

CORE

社區拓展恢復賦權

治療階段

分階段模式的重點是，通過提高客戶機能和親友的支持，隨著時間的推移，最終過渡到較低的服務強度水平。服務強度水平可以根據客戶需求隨時增減。任何服務增減決定都應獲得客戶同意，並在客戶的電子健康記錄中記錄相關理由。應根據客戶需求在家中、社區或診室內提供服務。

參與和規劃階段

說明：該階段內，服務人員開始參與服務並與客戶建立融洽關係，同時收集「資訊披露同意書」和客戶評估資訊，並從所涉及親友的支持人員和系統中獲得間接資訊，以便根據當前需求和基本需求啟動轉介和聯接程序。完成全面的生物心理社會評估之後，我們將與客戶和所確定的親友支持成員一起製訂「客戶計劃」。

聯系人：每周至少1次，或者每周7天、每天多次按客戶需要而提供心理健康服務，以便讓客戶達到穩定狀態。

服務：參與、評估、計劃發展、安全計劃和安全計劃監控。

監控和適應階段

說明：該階段內，直接服務人員會對「客戶計劃」的實施進度進行監控，並按需要進行調整或修訂，為實現計劃目標進度提供支持。CORE提供服務人員應定期與客戶和親友支持人員會面，確認重要變化並慶祝成功、解決所面臨的問題，並讓客戶和成員完成與「客戶計劃」有關的任務。必要時，可能會增加服務強度以達到穩定狀態。

聯系人：至少提供每周30分鐘的心理健康服務，以達到持續穩定狀態，並努力取得康復進展。

服務：個人和團體社會康復，主要用於技能建設、加強關係和社區聯繫、病例管理、安全計劃監控，以及獲得有助於健康和康復的任何其他服務。

過渡階段

說明：過渡階段內，客戶要發揮積極的作用，而所製定的「過渡計劃」應確保所需要的服務和支持各就各位，以便為降低的護理水平提供支持。必要時，可能會增加服務強度以達到穩定狀態。

聯系人：至少提供每月30分鐘的心理健康服務，以達到隨時過渡的目的。過渡期不應超過3個月

服務：病例管理（例如「CORE社區健康中心」，「管理式護理計劃」或者基於需求的其他社區資源），為從「心理健康計劃」轉換到較低護理水平計劃提供支持。