”, w której stawiamy daną osobę w sytuacji udzielania odpowiedzi na nasze pytania skoncentrowane na profesjonalnej opiece nad dzieckiem.
- **Niezgoda na ukierunkowywanie:** nieporozumienia dotyczące tego, o czym należy rozmawiać i celu (celów) zmiany; postrzeganie osoby tylko przez pryzmat prezentowanego „problemu”; „pułapka przedwczesnego ukierunkowywania”, w której specjalista ds. opieki nad dziećmi zbyt szybko dąży do celu, którego dana osoba jeszcze nie podziela.
- **Niezgoda na wywoływanie:** zbyt wczesne naciskanie lub podążanie w kierunku, na który dana osoba nie jest gotowa; „odruch naprawczy”, w którym specjalista ds. opieki nad dziećmi próbuje naprawić problem lub wmówić danej osobie powody, rozwiązania, pewność siebie itp.
- **Niezgoda na planowanie:** przejęcie procesu zmiany; kierowanie zamiast prowadzenia; przedstawianie informacji i rozwiązań bez współpracy i wsparcia autonomii.

Tam, gdzie występuje niezgoda, będziemy musieli być szczególnie uważni, aby wnieść do rozmowy nasze najlepsze i najbardziej spójne MI; może to być również czas, w którym najtrudniej jest nam wnieść to, co najlepsze. Badania wykazały wzajemny wpływ między trudnymi spotkaniami a pokusą specjalistów ds. opieki nad dziećmi do konfrontacji lub stosowania innych blokad konwersacyjnych.

Jak rozpoznać język zmiany?

Miller i Rollnick (2013) opisują różne rodzaje mówienia o zmianie, które często pojawiają się w rozmowach MI. Każdy typ reprezentuje inny wymiar motywacji, z których niektóre mają większą siłę niż inne. Wymiary te są często opisywane w języku potocznym jako „gotowość, chęć i zdolność”. W oparciu o badania różnych językoznawców, w MI uwzględniono dodatkowe wymiary, które tworzą akronim: **DARN-CATS**.

Rozmowa przygotowawcza do zmiany: DARN

Desire (Pragnienie): Chcę; Chciał(a)bym; Pragnę; Mam nadzieję.

Ability (Zdolność) Mogę; Mógłbym/mogłabym; Jestem w stanie.

Reasons (Powody): To by mi pomogło; Byłoby mi lepiej, gdyby.

Need (Potrzeba): Potrzebuję; Muszę; Coś musi się zmienić.

Mobilizująca rozmowa o zmianie: CATS

Commitment (Zaangażowanie): Zrobię; Obiecuję; Daję słowo.

Activation (Aktywacja): Jestem chętny(-a); Jestem gotowy(-a); Jestem przygotowany(-a).

Taking Steps (Podjęcie działań): Zapisałem(-am) się; Uniknąłem(-am); Skontaktowałem(-am) się; Kupiłem(-am); Poszedłem/poszłam.

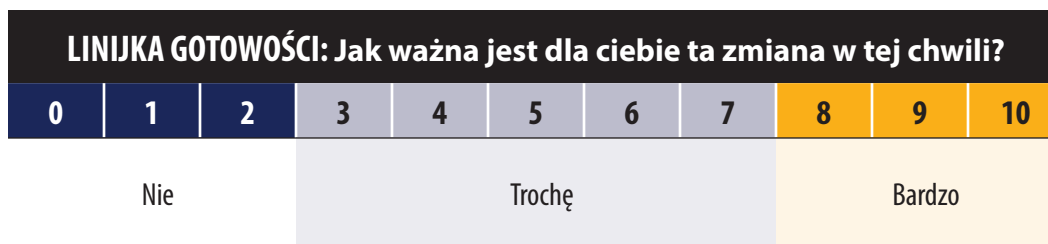
Jak wywołać rozmowę o zmianie

Zadawanie pytań otwartych:

- Co Cię martwi w obecnej sytuacji?
- Dlaczego chciał(a)byś dokonać tej zmiany?
- Jak mógłbyś/mogłabyś to zrobić, aby odnieść sukces?

Użycie linijki:

- Przykład dotyczący poziomu ważności: W skali od 0 do 10, jak ważne jest dla Ciebie dokonanie tej zmiany?



- Opowiedz mi o byciu na _____ w porównaniu do (kilka liczb niżej)?
- Przykład dotyczący poziomu pewności siebie: W skali od 0 do 10, jak bardzo jesteś przekonany(-a), że możesz dokonać tej zmiany? Czego byś potrzebował(-a), aby być na _____ (liczba wyższa)

Odkrywanie skrajności:

- Co najbardziej martwi Cię w _____?
- Jakie najlepsze rezultaty mógłbyś/mogłabyś sobie wyobrazić, gdybyś dokonał(-a) zmiany?

Spojrzenie wstecz:

- Opowiedz mi o innych trudnych rzeczach, które byłeś(-aś) w stanie zrobić i jak możesz wykorzystać niektóre z tych umiejętności tutaj?

Patrzenie w przyszłość:

- Co chciał(a)byś, aby zmieniło się w przyszłości w odniesieniu do _____?

Odkrywanie celów i wartości:

- Co najbardziej cenisz w życiu?
- Jakie są najważniejsze powody, dla których chcesz spełnić te warunki sądowe?
- Jak Twoje obecne zachowania mają się do Twoich najważniejszych celów?
- Jak to pasuje do roli rodzica, którym chcesz być?

Dokumentowanie kluczowych procesów dialogu motywującego:

Dokumentacja umożliwiająca rejestrowanie działań związanych z dialogiem motywującym jest wymagana we wszystkich czterech obszarach procesu:

- Angażowanie - w relację zawodową poprzez słuchanie i zrozumienie.
- Ukierunkowywanie - na wspólny cel dotyczący tego, co należy zmienić.
- Wywoływanie - pomysłów i motywacji danej osoby w celu zbadania ambiwalencji i zrozumienia własnego „dlaczego” i „mogę” zmienić zachowanie.
- Planowanie - zmiany wprowadzanej przez daną osobę w sposób podkreślający jej mocne strony, wartości i doświadczenie.

Podczas dokumentowania procesu MI ważne jest, aby zawrzeć w opisie informacje, które odpowiadają na następujące pytania.

Angażowanie

- Jak komfortowo czuje się ta osoba rozmawiając ze mną?
- Na ile jestem wspierający(-a) i pomocny(-a)?
- Czy rozumiem perspektywę i obawy tej osoby?
- Czy dana osoba czuje się wysłuchana i zrozumiana?
- Czy pokazuję tej osobie, że jest ważna, że ma absolutną wartość?
- Czy szanuję i podkreślam autonomię tej osoby?
- Jak komfortowo czuję się w tej rozmowie?

- Czy to wygląda na współpracę partnerską?
- Jaką atmosferę tworzę, aby ta osoba mogła bezpiecznie dzielić się ze mną swoimi doświadczeniami?
- Jakie niektóre rzeczy robię dobrze, aby nawiązać relacje z tą osobą?

Przykład angażującej rozmowy: Specjalista ds. opieki nad dziećmi (Child Welfare Services, CWS) sprawdził, jak się mają sprawy z matką, Samantha, CWS był otwarty na wysłuchanie informacji o stresie i wielu ważnych kwestiach, z którymi boryka się matka. CWS zaoferował wspierające refleksje. CWS zapytała matkę, jak sobie radzi. Podała przykłady, a CWS odzwierciedlił je i potwierdził, że z powodzeniem radzi sobie ze stresem, którego doświadcza.

Ukierunkowywanie

- Jakie są prawdziwe cele tej osoby związane ze zmianą?
- Czy mam inne aspiracje do zmiany dla tej osoby?
- Czy współpracujemy ze sobą we wspólnym celu?
- Czy czuję, że idziemy razem, a nie w różnych kierunkach?
- Czy mam jasne poczucie tego, dokąd zmierzamy?
- Czy to bardziej przypomina taniec czy zapasy?

Przykład ukierunkowującej rozmowy: Matka, Samantha, miała wiele priorytetów: transport, spotkania odwykowe, zajęcia dla rodziców, pozytywne wsparcie społeczne, utrzymywanie negatywnego wyniku testu. Wszystko to wyszło na jaw, a CWS wykorzystał równowagę decyzyjną, aby wesprzeć ją w podjęciu decyzji o tym, od czego chce zacząć.

Wywoływanie

- Jakie są powody tej osoby do zmiany?
- Czy niechęć wynika bardziej z braku pewności siebie czy wagi zmiany?
- O jakich zmianach słyszę?
- Czy pokazuję tej osobie, że słyszę, jak mówi o zmianie?
- Czy zachęcam ją do mówienia o zmianie?
- Czy kieruję się zbyt daleko lub zbyt szybko w określonym kierunku?
- Czy odruch słuszności sprawia, że to ja opowiadam się za zmianą?

Przykład rozmowy wywołującej: CWS dostrzegł wiele zmian wprowadzonych przez matkę. CWS zauważył, że matka wprowadziła do swojego życia pozytywne osoby i docenił jej wysiłki. CWS odzwierciedlił powody, które podała, aby kontynuować zmiany, urzeczywistniać je i pamiętać o swoich celach. CWS zadawał pytania dotyczące przeszłości i przyszłości, aby wywołać u matki powód do zmiany.

Planowanie

- Jaki powinien być kolejny rozsądny krok tej osoby w kierunku zmiany?
- Co pomogłoby tej osobie pójść naprzód?
- Jakie są pomysły tej osoby na dalsze działania?
- Jeśli uważam, że informacje lub inne rozwiązania byłyby pomocne, czy poproszę tę osobę o pozwolenie na ich zaoferowanie i sprawdzenie, czy się nad tym zastanowiła?

- Czy oferuję potrzebne lub wymagane informacje lub porady za zgodą i przy zachowaniu autonomii tej osoby?
- Czy pamiętam, by raczej wywoływać niż wyznaczać plan?
- Czy zachowuję cichą ciekawość tego, co będzie najlepsze dla tej osoby?

Przykład rozmowy o planowaniu: Matka poprosiła o informacje na temat spełnienia warunków sądowych. CWS przedstawił szczegóły dotyczące tego, czego może oczekiwać sędzia. CWS zapytał ją, jakie działania podejmie w najbliższych tygodniach. Pomogło jej to ustalić priorytety. CWS odzwierciedlał konkretne kroki, które matka wskazała, że planuje podjąć, aby rozpocząć zajęcia z rodzicielstwa, wykonać testy i spróbować dostać się na spotkania odwykowe. CWS potwierdził rzeczy, które już zrobiła. Matka wyraziła obawy, że nie będzie w stanie dalej osiągać takich sukcesów. CWS odzwierciedlił powody i wartości, o których mówiła, że są dla niej ważne. CWS poprosił ją, aby przed kolejnym spotkaniem zastanowiła się, w jaki sposób zamierza pójść naprzód.

Prosimy odnotować zaistniałe sytuacje kryzysowe i sposób, w jaki zostały one rozwiązane:

Przykład rozmowy z niezgodą w tle: Matka, Samantha, była naprawdę przytłoczona, kiedy usiadła, wydawała się zła. CWS był wspierający i odzwierciedlał jej frustrację i wiele priorytetów. Kiedy matka poprosiła o pomoc i wsparcie, CWS zaproponował pomysły, które mogą zaspokoić jej potrzeby. CWS poprosił o pozwolenie na udzielenie jej informacji i załatwienie biletów autobusowych. CWS potwierdził to, co robiła dobrze i wspierał jej autonomię w decydowaniu o tym, o czym rozmawiać, co zmniejszyło niezgodę.



Uwagi dla przełożonych

- Zachęcanie do uczestnictwa w regularnie zaplanowanych szkoleniach wprowadzających i zaawansowanych MI (upewnienie się, że uczestnicy są przypisani do trwającego koła naukowego lub są już jego częścią).
- Zachęcanie do samodzielnej nauki poprzez dostarczanie zasobów, takich jak książki MI, eBooki, artykuły, taśmy szkoleniowe, ćwiczenia rozwijające umiejętności i inne narzędzia edukacyjne.
- Współpraca z innymi specjalistami przeszkolonymi w zakresie MI.
- Regularne sprawdzanie postępów pracowników w rozwijaniu umiejętności MI podczas sesji nadzorczych.
- Włączenie doskonalenia umiejętności MI jako celu rozwoju zawodowego dla wszystkich specjalistów ds. opieki nad dziećmi w ich planach pracy.
- Tworzenie wizualnych przypomnień związanych z MI (plakaty, znaki, przyciski, linijki ważności i zaufania).
- Wykorzystanie zespołów do forum dyskusyjnego MI online w ramach agencji.

Zachęcamy do własnych, inspirujących pomysłów!

Podsumowanie

Ważne jest, aby Pan(i) jako specjalista ds. opieki nad dziećmi angażował(-a) się w kontakt z daną osobą jako równorzędny partner i powstrzymywał(-a) się od mówienia jej, co ma robić lub udzielania niechcianych porad, konfrontowania, instruowania, kierowania lub ostrzegania. MI nie jest sposobem na „nakłonienie ludzi do zmiany” ani zestawem technik, które należy narzucić w rozmowie. MI wymaga czasu i praktyki oraz samoświadomości i dyscypliny ze strony klinicysty. (Miller & Rollnick, 2009)

MI uwzględnia prowadzący styl komunikacji, który oscyluje pomiędzy podążaniem (dobre słuchanie) a kierowaniem (udzielanie informacji i porad).

Duch MI obejmuje:

Partnerstwo. MI jest procesem opartym na współpracy. Terapeuta MI jest ekspertem we wspieraniu ludzi w procesie zmiany; ludzie są ekspertami w dziedzinie własnego życia.

Akceptację. Terapeuta MI przyjmuje postawę nieosądzającą, stara się zrozumieć perspektywę i doświadczenia danej osoby, wyraża empatię, podkreśla mocne strony i szanuje jej prawo do dokonywania świadomych wyborów dotyczących zmiany lub jej braku.

Współczucie. Terapeuta MI aktywnie wspiera i traktuje priorytetowo dobrostan i dobre samopoczucie klientów w sposób bezinteresowny.

Wywoływanie. Ludzie mają w sobie zasoby i umiejętności potrzebne do zmiany. MI wydobywa priorytety, wartości i mądrość danej osoby, aby odkryć powody zmiany i wspierać sukces.

Proces MI obejmuje:

Angażowanie: Jest to podstawa MI. Celem jest nawiązanie produktywnej relacji opartej na uważnym słuchaniu, aby zrozumieć i dokładnie odzwierciedlić doświadczenie i perspektywę danej osoby, jednocześnie potwierdzając jej mocne strony i wspierając autonomię.

Ukierunkowywanie: W tym procesie negocjowany jest program, który opiera się zarówno na wiedzy klienta, jak i specjalisty, aby uzgodnić wspólny cel, który daje klinicyście pozwolenie na przejście do ukierunkowanej rozmowy na temat zmian.

Wywoływanie: W tym procesie klinicysta stopniowo poznaje i wspiera osobę, która buduje swoje własne „dlaczego” zmiany poprzez wywoływanie pomysłów i motywacji klienta. Ambiwalencja jest traktowana jako norma, badana bez osądzania i w rezultacie może zostać wyeliminowana. Proces ten wymaga umiejętnego zwracania uwagi na to, co dana osoba mówi o zmianie.

Planowanie: Planowanie odkrywa „jak” zmiany, gdzie terapeuta MI wspiera daną osobę w umacnianiu zaangażowania w zmianę oraz w opracowaniu planu opartego na jej własnych spostrzeżeniach i doświadczeniu. Proces ten jest opcjonalny i może nie być wymagany, ale jeśli jest, ważny jest czas i gotowość klienta do planowania.

Umiejętności MI:

Pytania otwarte wyciągają i odkrywają doświadczenia, perspektywy i pomysły danej osoby. Wywołujące pytania prowadzą klienta do refleksji nad tym, w jaki sposób zmiana może być znacząca lub możliwa. Informacje są często oferowane w ramach struktury pytań otwartych (wywołać - dostarczyć - wywołać, elicit-provide-elicite), które najpierw badają to, co dana osoba już wie, następnie proszą o pozwolenie na zaoferowanie tego, co wie terapeuta, a następnie badają odpowiedź tej osoby.

Dowartościowanie mocnych stron, wysiłków i wcześniejszych sukcesów pomaga w budowaniu nadziei i wiary danej osoby w jej zdolność do zmiany.

Odzwierciedlenie opiera się na uważnym słuchaniu i próbie zrozumienia tego, co mówi dana osoba, poprzez powtórzenie, przeformułowanie lub zaoferowanie głębszego przypuszczenia na temat tego, co dana osoba próbuje przekazać. Jest to podstawowa umiejętność MI i sposób, w jaki wyrażamy empatię.

Podsumowanie zapewnia wspólne zrozumienie i wzmacnia kluczowe punkty przedstawione przez klienta.

Język zmiany, język podtrzymania i ambiwalencja

Miller i Rollnick (2013) opisują różne rodzaje mówienia o zmianie, które często pojawiają się w rozmowach MI. Każdy typ reprezentuje inny wymiar motywacji, z których niektóre mają większą siłę niż inne. Wymiary te są często opisywane w języku potocznym jako „gotowość, chęć i zdolność”. W oparciu o badania różnych językoznawców, w MI uwzględniono dodatkowe wymiary, które tworzą akronim: **DARN-CATS**.

Rozmowa przygotowawcza do zmiany: **DARN**

Desire (Pragnienie): Chcę; Chciał(a)bym; Pragnę; Mam nadzieję.

Ability (Zdolność): Mogę; Mógłbym/mogłabym; Jestem w stanie.

Reasons (Powody): To by mi pomogło; Byłoby mi lepiej, gdyby.

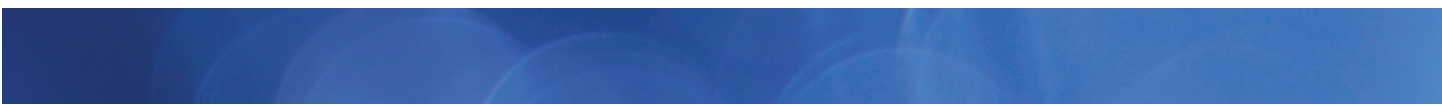
Need (Potrzeba): Potrzebuję; Muszę; Coś musi się zmienić.

Mobilizująca rozmowa o zmianie: **CATS**

Commitment (Zaangażowanie): Zrobię; Obiecuję; Daję słowo.

Activation (Aktywacja): Jestem chętny(-a); Jestem gotowy(-a); Jestem przygotowany(-a).

Taking Steps (Podjęcie działań): Zapisałem(-am) się; Uniknąłem(-am); Skontaktowałem(-am) się; Kupiłem(-am); Poszedłem/poszłam.



Literatura

- Miller, W.R. & T.B. Moyers (2017) Motivational Interviewing and the clinical science of Carl Rogers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85(8), 757-766.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013) Motivational Interviewing: Helping people to change (wydanie 3) Guilford Press.
- Miller & Rollnick (2017) Ten things MI is not Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009) Ten things that MI is not. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 37, 129-140.

Sekcja 7: Koordynacja opieki

Informacje ogólne

Wcześniej omówiliśmy zestawienie potrzeb i interwencji, które mogą wynikać z procesu oceny. Wiemy, że bardzo ważne jest zaplanowanie tych skierowań, aby rodzina nie była nadmiernie obciążona koniecznością załatwiania zbyt wielu spraw w tym samym czasie. Kolejną podstawową praktyką, która będzie miała zasadnicze znaczenie dla wyników sprawy, jest koordynacja tych interwencji, co najlepiej osiągnąć poprzez spotkania zespołu ds. dziecka i rodziny.

Czym są spotkania zespołu ds. dzieci i rodziny (Child and Family Team Meeting, CFTM)?

Spotkania zespołu ds. dziecka i rodziny są ważną częścią procesu opieki nad dzieckiem w pracy z rodzinami w stanie Illinois. Spotkania te są okazją dla rodzin i ich świadczeniodawców do skutecznej komunikacji i współpracy w celu zaspokojenia potrzeb dziecka i rodziny. CFTM łączy rodzinę, zgodnie z jego definicją; naturalne źródła wsparcia, takie jak przyjaciele, sąsiedzi i członkowie kościoła; oraz zasoby formalne, takie jak terapeuci, opiekunowie spraw i kuratorzy sądowi. Założeniem CFTM jest zaspokojenie potrzeb zidentyfikowanych przez rodzinę, wykorzystanie jej mocnych stron i opracowanie planu realizacji celów przy wsparciu zespołu.

Dlaczego spotkania zespołu ds. dzieci i rodziny są ważne?

- CFTM opierają się na mocnych stronach rodziny, jednocześnie spełniając jej potrzeby.
- Rodziny są ekspertami od siebie samych.
- Rodziny zasługują na traktowanie z godnością i szacunkiem.
- Wspierane rodziny mogą podejmować świadome decyzje dotyczące bezpieczeństwa swoich dzieci.
- Wyniki poprawiają się, gdy rodziny są zaangażowane w podejmowanie decyzji.
- Zespół jest często bardziej zdolny do podejmowania kreatywnych decyzji o wyższej jakości niż pojedyncza osoba.
- CFTM pomagają wyeliminować potrzebę zaangażowania DCFS.

Kto przychodzi na spotkanie?

Rodzina rozważy, kogo chciałaby zaprosić na CFTM przy wsparciu swojego pracownika opieki społecznej. W spotkaniu powinien uczestniczyć każdy, kogo rodzina definiuje jako swojego członka. Członkowie zespołu, którzy mogą zostać zaproszeni, to osoby zapewniające naturalne wsparcie, takie jak pastory, dziadkowie, rodzeństwo i przyjaciele; oraz osoby zapewniające wsparcie formalne, takie jak terapeuci, nauczyciele i doradcy.



Interesariusze programu usług prewencyjnych dla rodzin (Family First)

Casey Family Programs
Dept. of Human Services
Dept. of Public Health
Aunt Martha's
Children's Home and Aid Society
Hephzibah Homes
Illinois Collaboration on Youth (ICOY)
Ounce of Prevention
Lawrence Hall You Services
Allendale For Kids
Caritas Family Solutions
Omni Youth Services
Maryville Academy
Lutheran Child and Family Services

Kaleidoscope
Northwestern University
Chapin Hall
Center for Youth and Family Solutions
Center for Law and Social Work (CLSW)
Office of the Public Guardian
Administrative Office of the Illinois Courts
Judge Valerie Ceckowski
Lake County
Judge Martin Mengarelli Madison County
HealthCare and Family Services
University of Illinois at Champaign
Substance Use Prevention & Recovery (SUPR)
Little City Foundation

Cunningham Children's Home
Let it Be Us
Nexus
Ada S. McKinley
Spero Family Services
UCP Seguin
Thresholds
Garden of Prayer Youth Center
Luther Social Services of Illinois
Chaddock
Easter Seals
Pathways
Hoyleton
UHS Inc.

