



Projekt

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V PODPOŘE LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ÚSTECKÉM KRAJI

Metodika pro ÚSTECKÝ KRAJ

aktuální verze vždy na:

[https://bit.ly/Metodika MD UK](https://bit.ly/Metodika_MD_UK)



OBSAH

DÍL A.....	3
I. KAPITOLA	3
1. Úvod	3
2. Hodnoty a přístupy	3
3. Kritérií duševního zdraví.....	7
4. Zotavení, jako výchozí přístup	10
5. Čtyři fáze zotavení	12
6. Zavádění kultury zotavení	15
II. KAPITOLA	19
7. Nastavení multidisciplinárního přístupu	19
8. Tří úrovně multidisciplinární spolupráce.....	20
9. Léčba a plánování na úrovni člověka.....	27
10. Metoda CARE.....	29
11. Case management.....	37
12. Nic mi není, pomoc nepotřebuji.....	38
13. Věděli jste, že je možné se zotavit a hlasy zvládat?	43
14. Rodina jako součást zotavení	49
15. Zapojování lidí se zkušeností do multidisciplinární spolupráce	51
16. Komunitní prostor v multidisciplinární spolupráci	56
DÍL B	59
III. KAPITOLA	59
17. Očekávaný stav	59
18. Deset kroků pro zavádění a udržení multidisciplinární spolupráce	63
19. Koordinace multidisciplinární spolupráce v Ústeckém kraji	75
20. Sít dalších služeb v jednotlivých osmi regionech kraje.....	81

DÍL A

I. KAPITOLA

1. Úvod

Multidisciplinární spolupráce je dnes aplikována v řadě oborů. Její síla vychází z pojetí týmové práce vícero odborníků na jednom pracovišti. Vychází z předpokladu, že člověk není jen soubor diagnóz, z nichž si s každou jednotlivou má poradit jeden specialista. Vychází z předpokladu, že jednotlivé složky naší osobnosti, fyzické, psychické, sociální a spirituální vzájemně souvisí, ovlivňují se, v dobrém i ve zlém. V oblasti duševního onemocnění na tento fakt moderní medicína a sociálně zdravotní práce reaguje propojením spolupráce mezi jednotlivými profesemi a integrováním pacienta s duševním onemocněním, jeho rodiny a blízkého okolí do středu zájmu.

V péči o duševní zdraví je nemoc třeba vnímat jako událost lidskou, sociální, psychologickou, nejen biologickou. Na tento fakt reaguje péče o duševní zdraví zapojením různých profesí a služeb, které svůj postup vzájemně s pacientem koordinují. **Pacienti/klienti, rodina, lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychoterapeuti, adiktologové, peer konzultanti, opatrovníci, učitelé, úředníci, duchovní aj. pracují ve vzájemně propojeném a koordinovaném systému péče.**

Aby vše probíhalo kontinuálně ve prospěch pacienta/klienta, je třeba multidisciplinární spolupráci přijmout jako hodnotu, princip práce a dobře jí organizovat. Tedy:

1. Umět profese a odbornosti, které jsou již v systému, efektivně využít, byť zvyklosti jsou v současné době jinak nastavené.
2. Zavádět kulturu týmové, partnerské spolupráce.
3. Svěřit profesionálům adekvátní kompetence a odpovědnosti v provázanosti na systém financování a vzdělávání a vyhlášek.
4. Umět práci všech již existujících služeb a odborností dobře koordinovat a řídit. Jak na úrovni systému, tak na úrovni přímé práce s pacientem/klientem.
5. A to vše v přístupu a filozofii zotavení, která do středu zájmu klade člověka se zkušeností s duševním onemocněním, jeho blízké a jeho přirozený život.

2. Hodnoty a přístupy

Změna paradigmatu se v posledních letech děje, ať už s námi nebo bez nás, ať už si to uvědomujeme nebo ne. Jsme součástí změn, které preferují **komunitní péči před dlouhodobou institucionální péčí**. Změna se týká hodnot a společenské morálky. Mezi základní etické principy v komunitní péči, které jsou v posledních letech společensky a odborně ozvučovány, patří **prospěšnost, autonomie, autenticita, partnerství, svoboda**.



Komunitní péči tvoří zdravotní, sociální a zdravotně sociální služby, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí, v komunitě, kde člověk žije.

1. Péče je orientována na zotavení, jako cestu klienta. Úkolem a posláním odborníků na duševní zdraví je podporovat tuto cestu, a ne ji bránit, vytvářením závislosti na službách.
2. Péče je orientovaná a zaměřená na silné stránky uživatele služeb a využívá existující zdroje v okolí klienta.
3. Péče je vedena vírou, že lidé se mohou zotavit i z těch nejvážnějších duševních problémů.
4. Péče je realizována v týmech. Komunitních týmy duševního zdraví se soustředí na podporu zotavení, sociální fungování člověka a osobní identitu člověka.
5. Péče je vedena ve čtyřech fázích zotavení, kdy nejdůležitější hodnotou je nabídnout lidem naději.
6. Péče je naplňována přístupem společného rozhodování, který je důležitý ve všech úrovních léčby, jak v individuální léčbě, tak i uvnitř organizace, týmu, oddělení.

Deset hlavních principů a hodnot:

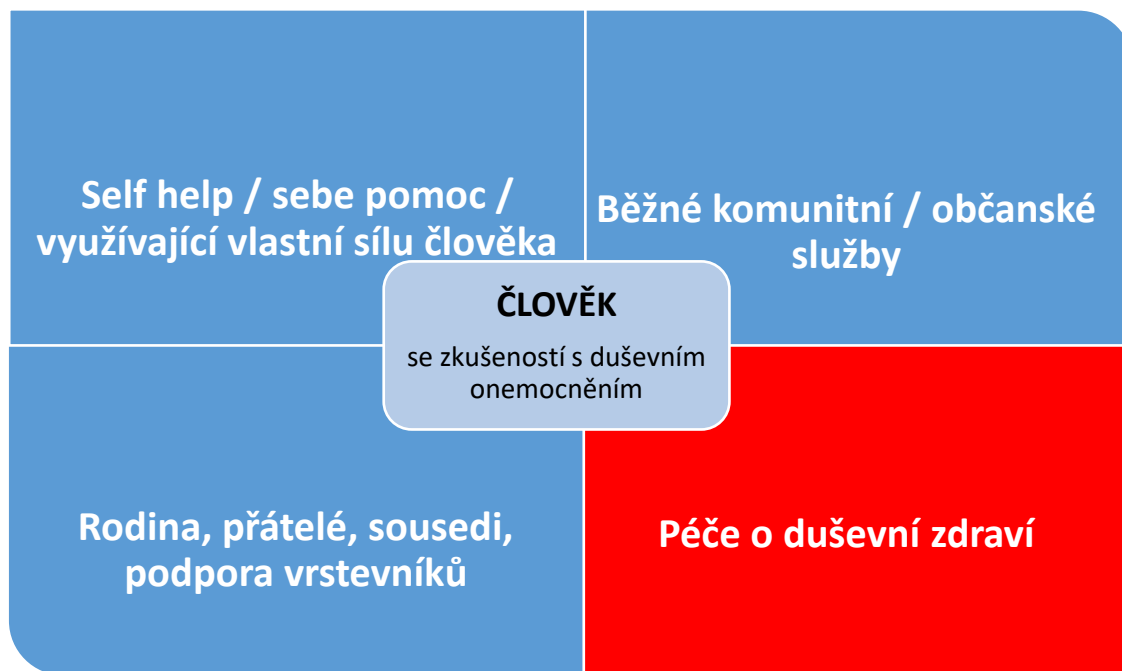
1. Systém péče je orientovaný na **podporu zotavení**.
2. Systém péče je založený na práci se **silnými stránkami člověka**.
3. Systém péče je zaměřený na maximální **využívání komunity jako přirozeného prostředí, které člověka vrací do jeho života**.
4. Systém péče je **řízený klientem – člověkem** s duševním onemocněním.
5. Systém péče umožňuje **reciprocitu/vzájemnost ve vztazích**.
6. Systém péče reaguje na **kulturní prostředí**.
7. Systém péče je zakotven v klientově **životním kontextu**.
8. Systém péče se věnuje **socioekonomickému kontextu** klientova života.
9. Systém péče je **zprostředkováván vztahy**.
10. Systém péče **optimalizuje přirozenou podporu**.

Klíčové nástroje zotavení pro odborníky v systému péče o duševní zdraví:

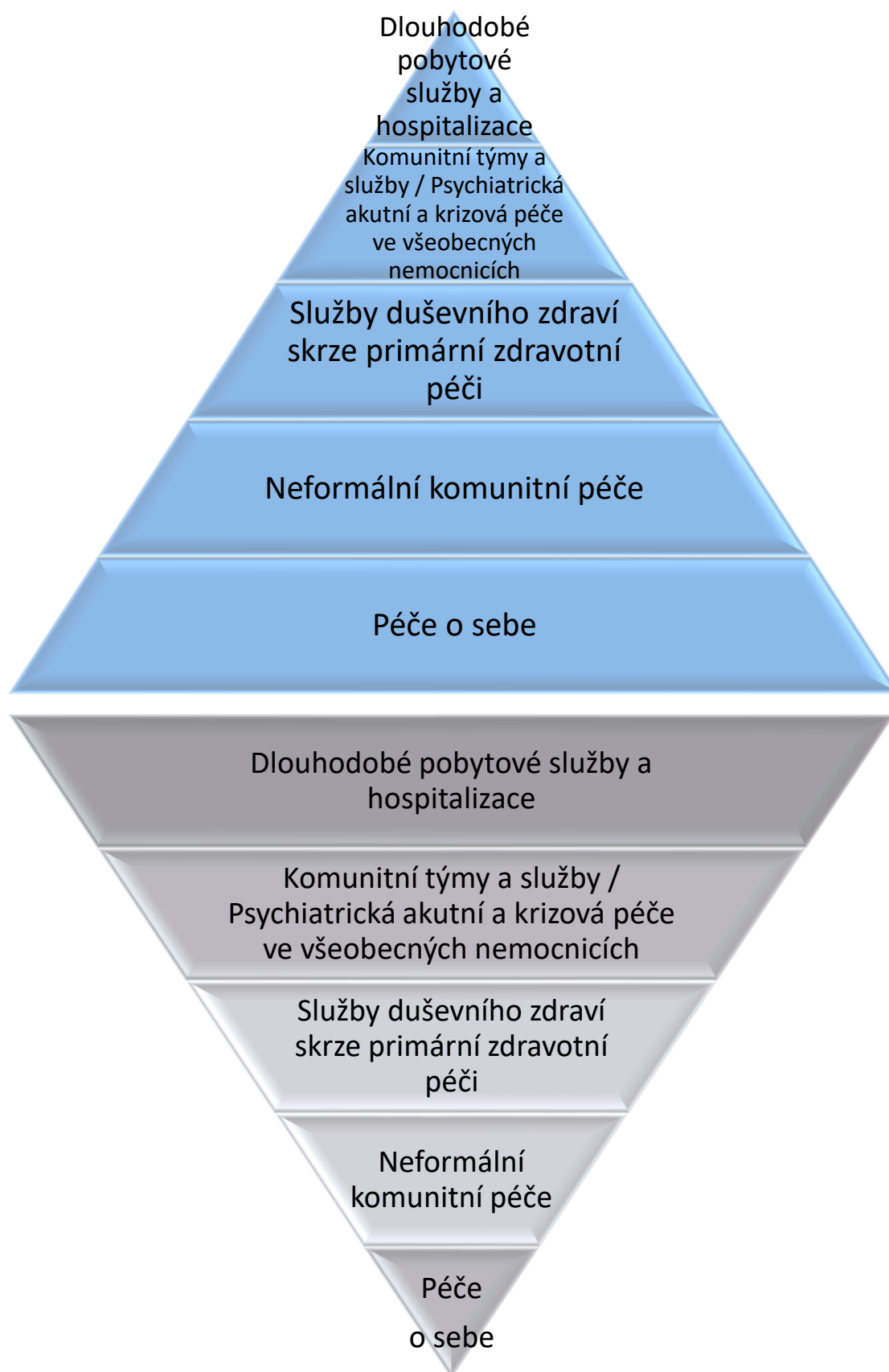
1. Formulace zaměřené na **člověka, namísto diagnóz** zaměřených na nemoc.
2. Služby založené na **vztahu**.
3. Péče **zohledňující životní traumata**.
4. Medikace a léčba **motivovaná cílem a smyslem**.
5. **Sdílené rozhodování** mezi profesionály a lidmi, kteří se zotavují.
6. **Aktivace pacientů**, kteří propagují vlastní zotavení – **používání léků**, které umožní žít život a pomáhají zotavení, na místo brání léků bez hlubšího porozumění jejich smyslu a účinku.
7. **Zvyšování odolnosti lidí s duševním onemocněním** tak, aby byli příště schopni zvládnout relaps s menší či krátkodobou externí podporou.



Centrem je pacient/ klient sám, s nímž se integruje několik složek / dle Trainor, Church 1984/ jsou to svépomoc, rodina a blízcí, běžná komunita, služby duševního zdraví.



Rámec pro podporu (Framework for support), podle Trainor a Church, 1984. Rámec pro podporu se v Kanadě ujal. V roce 2004 byla vydána již třetí aktualizace tohoto modelu, která původní rámec doplňuje, ale nemění jeho základní myšlenku. Carling uznává roli profesionálů, ale jeho vize směřuje jinak. Důraz je kladen na rozvoj svépomoci a aktivizaci neformálních pečovatелů v komunitě. Jeho tvrzení, že profesionální služby nejsou v systému péče tím nejdůležitějším prvkem, je i dnes radikální.



Zdroj: Organization of services for mental health (Mental Health Policy and Service Guidance Package), WHO 2003

3. Kritérií duševního zdraví

Motto – ROZVÍJÍME ZDRAVÍ, NESTABILIZUJEME NEMOC

Tato kapitola je věnována tomu, na **CO** se v naší projektové práci a přímé péči soustředíme při změnách, které realizujeme. Orientujeme se na změny přístupu. Na nové porozumění tomu, jak podporovat lidi na jejich cestě zotavení. Orientujeme se na **rozvoj duševního zdraví** lidí. Chceme být schopni podporovat je v procesu zotavování se z duševního onemocnění. Chceme mít schopnosti lidí s duševním onemocněním činit kompetentními pro jejich život v přirozeném prostředí, navzdory utrpení, které zažili a zažívají s duševním onemocněním. Chceme společně pracovat na zvyšování jejich odolnosti zvládat náročné životní situace. Chceme se v naší práci zaměřit na silné stránky člověka, vycházejíc z pozitivní psychologie.

Přinášíme **kritéria duševního zdraví**, která pozitivní psychologie, věnujíc se kladným aspektům lidské existence jako je štěstí, odpuštění, autenticita, odolnost, vytvořila. Chceme pracovat jako průvodci, kteří se věnují rozvoji zdraví, nikoliv pouze stabilizaci nemoci. Přemýšlet o tom, co rozvíjí a upevňuje duševní zdraví je pro zotavení člověka klíčové.

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 1946). Definice zdraví byla upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All, HFA), který byl přijat v roce 1977, se objevila doplňující charakteristika **zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život**. Tím přestalo být **zdraví cílem samo o sobě** a stalo se prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka. K dalšímu posunu dochází v novém programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21, Zdraví 21), který byl přijat v roce 1999 a přináší definici zdraví, která z praktických důvodů vymezuje **zdraví jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjiitelných nemocí a poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví“**. Dokument též mluví o zdravotním potenciálu jako o nejvyšším stupni zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Potenciál zdraví každého člověka je určován možností starat se o sebe a o druhé a jeho schopností samostatně se rozhodovat a uchovat si kontrolu nad svým životem. **Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit.**

V propojení s konceptem zotavení, jehož cílem je nastavit na základě silných stránek a motivace člověka s duševním onemocněním cestu jeho uzdravení, je podstatné vyjít z konceptu duševního zdraví. Ten vychází i v obecném pojetí psychologie člověka z jeho potenciálu, síly a pozitivní energie.

Pozitivní psychologie je psychologické odvětví zabývající se studiem pozitivních emocí (radost, štěstí, láska, naděje) a kladných životních zážitků a zkušeností (optimální prožívání – flow). V centru její pozornosti je také výzkum pozitivních individuálních vlastností a rysů osobnosti (optimismus, zvědavost, nezdolnost, smysl pro humor) a hledání faktorů, které se uplatňují v pozitivně fungujících společenstvích a institucích. Obecně je tedy pozitivní psychologie zaměřena na vědecké studování

lidského vzkvétání a jeho zákonitostí, stejně jako jiných stránek a ctností, které umožňují jednotlivcům, skupinám a komunitám prospívat. Její hlavní představitel, Martin Seligman, zmiňuje pět hlavních ingrediencí duševní pohody mající vztah k duševnímu zdraví:

1. pozitivní emoce
2. schopnost plně se ponořit do prováděné činnosti
3. navazování autentických vztahů
4. pociťování života jako smysluplného
5. zažívání úspěchu

Pokud chceme směřovat ke zdraví, cesta nevede prostřednictvím toho, co je nemocné, ale **toho, co je zdravé – myšleno posilování a rozvíjení toho, co je zdravé.** Co by tedy v nás mělo být zdravé a uzdraveno, abychom byli duševně zdraví? Směřujeme my sami a služby duševního zdraví ke zdraví? Je zdraví výchozím konceptem, nebo jsme více soustředění na to, co je slabé a nemocné?

Ze zkušenosti víme, že při vytváření cesty zotavení při mapování potřeb a společném plánování se nám často psychologické potřeby člověka vytrácí.

Potřeby se nám zužují do materiálnějšího, jakoby hmatatelnějšího, tedy i dosažitelnějšího, měřitelnějšího charakteru. Jakoby jemnost a křehkost psychologických potřeb byla obtížněji zachytitelná, hůře popsitelná a často obtížně měřitelná.

Jak máme změřit štěstí, radost, osobní sílu, autentičnost, nové sebepojetí, míru empatie, či váhu vztahu? Těžko. Směřujeme proto někdy k více měřitelným a materiálním potřebám. I když je to složité, nemůžeme rezignovat, musíme se o to znovu a znovu pokoušet. Protože pokud se v plánu, který vytváříme s člověkem, soustředíme pouze na dosažení bydlení, bez propojení na psychologické potřeby a schopnosti, jako například schopnost člověka pracovat se samotou, sebedůvěrou či dovedností mluvit se sousedy a blízkými, můžeme směřovat k cíli, který nebude pro člověka zotavující.

Přijali jsme si proto pohled pozitivní psychologie na kritéria duševního zdraví. Můžeme si tak v týmu odpovídat na otázky, zda naše intervence, programy a plány jsou zaměřeny na rozvoj zdraví a na naplňování psychologických a sociálních potřeb lidí. Integrovat je do cesty zotavení a mluvit o nich s lidmi s duševním onemocněním či jejich blízkými.

14 kritérií duševního zdraví:

1. Naše **kapacita milovat druhého člověka** – zdravý člověk dovede vytvořit „zralou závislost“ na druhém. Nebojí se emočně investovat do blízkého vztahu, důvěřovat, sdílet a vytvořit závazek, zároveň si však dokáže zachovat vlastní autonomii.
2. **Věnování se jakékoliv smysluplné činnosti** s jasným záměrem, která přináší užitek společnosti, stejně jako tomu, kdo ji vykonává. **Pracovní uplatnění.**
3. Spolu s kapacitou pro lásku a práci je také důležité **zůstat hravým.**
4. **Schopnost důvěřovat druhému člověku.**



5. Aktivně ovlivňovat vlastní činy, jejich důsledky, a **mít tak kontrolu nad svým životem.**
6. Další charakteristikou zdravého fungování je tzv. **stálost self.** Za „já“, neboli „self“, můžeme označit souhrn všech našich vědomých i nevědomých představ o nás samotných. Je to náš pomyslný sebeobraz.
7. **Síla ego** umožňuje účinně se adaptovat měnícímu se okolnímu světu a zachovávat **dobry kontakt s realitou.**
8. Se silou ego úzce souvisí **realistická a spolehlivá sebeúcta.**
9. **Zralý vnitřní hodnotový systém,** podle kterého se člověk svobodně rozhodl řídit, je dalším znakem duševního zdraví.
10. Zdravý člověk umí u sebe **tolerovat celou šíři pocitů a myšlenek.**
11. **Schopnost mentalizovat.** Mentalizace je uvědomění si, že můžeme rozumět psychickým stavům ostatních, a že se tyto stavy mohou lišit od toho, jak my sami se právě cítíme.
12. Dalším aspektem duševního zdraví je **flexibilita obran.** Obrany představují psychický mechanismus, jakým ego nakládá s nepříjemnými afekty, vnitřními konflikty, případně jinou zátěží.
13. Závěrem se dostáváme k pocitu **vitality** jako důležité složky zdraví. Vitalitou je myšlena vášeň či entuziasmus, se kterým člověk přistupuje k životu.
14. V neposlední řadě se zdravá mysl umí **vyrovnat i s bolestnými aspekty života,** odtruchlit ztráty, které člověka potkají, a postupně se tak smířit i s vlastní smrtelností.

4. Zotavení, jako výchozí přístup

Během posledních let došlo v Evropě i v ČR k posunu mezi poskytovateli služeb, kteří si uvědomují potřeby jedince a jeho osobních cílů a kladou **důraz na autonomii a možnost člověka spolurozhodovat o léčbě a nastavovat si vlastní cíle zotavení**. Toto může být vnímáno jako posun paradigmatu směrem k přístupu zaměřenému na **silné stránky člověka s duševním onemocněním, který klade důraz na jeho duševní sílu, přednosti a schopnosti, nikoliv na jeho slabosti**.

To transformuje celou podstatu péče o duševní zdraví. Léčba se zaměřuje na to, **co člověk chce, vyžaduje, po čem touží a o čem sní, a napojuje se na znalosti, dovednosti a vlastnosti jedince tak, aby jeho rozvoj vedl k uzdravení**. Přístup zaměřený na silné stránky člověka zkoumá, **jak vytvořit novou životní energii, aktivizovat přirozenou pomoc a podpůrné sítě, jakožto součást řešení problému**. Tento přístup je specifický, detailní a individuální. Mezi silné stránky patří odolnost, dovednosti přežít, schopnosti, znalosti, zdroje a touhy, které mohou být využity k uspokojení a dosažení cílů člověka, který užívá služby. Od počátečního kontaktu, přes zpracování diagnózy k identifikaci cílů, realizaci intervencí a vyhodnocení je celý proces pomoci založen na předpokladu, že **lidé mají kapacitu a prostor k růstu, změně a zotavení**, a to i v tzv. chronickém stavu onemocnění.

Součástí projektu je napomoci sjednocení pohledu na to, co je pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním významné, a jak jej nejlépe podpořit na jeho cestě k zotavení. Pojem zotavení (recovery) se v celosvětovém měřítku v péči o osoby se zkušeností s duševním onemocněním objevuje již od poloviny minulého století. Nicméně až v posledních desetiletích **je orientace na zotavení viděna jako hlavní cíl péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním**. Tento přístup je výsledkem širšího poznání toho, že soustředit se pouze na kontrolu symptomů samo o sobě nezajistí nemocným kvalitní plnohodnotný život. I přes velký pokrok v psychofarmakologii a dalších léčebných metodách řada lidí s duševním onemocněním trpí dlouhodobě či celoživotně většími či menšími příznaky nemoci a jejími důsledky. I přes dlouhodobou medikaci u nich může docházet k relapsům. Přesto tito lidé mohou žít spokojený život s pomocí v těch oblastech života, kde ji potřebují.

„Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“

BILL ANTHONY, PHD, ZAKLADATEL Hnutí RECOVERY



Pro zotavení je nezbytně nutná

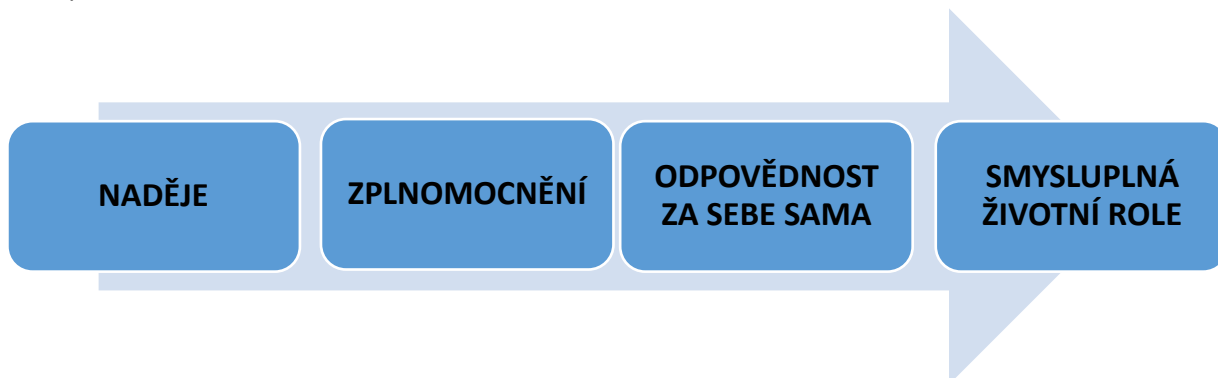
1. **Propojenost s komunitou**
2. **Naděje do budoucna**
3. **Znovuvybudování vlastní identity**
4. **Překonání stigmatu**
5. **Nalezení smyslu v životě**
6. **Zmocnění k vzetí života do svých rukou**

Každý proces zotavení je silně individuální a nikdy nekončí. Někdy jde obtížně, jindy jeho tempu sotva stačíme. Je to ale jediná cesta, která vede z duševního onemocnění k plnohodnotnému životu, ve kterém budeme mít bydlení, rodinu, zaměstnání, přátele, a ve kterém budeme schopni naplňovat naše sociální role a rozvíjet sami sebe. Takový život přináší mnoho radosti nejen nám, ale i lidem v našem okolí. **Aby myšlenka zotavení pronikla hluboko do našich životů, je třeba, aby všichni poskytovatelé péče napříč službami porozuměli tomu, co proces zotavení znamená, a byli schopni a ochotni ho společně s uživateli péče podporovat.**

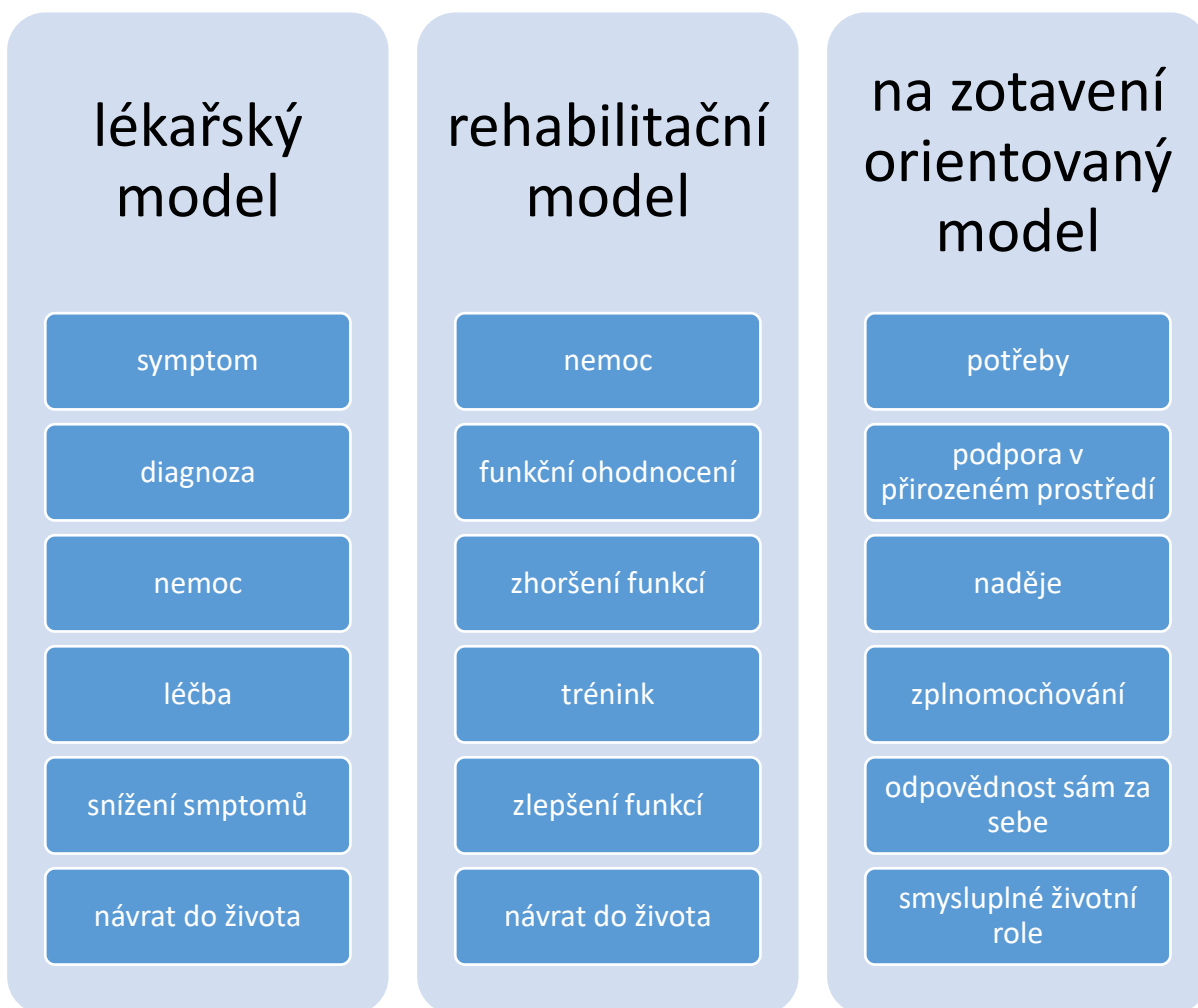
Na počátek mi dovoluji využít myšlenkový pana doktora Marka Raginse, který jsme zpracovali tak, aby ilustroval paradigmatický posun, který právě prožíváme, a byl využitelný pro naši každodenní praxi. Pro podrobnější prostudování prosím využijte literaturu Cesty k zotavení.

5. Čtyři fáze zotavení

Fáze zotavení mohou poskytnout jakousi **mapu procesu zotavení**. Lze ji použít především tehdy, jde-li o to, pomoci lidem zotavit se z vážného duševního onemocnění.



Než přejdeme k jednotlivým fázím procesu zotavení, ukážeme si na následujících grafech, jak se vyvíjel přístup od medicínského po rehabilitační model až k modelu zotavení.





Jak je patrné z grafického znázornění, pro zotavení je **zásadní** propojenost na **normální život**. Můžeme to vyjádřit myšlenkou, že teprve **normální život uzdravuje**. Vytváření naděje do budoucna, znovuvybudování vlastní identity, překonání stigmatu, nalezení smyslu v životě a zmocnění k tomu, vzít života do svých rukou, to vše je třeba realizovat v reálném životě s adekvátní podporou lidí ze služeb duševního zdraví a komunity v bezpečném vztahu.

Proces zotavení se děje ve 4 fázích, které jsou různě propojené. V každé z nich se z hlediska lidské psychiky dějí podstatné procesy a děje, které je třeba znát a uvědomovat si jejich obsah a význam při podpoře lidí na cestě zotavení.

I. FÁZE – NADĚJE

Každý, kdo prožívá zoufalství, potřebuje pocítit naději, jakýsi pocit, že **může být** a bude lépe. Bez naděje se není na co těšit a není možné nic pozitivního udělat. Naděje představuje **velký motivační prvek**, ale na to, aby byla naděje skutečně motivující, musí být něčím víc než jen ideálem.

Musí nabýt podoby **konkrétní, rozumné vize toho**, jaké by to mohlo být, kdyby to bylo lepší. Není to ani tak moc o tom, že by lidé s duševním onemocněním měli dosáhnout přesně té vize, kterou si vytvářejí, ale je zapotřebí, aby **měli jasnou představu o tom, co je možné**, neboť v důsledku toho mohou snáze přijímat složité změny a **dělat kroky vpřed**.

II. FÁZE – ZPLNOMOCNĚNÍ

K tomu, aby lidé dělali pokroky, je třeba, aby věřili ve své vlastní schopnosti a byli si vědomi své vlastní moci. Je třeba, aby se jejich naděje zaměřila na to, co mohou pro sebe udělat sami spíše než na nové léky nebo léčebné metody, které jim někdo jiný představí nebo dodá.

Aby se cítili zplnomocnění, potřebují mít přístup k informacím a možnost činit vlastní rozhodnutí. Je možné, že budou zpočátku potřebovat podpořit, aby se mohli místo na své prohry začít zaměřovat na své silné stránky. Občas budou potřebovat, aby v ně věřil někdo druhý, než si budou dostatečně jistí, aby si začali věřit sami.

"Připravenost" (*pozn. překl. „readiness“*) se často dostaví až při **pohledu nazpět**, tedy poté, co se něco podařilo. Čekání na to, až bude osoba s duševním onemocněním připravená učinit krok vpřed, může proto často vést ke stagnaci a ke „z-ne-mocnění“. Často musí lidé nejprve úspěch zažít, než uvěří tomu, že mohou být úspěšní.

III. FÁZE ODPOVĚDNOST ZA SEBE SAMA

Tak, jak se lidé s duševním onemocněním postupně zotavují, uvědomují si, že musí za svůj život převzít odpovědnost. To znamená, že musí **začít riskovat**, zkoušet nové věci a učit se ze svých chyb a selhání. Znamená to také, že se musí odpoutat od pocitů viny, hněvu a zklamání, které se nějak pojí s jejich onemocněním.



Tato etapa je pro lidi s duševním onemocněním a jejich poskytovatele služeb velmi obtížná. Je zapotřebí **zrušit staré vzorce závislosti**, přičemž je třeba klienty podporovat v tom, aby se sami chopili velení namísto toho, aby zůstávali ve snadné a bezpečné roli někoho, o koho je postaráno.

IV. FÁZE NOVÉ SMYSLUPLNÉ ŽIVOTNÍ ROLE

Pro úplné zotavení je nakonec třeba, aby lidé s duševním onemocněním získali ve svém životě nějakou smysluplnou roli, která nemá s jejich nemocí nic společného. Být obětí není role, která je hodná zotaveného člověka a upřímně řečeno tam nepatří ani role toho, kdo přežil.

Nově získané postoje jako je naděje, důvěra a větší zodpovědnost za sebe sama, se musí uplatnit v "normálních" rolích zaměstnance, syna, matky, souseda a jim podobných. Je důležité, aby se lidé připojili k širšímu společenství a stýkali se s těmi, kteří nespádají do sfér spojených s duševním onemocněním. Smysluplné role učiní konec izolaci a pomohou lidem s duševním onemocněním zotavit se a "získat život."

6. Zavádění kultury zotavení

10 důvodů, proč užívat praktiky založené na principu zotavení/uzdravení

1. Když **lidé nevěří**, že mají duševní problémy/jsou duševně nemocní, ale vy jim přesto chcete pomoci.
2. Když **lidé nedělají** to, co jim říkáte, aby dělali.
3. Když lidé nemohou být léčeni a musejí žít **s přítomnými symptomy**.
4. **Když je nemoc spolkla** a stala se jejich identitou a jejich celým životem.
5. Když je hlavním **problémem zneužívání návykových látek** a vy chcete zneužívání návykových látek propojit se službami v oblasti duševního zdraví.
6. Když je jejich kultura vede k **rozdílnému chápání** duševní nemoci a využívání služeb, než které máte vy.
7. Když je hlavním **problémem trauma** a vy jim chcete pomoci, aniž byste je traumatizovali znovu.
8. Když bezmoc, **bezradě a pasivita převzali hlavní místo**.
9. Když mají lidé značnou sílu a chtějí na sebe vzít **větší zodpovědnost**.
10. Když lidé chtějí dál žít svůj život **ve „skutečném světě“**.

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ



Pokud mají být poskytovatelé péče a multidisciplinární týmy schopny efektivně zavádět kulturu zotavení do své každodenní činnosti i do řídicích a plánovacích mechanismů, je nutné, aby byly vybaveny dostatečnou znalostí a porozuměním problematice kultury zotavení ve všech jejích aspektech.

Metodická příručka poskytuje doporučení, jak tyto prvky začlenit do každodenní přímé práce s osobami, které provázíme na cestě k zotavení, i do celkové organizační kultury poskytovatelů všech služeb v oblasti komunitní péče o duševní zdraví.

Při strukturaci textů k jednotlivým principům jsme se inspirovali z Guidelines for Recovery Oriented Practice vydaných Mental Health Commission Canada v roce 2015. (www.mentalhealthcommission.ca) Věříme, že tyto principy jsou vhodným nástrojem jak pro ty, kteří teprve začínají přemýšlet o tom, jak kulturu zotavení zavádět, tak pro ty, kteří se již pustili do prosazování myšlenek a praxe zotavení.

13 principů služeb zaměřených na zotavení

Princip 1

Prosazování kultury a jazyka naděje a optimismu

Kultura a jazyk praxe orientované na zotavení vyjadřují pozitivní očekávání a podporují kulturu naděje. Lidé se cítí ceněni, důležití, vítáni a v bezpečí. Vytváření kultury naděje je klíčovým momentem. Člověk cestu zotavení bez naděje nezačne.

Princip 2

Respektování Zotavení jako hluboce individuálního děje, který je zaměřen na všechny potřeby člověka v jeho celistvosti.

Praxe zaměřená na zotavení zohledňuje celou řadu vlivů, které ovlivňují duševní zdraví a pohodu člověka. **Podporuje obnovení zdraví, fungování a identitu člověka jako** tři hlavní domény zotavení, které jsou vzájemně propojeny, ale i přesto mohou být odděleny bez vzájemné hierarchie. Léčba orientovaná na zotavení zahrnuje tyto tři oblasti a s člověkem pracuje na oblastech, ve kterých chce on sám uspět. V procesu zotavení **rozhodujeme vždy S a ne O uživateli služeb**. Odborník a člověk/klient/pacient konají rozhodnutí společně s respektováním názoru člověka/klienta/pacienta. Zotavení probíhá na v multidisciplinárním prostoru na pomezí jednotlivých profesí a jejich spolupráce.

Princip 3

Potvrzování autonomie, sebeurčení a právo zdravě riskovat

Praxe orientovaná na zotavení potvrzuje právo člověka na sebeurčení, právo rozhodovat se a učit se a růst prostřednictvím zkušeností, uznává právo člověka/klienta/pacienta „zdravě“ riskovat při získávání nových zkušeností, kdy popírání a omezování práva a možnosti při učení se nových věcí „zdravě riskovat“ omezuje možnost zotavení.

Princip 4

Zaměření na silné stránky, osobní odpovědnost a zdravé životní role

Péče o duševní zdraví orientovaná na zotavení se zaměřuje na silné stránky lidí a podporuje jejich životní odolnost, schopnost osobní odpovědnosti, sebe obhajování a pozitivní změny. Soustředí se na to, co je silné, na počátku často neviditelné a upozaduje, co je „slabé“ na počátku často viditelné. Prozkoumává silné stránky jedince, jeho talenty, ambice, schopnosti, podporuje jeho vykročení z komfortní životní zóny.

Princip 5**Budování vztahů založených na spolupráci, reflektivní praxi a dialogickém přístupu**

Profesionálové orientovaní na zotavení realizují reflektivní praxi a budují s lidmi vztahy založené na spolupráci, vzájemném respektu a partnerství, aby je podpořili v budování jejich života tak, jak si to sami přejí. **Uznáváme, že expertiza člověka, který využívá služby, je stejně důležitá jako expertiza profesionální.** Dialog s člověkem je setkání dvou odborníků. Expertiza profesionála se skládá ze znalostí, zkušeností a schopností vést dialog. Expertiza člověka /klienta/pacienta jsou zkušenosti, cíle a vědomí toho, co mu v minulosti pomáhalo, a kdo, nebo co, jsou jeho zdroje, kompetence, silné stránky a vnitřní motivace.

Princip 6**Uznávání hodnoty rodiny, přátel a blízké komunity člověka**

Praxe a poskytování služeb orientovaných na zotavení uznává jedinečnou roli osobních a rodinných vztahů při podpoře životní pohody, poskytování péče a podpoře zotavení v průběhu celého života; stejně jako uznává potřeby samotných rodin a pečovatelů. Spolupracujeme s rodinou a blízkou sítí člověka s duševním onemocněním jakožto se zdroji, partnery, nikoliv jako s nositeli problému. Ve většině případů je lepší procházet cestou zotavení společně s ostatními, rodinou, partnery, kamarády, kteří přinášejí sílu a své kompetence do společného procesu zotavení.

Princip 7**Podpora sociálního začleňování a řešení sociálních determinantů duševního onemocnění**

Praxe zaměřená na zotavení a poskytování služeb se orientuje na řešení nerovných životních podmínek a nerovných příležitostí, které negativně ovlivňují osobní zotavení a při neřešení „uvěznují“ člověka v duševním onemocnění.

Princip 8**Odstraňování diskriminace a stigmatizujících přístupů**

Praxe a poskytování služeb zaměřených na zotavení podporuje pozitivní přístup k problémům duševního zdraví a duševním onemocněním a bojuje proti stigmatizaci a diskriminaci.

Princip 9**Využívání potenciálu a budování partnerství s komunitou**

Praxe a poskytování služeb zaměřených na zotavení se snaží maximalizovat zotavení prostřednictvím spolupráce s místními komunitami. **Spolupracujeme se sociálními „investory/donátory“ a dalšími účastníky.** Velká část zotavení se odehrává mimo služby duševního zdraví: v práci, ve škole, s rodinou, v komunitě. Proto je spolupráce služeb duševního zdraví se sociálními „investory“ a účastníky stěžejní.

Princip 10**Kultura zotavení ve vizi a hodnotách organizací a v systému péče o duševní zdraví**

Orientace na zotavení prostupuje vizí, posláním a kulturou všech organizací poskytujících služby v oblasti duševního zdraví a celým systémem péče o duševní zdraví.



Princip 11

Uznávání, oceňování a učení se od lidí se zkušeností, jejich rodin, blízkých a personálu služeb

Služby duševního zdraví orientované na zotavení oceňují, respektují a využívají zkušeností lidí s duševními problémy, jejich rodin a přátel, jakož i personálu a místní komunity. **Sdílíme a začleňujeme znalosti.** Léčba orientovaná na zotavení vyžaduje zapojení objektivních, subjektivních a normativních znalostí.

Princip 12

Partnerství napříč službami podporujícími zotavení

Na zotavení orientované služby navazují partnerství a spolupráci s dalšími organizacemi v oblasti péče o duševního zdraví i mimo ni.

Princip 13

Rozvoj a plánování lidských zdrojů

Služby duševního zdraví zaměřené na zotavení kladou důraz na budování personálu, který je znalý, soucitný, spolupracující, kvalifikovaný a profesionálně různorodý. Integruje zkušenosti a znalosti je odhodlán podporovat zotavení. **Ptáme se sami sebe při všem, co děláme: pomáháme, nebo překážíme?** Jakékoliv zákroky a zásahy, které máme, mohou potenciálně být kontraproduktivní, neboť nemusí odpovídat stupni léčby a podpory, kterou člověk potřebuje.

II. KAPITOLA

Druhá kapitola je zaměřená na koordinaci v systému multidisciplinární spolupráce, na nástroje a přístupy, které využíváme.

7. Nastavení multidisciplinárního přístupu

Cesta z klasického modelu orientovaného dominantně na léčení a využívání velkých lůžkových zařízení na model orientovaný na zotavení s maximem podpory v běžném prostředí osob s duševním onemocněním vede skrze změnu myšlení nás všech.

Klíčová změna přístupu je společná práce zdravotnických, sociálních i dalších pracovníků z jiných relevantních rezortů orientovaná na individualizovanou podporu a pomoc konkrétních pacientů/klientů ve všech oblastech jejich potřeb.

Je důležité, aby každá jednotlivá služba vnímala svou práci jako součást procesu podpory konkrétní osoby, která překračuje její hranice, například hranice areálu psychiatrické nemocnice atd). Je důležité, aby jednotlivé služby vnímaly další služby jako zdroj a potenciál, nikoliv již jako „možné ohrožení“.

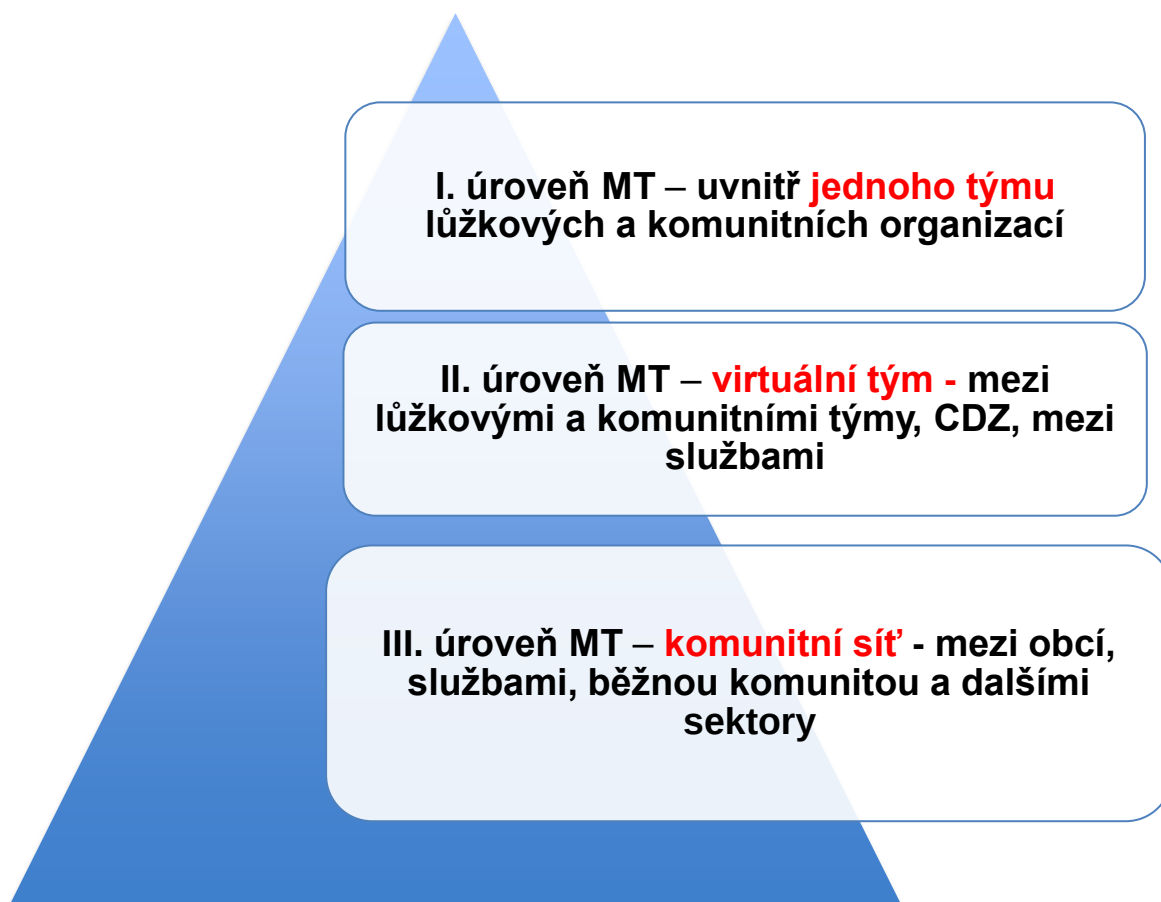
Je potřeba nastavit systematickou a pravidelnou spolupráci především mezi lůžkovými zařízeními (jak následnými, tak akutními) a již existujícími komunitními službami – týmy, včetně všech CDZ a nových MD týmů, jakož i zapojit různé formy bydlení, domovy se zvláštním režimem, adiktó týmy, aktivizačně sociální služby pro děti, domácí péče (home care) a další typy formálně ustavených služeb sociálního a zdravotního charakteru.

Integrované modely péče na jednotlivých územích znamenají vzájemnou kooperaci všech služeb a komunitních zdrojů ve prospěch zotavení pacienta. Každá ze služeb plní v systému určitou roli, kterou má v systému určenou a je za ní honorována, ale zároveň ví, že všechny potřeby člověka s duševním onemocněním nevyřeší sama, ale potřebuje k tomu další partnery na svém území. K tomuto účelu je ustaveno „regionální partnerství“, případně regionální organizační uspořádání, která sledují efektivitu využívání lidských a finančních zdrojů v daném integrovaném modelu péče.

V multidisciplinární spolupráci je klíčovým vztah mezi pacienty/klienty a odborným personálem. Bezpečný vztah, respektující a partnersky využívající neformální nástroje s profesionálními hranicemi, respektující způsob s orientací na zplnomocňování a zkompetentňování pacientů/klientů, je jeden z klíčových nástrojů podpory osob s duševním onemocněním na jejich cestě zotavení. Na všech třech úrovních multidisciplinární spolupráce je vždy zapojen člověk s duševním onemocněním. Ve všech třech úrovních MD spolupráce se minimalizují situace, kdy pacient/klient není přítomen rozhodnutím, které se týkají jeho života. Maximalizují se situace, které lze vyjádřit principem NIC O NÁS BEZ NÁS. Preferuje se princip SDÍLENÉHO ROZHODOVÁNÍ a princip ADEKVÁTNÍCH INFORMACÍ ve všech situacích léčby a zotavování.

Koordinace multidisciplinární spolupráce je rozdělena na 3 vzájemně se doplňující úrovně.

8. Tři úrovně multidisciplinární spolupráce



Koncept tří rovin multidisciplinarity se ukazuje jako nosným zvláště v jeho komplexnosti, kdy pojímá celou problematiku potřebné spolupráce. V zavádění konceptu se jednotlivé tři úrovně multidisciplinarity vzájemně propojují. Jedná se o přirozený, možno říci, cyklický proces. Jako klíčová se ukazuje II. úroveň, a to konkrétní spolupráce pracovníků lůžkových služeb a pracovníků komunitních služeb s konkrétním pacientem/klientem na tvorbě a realizaci jeho plánu zotavení, tedy práce tzv. virtuálních týmů.

Metodicky a podrobně se konceptu multidisciplinarity věnuje zpracovaná „Velká metodika zavádění multidisciplinární spolupráce odsouhlasená výkonným výborem reformy psychiatrické péče MZ ČR“ v roce 2020, která byla v rámci projektu implementovaná na úrovni České republiky u 170 týmů.

Ke stažení zde: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/multidisciplinarita/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu>.

Klíčovým je pro MD spolupráci TÝM. Týmová práce je základem. Je důležité být si vědom toho, co pojem tým jako takový obsahuje, a do praxe zavést skutečnou **týmovou práci**.

Práce v týmu se kvalitativně značně liší od práce ve skupině. Výsledný dopad na podobu podpory konkrétního člověka s duševním onemocněním samozřejmě závisí na profesních a osobních kvalitách pracovníků, ale také na tom, zda jejich práce je **organizována** v týmu či ve skupině. Pro smysl pojmu TÝM nám dobře poslouží překlad *angl. team, původní význam „spřežení“*. Tedy lidé, kteří jsou společně „spřežení“ plněním úkolu, dosažením určitého cíle, což je **možné jen při „společné cestě“, spolupráci všech členů**.

Na rozdíl od hierarchického modelu spolupráce, kdy je větším úkolem pověřován jeden člověk a je na něm, aby práci zorganizoval, týmový model klade větší důraz na **„horizontální“ vztahy**, na jednání, dohody a spolupráci přímo mezi jednotlivými členy. To ovšem vyžaduje, aby všichni členové měli jasno, **čeho chtějí dosáhnout, a klade větší nároky na jejich samostatnost a odpovědnost**.

Organizace týmové spolupráce je logisticky a časově náročnější, výsledky však kvalitnější.

Skupinu je možno vytvořit daleko jednodušeji a rychleji než tým. Skupinu můžeme sestavit v podstatě jednorázově. Stačí manažer a běžné systémy a struktury orientované na prostředí, chování a schopnosti. Při krátkodobých cílech, kde výsledek je víceméně jasný, je skupina dobrý způsob, jak organizovat pracovníky. Nicméně tam, kde je výsledek nejistý, nebo se pořádně neví, jak výsledku dosáhnout, povětšinou organizace formou skupiny selhává. Na takovéto úkoly je potřeba sofistikovanější sociálně-organizační struktury, tedy tým. Tým je potřeba budovat. Sám jako sociální jednotka prochází různými vývojovými fázemi. O tým, jeho kulturu, vazby a vztahy je potřeba se kontinuálně starat. V procesu reformy péče o duševní zdraví nám jde o zavádění týmové multidisciplinární spolupráce na všech úrovních systému péče o duševní zdraví. Podobně jako začínají či realizují multidisciplinární přístup již i jiné medicínské či společenské obory.

První úroveň multidisciplinární spolupráce – uvnitř jednoho týmu

Tato část pojednává o multidisciplinární spolupráci **uvnitř jednoho týmu**. Jedná se o tým pracovníků akutní či následné lůžkové psychiatrické péče a centra duševního zdraví či komunitního týmu. V týmu společně pracuje více profesí. Každá profese je nositelem jiné dovednosti, jiné specializace, které se vzájemně propojují a integrují člověka se zkušeností s duševním onemocněním do procesu spolupráce.

Cílem je vytvoření multidisciplinární spolupráce organizované formou jednoho týmu s definovanými členy, sdílenými hodnotami a společnými týmovými postupy a procesy, které vedou k podpoře klienta na jeho cestě k zotavení.

Organizační uspořádání chodu zařízení je postupně nastavováno tak, aby organizace práce přecházela od skupinové práce k práci týmové mezi jednotlivými odbornostmi se začleněním pacienta do procesu jeho zotavení.

Do práce týmu je postupně zaváděn systém **case managementu**, kde nositelem role „klíčového pracovníka“ je ve zdravotnických službách **nejčastěji** sestra a v sociálních službách sociální pracovník.



Case manažer má pro svoji práci dostatečný prostor, a to jak z hlediska času, tak z hlediska svých pracovních kompetencí v týmu. Činnosti spojené s case managementem jsou integrovanou součástí pracovní náplně profese, která zastává roli case manažera v týmové práci.

Jednotlivým členům týmu jsou známy **dovednosti a kompetence ostatních** členů týmu. Členové týmu si uvědomují jedinečnost znalostí, dovedností a zkušeností, které každá odbornost při poskytování služeb nabízí.

Tým sdílí společné **hodnoty a cíle** ve vztahu k poskytování služeb. Jasná formulace pomáhá sjednotit směřování činnosti týmu.

Multidisciplinární přístup je podpořen **vedením dokumentace**, ve které dochází k vzájemnému sdílení podstatných informací všemi členy týmu.

Existuje společný, **sdílený plán léčby** a péče, který je za přispění jednotlivých odborností ve spolupráci s pacientem naplňován.

K hospitalizaci dochází až poté, kdy **byly vyčerpány všechny možnosti podpory pacienta/klienta** a jeho blízkého okolí **v jeho přirozeném prostředí**.

Pokud je hospitalizace nezbytná, **komunitní tým (CDZ)** při převozu klienta/pacienta (kterého má v péči) k hospitalizaci poskytuje **asistovaný doprovod, pokud je to možné**.

Informovanost sítě navzájem. Pokud je pacient/klient přijat na akutní lůžko bez vědomí spádového komunitního týmu a tento typ péče potřebuje, je **tým o této skutečnosti co nejdříve informován**. Ideálně do 48 hodin.

Kontinuální péče. Týmy akutního oddělení jsou provázány s Centry duševního zdraví a komunitními týmy. Zde je již prostup do 2. úrovně multidisciplinární spolupráce.

Druhá úroveň multidisciplinární spolupráce mezi dvěma týmy – tzv. virtuální týmy

Druhá úroveň popisuje kroky potřebné k zavedení systematické spolupráce mezi dvěma týmy – lůžkovým zařízením a CDZ či komunitním týmem. Jedná se o postupné navazování takové spolupráce, která povede ke sladování péče a její kontinuitě kolem jednoho konkrétního klienta. Postupně se může jednat o spolupráci přesahující hranice jednotlivých týmů. Může se postupně vytvářet širší struktura, kterou pracovně v rámci projektu nazýváme týmem virtuálním. Tedy multidisciplinárním týmem, který sice není pod jednou organizační jednotkou, tzn. – není týmem de jure, ale de facto.

Cílem rozvoje spolupráce mezi lůžkovými a komunitními službami je **vzájemné sladění pohledů a metod práce** tak, aby byla zajištěna **maximální kontinuita péče o pacienta/klienta**. Pobyť na lůžkovém zařízení by neměl být zcela vybočením z plánu, na kterém klient pracoval spolu s komunitními službami. Spolupráce by měla taktéž zajišťovat rychlou návaznost potřebné péče hned po propuštění, na jehož přípravě začínají týmy spolupracovat již při přijetí pacienta.



Pracovníci oddělení a pracovníci komunitní služby mají **vzájemné porozumění** o účelu a charakteru práce partnerského týmu. Toto je podporováno vzájemnými stážemi jednotlivých subjektů.

Oba týmy mají vzájemně **sladěný pohled** na problém péče o klienta ve smyslu holistického, komplexního, na zotavení orientovaného přístupu.

Pacienti/klienti dostávají od obou týmů **kompatibilní informace a jsou v co nejvyšší míře integrováni na jednání a setkání týmů.**

Pacienti/klienti jsou **motivováni** k tomu, aby svým souhlasem umožnili mezi jednotlivými týmy předávání takových informací týkajících se jejich osoby, které jsou pro zajištění kontinuity péče napříč službami klíčové. Toho je nejnadhěji dosaženo, pokud je pacient/klient účastníkem jednání obou týmů.

U nových klientů začíná spolupráce mezi klientem a komunitní službou **již během hospitalizace** (ve spolupráci s pracovníky oddělení).

U klientů, kteří jsou již v péči komunitní služby, a dochází u nich k hospitalizaci, komunitní služba – klíčový pracovník pokračuje v kontaktu s klientem **i v době jeho hospitalizace** (synchronizace práce spolu s pracovníky oddělení).

V ideálním případě je postupně zaveden systém multidisciplinární spolupráce tak, že nedochází k **akutním hospitalizacím, o kterých není CDZ či komunitní tým informován** či na hospitalizaci nespokupracuje. Respektive k hospitalizaci dochází až poté, kdy byly vyčerpány všechny možnosti podpory klienta/pacienta v jeho přirozeném prostředí.

Za tímto účelem komunitní služba – komunitní MT tým navazuje spolupráci **s ambulantními psychiatry a praktickými lékaři** ve svém spádovém regionu.

Výsledkem dobré spolupráce komunitní služby a lůžkového oddělení je zejména **minimalizace překladů pacientů z akutních oddělení na lůžka následné péče.**

Je minimalizováno překládání pacientů do velkokapacitních pobytových sociálních služeb ve všech případech, kde postačí jiný typ sociální služby. V době transformačního procesu je stěžejní kvalitní spolupráce CDZ a komunitních týmů při mapování potřeb a silných stránek pacientů, kteří jsou v psychiatrických nemocnicích hospitalizováni dlouhodobě. Týmy při integraci pacientů otevřeně spolupracují, postupně opouštějí strategii „první volby“, která vede k překládání dlouhodobě hospitalizovaných **pacientů** do velkokapacitních pobytových zařízení sociálních služeb.

Dlouhodobou péči o klienty ze **skupiny SMI koordinuje tým** pro klienta regionálně dostupného CDZ či jiného komunitního týmu.

Multidisciplinární spolupráce a následná plánovitá podpora pacientů/klientů po propuštění je zajišťována postupně s rozvojem sítě služeb, pro všechny cílové skupiny, **nejen pro lidi se SMI.**

Při plánování hospitalizace i jejím ukončení **je osobně přítomen klíčový pracovník** klienta týmu Centra duševního zdraví či komunitního týmu.

Cílem setkávání pracovníka komunitní služby a pacienta je navázání vztahu, identifikace očekávání a potřeb klienta, vytvoření (pro klienta přijatelného) základního plánu spolupráce mezi komunitní službou a klientem během hospitalizace, a zvláště pak po jeho propuštění.

Oba týmy sdílí **systém posuzování potřebnosti klientů**, respektive identifikace jejich potřeb a zvažování indikace k zařazení do péče komunitní služby (CDZ či komunitního týmu).

Plán zotavení klienta je vzájemně sdílený mezi týmem lůžkového zařízení a týmem komunitní služby a je spoluvytvářen klientem.

Aktivní zapojení klienta/pacienta na vypracování plánu je klíčové. Měl by to být klientův/pacientův plán zotavení, ne pouze plán představy odborníků, co je potřeba s klientem/pacientem udělat. Avšak v situacích, kdy klient/pacient žije silně mimo kontakt s realitou a jeho životní situace (bydlení, příjem atd.) je varující, je zapotřebí větší asertivity. Přitom však hned, jak je to jen možné, předáváme zodpovědnost do rukou klienta/pacienta. V některých případech už jen to, že se nám podaří s klientem/pacientem komunikovat a postupně navazovat pro něj bezpečný vztah, je samo o sobě výrazným pokrokem. Toto samo o sobě může být obsahem první verze plánu.

Mezi týmy existuje systém **bezpečného sdílení potřebných rozhodnutí a podstatných indicií**.

Mezi oběma týmy by měl existovat systém vzájemných stáží, společná supervize i systém propojeného vzdělávání.

V případě, že bude pacient v podpoře MT týmu, kde prozatím nepracuje lékař, zajistí tým ve spolupráci s klientem podporu **ambulantního psychiatra**.

Třetí úroveň spolupráce – komunitní síť

Mezisektorová spolupráce uvnitř jedné „spádové“ oblasti, ve které žije cca 100 000 obyvatel. Uvnitř definované oblasti by se měli sejít významní představitelé ze všech odvětví a reagovat na potřeby duševního zdraví spádové oblasti. Mezi významné představitele patří odborníci primární péče, zástupci sociálních služeb, veřejných opatrovníků, CDZ/komunitních týmů, zaměstnavatelů a místních podnikatelů a policie. Centra duševního zdraví/komunitní týmy mají důležité úkoly, nejen jako poskytovatelé podpory pro lidi s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním, ale i jako konzultanti pro ostatní poskytovatele služeb (např. pro praktické lékaře), stejně tak v prevenci duševních problémů a léčbě lidí.

Multidisciplinární spolupráce na třetí úrovni spočívá v ustavení platformy spolupráce, který spoluprací různých sektorů a subjektů přispívá k řešení složité situace člověka s duševním onemocněním. V regionu s cca 100 000 obyvateli je nastavena systémová, opakující se spolupráce, která vede ke kontinuitě péči, snižování stigmatu, kultivaci při řešení krizových životních situací a aktivizaci



komunitního prostředí při využívání zdrojů ve prospěch člověka se zkušeností s duševním onemocněním.

Spolupráce je rozdělena do dvou činností:

1. Lokální Partnerství duševního zdraví
2. Případové konference

Lokální Partnerství duševního zdraví

Uvnitř definované „regionální“ oblasti (cca 100 000 obyvatel) se schází významní představitelé ze všech odvětví systému péče o duševní zdraví a reagovat na potřeby duševního zdraví dané regionální oblasti.

Pro jeho ustavení je důležitá:

Identifikace subjektů a regionální oblasti pro multidisciplinární spolupráci. Postupné oslovování identifikovaných aktérů regionálním metodikem MT spolupráce, vyjednávání rolí, míry zapojení, odpovědnosti, představení metodiky MT spolupráce osloveným – IZS, městská policie, úřady všech stupňů... včetně metodiků veřejných opatrovníků.

Ukutečnění meziresortního setkání. Svolává regionální metodik multidisciplinarity či krajský koordinátor ve spolupráci se zainteresovanými subjekty. Obsahem sdílení dobré praxe, řešení složitých systémově a mezioborově složitých situací u jednotlivých klientů, hledání možností a anonymní případové studie, edukace směřující ke kultivacím prostředí, četnost cca jednou za 3 měsíce. Ze vzešlých námětů a zkušeností kultivovat vzájemnou spolupráci a kontinuitu péče. Účastníci se dohodnou na zpracování zápisu ze setkání pro kontrolu plnění dohod na dalším setkání a záznam si účastníci nasdílejí.

Realizace vzájemných stáží, edukace.

Případové konference

Případové konference jsou setkáním člověka s duševním onemocněním, jeho rodiny, případně blízkých osob a pracovníků pomáhajících profesí. **Cílem** je výměna informací, zhodnocení situace člověka, vytvoření a propojení podpůrné meziresortní sítě, hledání a stanovení optimálního řešení a plánování společného postupu, který povede k **naplňování potřeb člověka**. Konečným výstupem je vyřešení obtížné situace, kde postup řešení je naplánován v **individuálním plánu péče**. Opatření, která vedou k zavedení pravidelných případových workshopů:

Pro jejich naplnění je důležitá:

Identifikace problému. Klient s klíčovým pracovníkem identifikují problém (možná už je popsán ve zpracovaném plánu podpory) – např. fyzické onemocnění (neřešený diabetes, změna hybnosti, další interní nemoci atd.), dále přestupková řízení vyplývající z problémů se spolužitím v komunitě včetně přítomnosti policie, potíže s péčí o blízké osoby, kontakt s rodinou, finanční zabezpečení, dluhová problematika, bytová problematika, problémy s vlastníky bytů, sousedy aj.



Navázání kontaktů. Klíčový pracovník se po dohodě s klientem spojí se subjektem potřebným k řešení identifikované situace.

Příprava workshopu. Klíčový pracovník zkontaktuje identifikovaný subjekt, domluví se s klientem na jeho účasti, popř. neúčasti (zplnomocnění klientem k zastupování), a zajistí domluvu se subjektem (obvodní lékař, policie, sociální pracovníci obce).

Setkání zainteresovaných. V domluveném čase proběhne setkání, zúčastnění dojdou k dohodě na řešení, zaznamenají se úkoly pro zúčastněné a sdílejí je mezi sebou, včetně zanesení do plánu podpory klienta.

Informování. V domluveném období se navzájem zainteresované subjekty vzájemně informují o naplňování dohodnutých kroků v případě potřeby v součinnosti s klientem a jeho rodinou, kroky aktualizují.

Návrhy systémových změn. Při řešení situací dochází k podchycení důležitých případů dobré praxe, které se mohou zobecnit na úroveň systému a přenést na setkání platformy. Například potřeba vzdělávání, zapracování MT spolupráce do interních materiálů dotčených subjektů, potřeba stáží, destigmatizace aj.

Četnost. Setkávání dle individuální potřeby zachycené v plánech

9. Léčba a plánování na úrovni člověka

Motto „SPOLEČNÉ PLÁNOVÁNÍ SE UKÁZALO, JAKO NEJLEPŠÍ LÉČBA“

Léčba na individuální úrovni člověka znamená, že uživatelé služeb jsou **partnery ve všech rozhodováních** týkajících se léčby, v nastavování cílů zotavování, formulování a zhodnocování léčebných a zotavovacích plánů. **Užívá se přístup sdíleného rozhodování**, který znamená, že poskytovatel služeb společně s uživatelem zkoumají klinické a praktické postupy a stejně tak využívají i expertizy obou z nich k dosažení společného rozhodnutí ohledně dalšího společného postupu. Společné rozhodování je modelem, ve kterém je středem pacient/klient, a vychází z toho, že jsou dva experti: odborník a odborník se zkušeností s duševním onemocněním (expert by experience).

Každý element procesu společného rozhodování by měl být napojen nejen na lékařské cíle, ale také životní cíle a procesu zotavení.

To znamená přesun od cíle jako je „*Chci být méně úzkostný*“ k „*Chci být méně úzkostný, abych mohl jezdit autobusem a chodit do práce*“.

Motivace je tedy klíčovým vnitřním procesem, na kterém při cestě zotavení spolu s člověkem pracujeme. Motivaci můžeme v podstatě definovat **jako radost/touhu/nadšení pustit se činnosti do nějaké aktivity**, a to zpravidla s vidinou něčeho **dobrého a krásného v přítomnosti a budoucnosti**.

Osobní vize a nalezení smyslu, proč se máme některé věci realizovat, je pro zotavení a vytváření společného plánu klíčové. Nalézt motivaci je podstatně jednodušší, když víme, proč děláme to, co děláme. Jinými slovy – když žijeme život naplněný smyslem nebo posláním. K tomu nám může pomoci nalézání, sepisování **osobní vize** při setkávání s člověkem s duševním onemocněním. Vize funguje jako jakýsi magnet budoucnosti přitahující naše přítomné chování. Díky osobní vizi můžeme svou energii investovat do něčeho, v čem vidíme **opravdový smysl**.

Tyto činnosti nás zpětně nabíjejí jakousi skrytou vnitřní energií, mění se v motivaci do další práce. Vedlejším a neméně důležitým produktem je také naše **vnitřní spokojenost**. Každý z nás máme **rozdílné talenty**, touhy a prostředky k tomu dělat něco smysluplného. Byli jsme stvořeni s určitými specifickými obdarováními a máme svobodu se rozhodnout, zda je využijeme k dobrým věcem, nevyužijeme či zneužijeme k těm špatným. Zamyslete se spolu s člověkem nad tím, co je pro něj **skutečně důležité** a podpořte ho v definování jeho osobní vizi.

1. Vnější motivace

Motivaci vnější každý znáte. Je to metoda cukru a biče. Pokud uděláš toto, bude odměna. Pokud ne, bude trest. Jedná se o pravěkou metodu reflektující motivy pána a jeho otroka. Bohužel se s ní setkáváme dodnes. Její aplikaci můžeme vidět ve sféře školství, byznysu, sportu i zdravotních a sociálních službách. Při této metodě je na nás vyvíjen tlak, abychom provedli úkon, ke kterému nemáme vztah. Děláme něco, v čem nevidíme smysl. Je to tedy metoda založená na strachu z možného potrestání. Bohužel se mnoho lidí takto motivovat (dobrovolně či nedobrovolně) stále nechává nebo

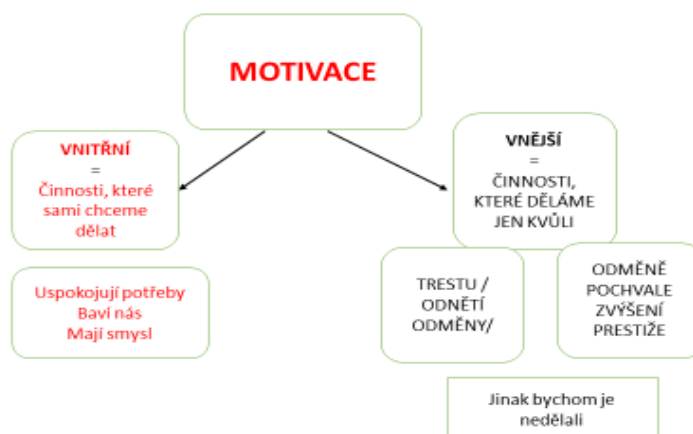
dokonce sami tuto metodu aplikují. Vnější motivací je však také forma pochvaly či odměny, která také přichází z vnějšího prostředí. Výsledkem může být: nespokojenost/špatná schopnost učit se novým věcem, negativita nakažlivá pro okolí, zhoršení výkonu.

2. Vnitřní motivace k cíli

Pokud se rozhodnete aplikovat vnitřní motivaci cíli, budete sice velmi efektivní, ale také vnitřně vyprahlí a nespokojení. Protože při této metodě jsou našimi motivačními stimuly **vytyčené cíle**. Na stanovení cílů není samozřejmě nic špatného, problém nastává tehdy, když se naší jedinou radostí stane okamžik při dosažení cíle. Dosažení cíle má pak za následek aktivování stejných center v mozku jako po požití návykových látek. Člověk, který je závislý na cíli, prožívá nával radosti. Tento nával má však jen dočasný charakter. Ohlíží se proto rychle po dalším cíli, aby mohl znovu pocítit příval pozitivních emocí. Výsledkem může být vysoká výkonnost vykoupená po většinu času pocitem nenaplnění, závislost na emoci – krátkodobé radosti, člověk úspěšný, ale nešťastný.

3. Vnitřní motivace cestou

Hledání vnitřní motivace je založena na již zmíněné osobní vizi, která člověku poskytuje mapu s cestou, kudy se v životě ubírat. **Víme, co dělat a vidíme v tom hluboký smysl.** Při putování životem narážíme na různé milníky, ty se však od cílů liší tím, že nejsou vysněným stavem, ke kterému směřujeme. Milníky slouží hlavně pro lepší orientaci. Získáváme díky nim zpětnou vazbu, zda jdeme správným směrem. Fundamentálním rozdílem tohoto přístupu oproti předchozím je stabilita a spokojenost, kterou do života přináší. Víme, proč děláme to, co děláme a z toho pramení i kýžená motivace k aktivitě a energii jít něco dělat. Výsledkem je: spokojenost v přítomnosti, flow, kreativita, vysoká produktivita, rychlejší schopnost učení, mistrovství v daném oboru. Najít vnitřní motivaci člověka s duševním onemocněním je složitější. Chce to trpělivost, empatii a víru, i když nevidíme výsledky ihned. V dlouhodobém měřítku, je však jedinou nosnou cestou při zotavování se z duševního onemocnění, prostřednictvím něhož naleznete spolu s člověkem, jeho vnitřní zdroje, které vám budou dávat pocit smyslu a naplnění.



10. Metoda CARE

Neexistuje mnoho nástrojů, které je vhodné využít pro procesy plánování zotavení. Během reformy psychiatrické péče na MZ ČR jsme začali v projektu multidisciplinarity využívat nástroje z metodiky CARE. Využití navrhujeme i v našem projektu, neboť psychiatrické nemocnice by měly zvolenou metodiku znát a nástroje ve své praxi využívat. Jde nám však stále o ducha plánování, nikoliv o vyplňování formulářů. Plánování je stálý opakující se proces, kdy vyjednáváme a domlouváme se za společným stolem, co pro danou situaci může každý z nás učinit. Společné plánování se ukazuje, jako nejlepší cesta pro zotavení se člověka s duševním onemocněním.

Metoda CARE má řadu nástrojů, které jsou účinné při práci s klientem/pacientem služeb. Pro základní použití v rámci multidisciplinární práce budeme využívat několik základních z nich. Jednotlivé nástroje jsou obsaženy v příloze č. 1.

1. **Osobní profil / anamnestický dotazník**
2. **Osobní preference**
3. **Osobní plán**
4. **Plán osobní podpory**
5. **Plán časných varovných příznaků – tzv. Semafor.**
6. **Konziliární karta**

Základní metodologie CARE

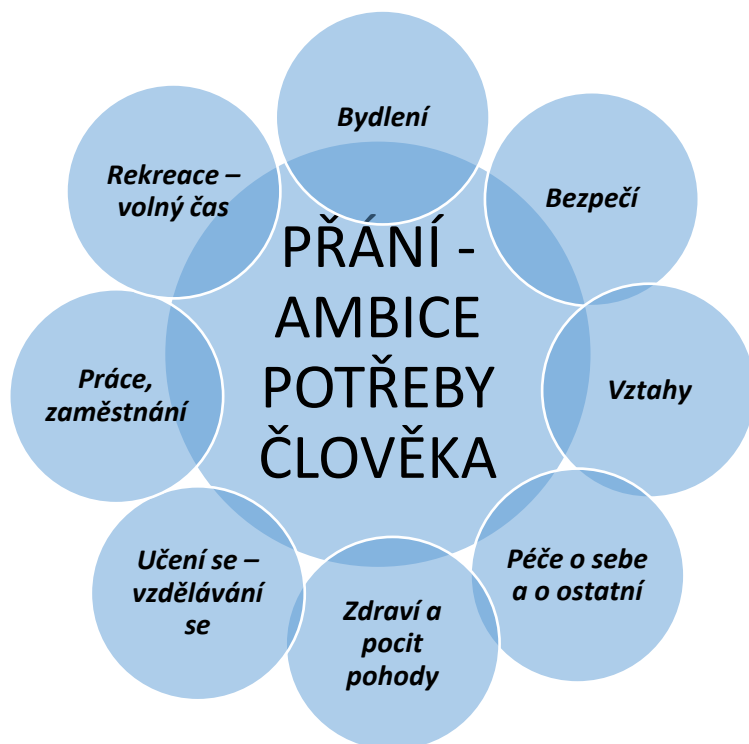
- vychází z filozofie zotavení,
- podporuje zplnomocňování pacientů/klientů,
- do vytváření je pacient/klient aktivně zapojen,
- je využívána všemi zainteresovanými stranami,
- reflektuje silné stránky pacienta/klienta a jeho přání,
- obsahuje nástroje pro mapování potřeb a přání, nástroje pro individuální plánování včetně krizového plánování,
- nástroje jsou využívány opakovaně, pravidelně revidovány a vždy společně se zapojenými pracovníky a pacientem/klientem.

1. Osobní profil

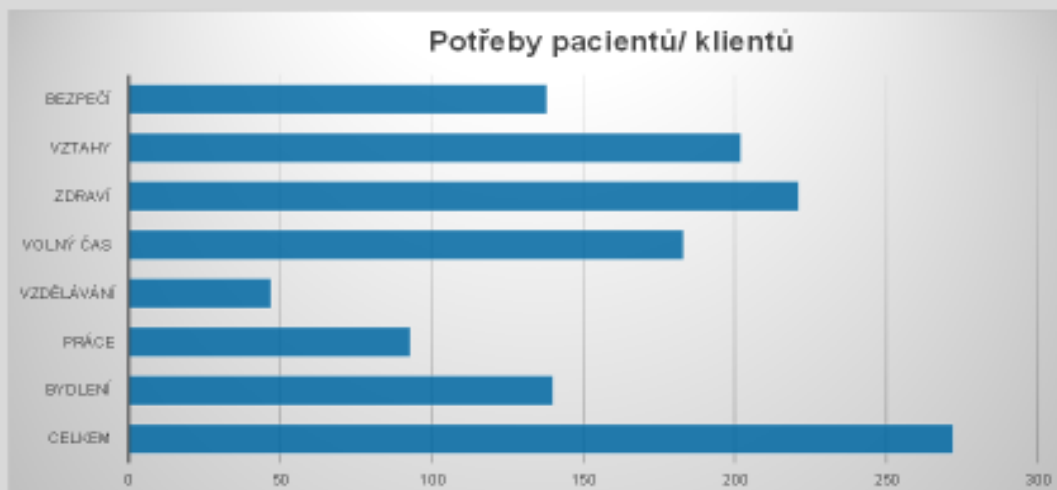
Je nástroj, který umožňuje zmapovat silné stránky a zkušenosti klienta a klientova blízkého prostředí. Osobní profil není zamýšlen jako seznam, který má být vytvořen najednou, jde o vyvíjející se dokument, který je stále doplňován. Majitelem je klient, v případě, že to lze, je psán jeho rukou a jeho vlastními slovy. V případě, že klient nechce či nemůže **Osobní profil** používat, využívají pracovníci k mapování nástroj **Podpůrný osobní profil**.



KLÍČOVÉ JE PRACOVAT VE STEJNÝ OKAMŽIK SE VŠEMI OBLASTMI POTŘEB
ZASEZENÝMI DO KONTEXTU ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU ČLOVĚKA.
V JEDNOM TÝMU

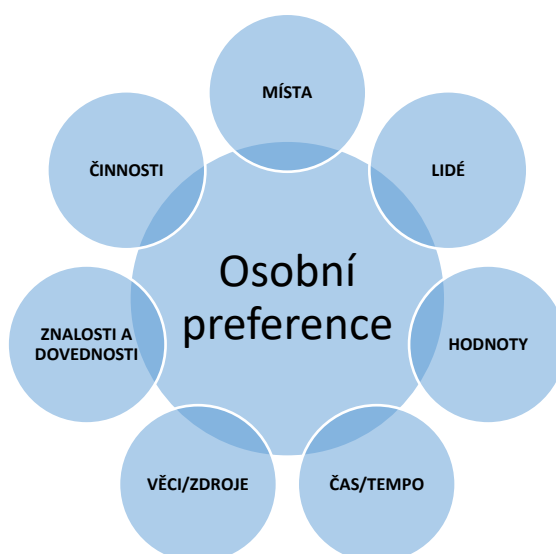


Zmapované potřeby pacientů/ klientů



2. Osobní preference

Dodávají přáním zabarvení, emoční energii, vyjasňují a konkretizují představu člověka v souvislosti s přáním. Frank by si například přál více naplňovat svou roli otce. Co přesně to znamená? Podrobnější povídání a vyjednávání otevře preference: když jsme s dcerou tak jdeme na hřiště, něco si společně uvaříme, máme kde spolu být?



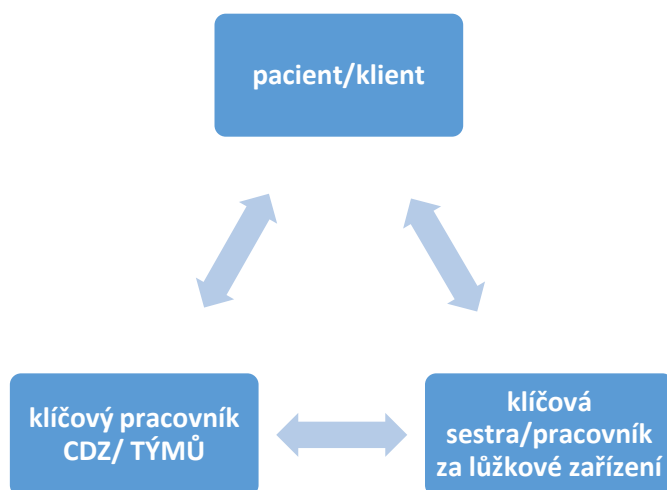
3. Osobní plán, což jsou nástroje člověka, které jsou v ideálním případě psané jeho jazykem i rukou a které má u sebe. V případě, že je pacient/klient v situaci, kdy není možné tyto nástroje použít, využívají pracovníci místo Osobního plánu nástroj

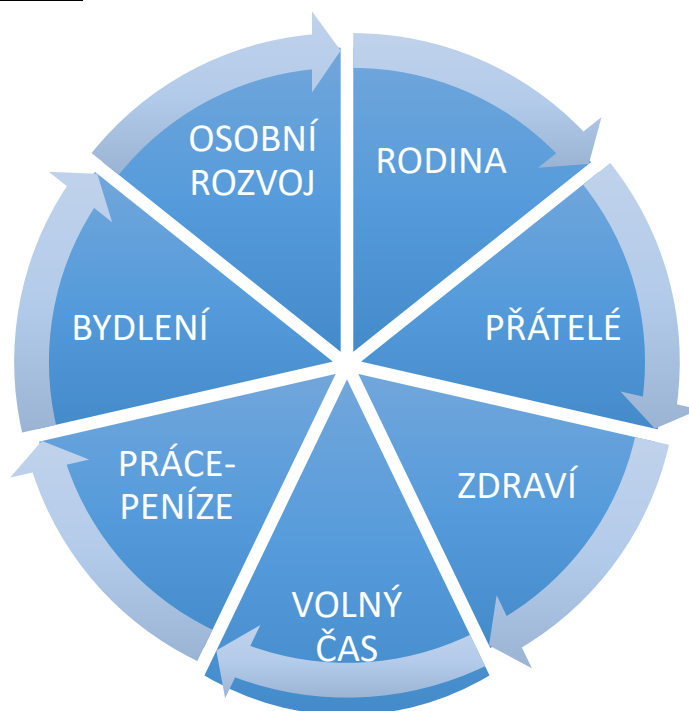
4. Plán osobní podpory – v případě, že s klientem vzhledem k akutní fázi onemocnění nelze sestavit Osobní plán, či se zatím nechce aktivně do spolupráce zapojit, využívají pracovníci společně nástroj Plán osobní podpory. Plán je možné využívat i na počátku práce s lidmi, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, než čas dozraje a začne přicházet energie a naděje k osobnímu plánu.

5. Plán časných varovných příznaků, kde jsou zachyceny varovné signály a potřebné reakce na tyto signály. Má podobu semaforu, kdy zelená značí rovnováhu, oranžová potom signály blížící se krize či zhoršení stavu a červená již signály, které znamenají možnost reálné krizové situace. Je vytvořen nejen pro samotného klienta, ale také pro lidi v jeho okolí. Nástroj je doporučený také pro akutní oddělení lůžkových zařízení. **V rámci práce s klientem na krizovém plánu** jsou evaluovány i jeho prožitky z pobytu na lůžkovém oddělení.

6. Konziliární karta – Základní souhrn o životním příběhu člověka s duševním onemocněním z hlediska událostí a souvislostí.

Budeme usilovat a vytvářet systém individuálních plánovacích setkání. Série řady plánovacích setkání vedoucích k pacientovu/klientovu zotavení, které organizují primární sestra spolu s klíčovým pracovníkem komunitního týmu a pacientem. Vytváří se tak uskupení, kterému říkáme triáda.



Kolo života - LIFE COACHING

Vizuální zobrazení potřeb člověka. Pacient/klient může zvolit co je jeho nejdůležitější situační potřebou.

Nastavení společného procesu plánování je tedy velkou výzvou a klíčovým momentem v procesu multidisciplinární práce. Potřebujeme začít individuálně plánovat, jak v přímé práci s lidmi s duševním onemocněním, tak plánovat samotný proces změn vedoucí ke společnému plánování týmů. Chceme nastavit model, kdy i hospitalizace a vše co s ní souvisí, bude součástí celého příběhu pacientova života a povede to nás profesionály ke změnám systému spolupráce.

MD spolupráci je nutné realizovat kontinuálně a včas. Nikoliv, až když je člověk propouštěn z psychiatrické nemocnice/léčebny. Doba, kdy se spolupráce navazuje, až krátce před propuštěním pacienta, se ukazuje, jako příliš krátká pro navázání bezpečného vztahu a vytvoření jakéhokoliv společného plánu, který je základem úspěchu pro další podporu člověka v komunitě. Potřebujeme kontinuitu péče nastavit tak, aby terénní týmy duševního zdraví či centra duševního zdraví mohly vstupovat do spolupráce, nikoliv dnem propuštění, ale dnem přijetí člověka na lůžko do zdravotnického lůžkového zařízení.

Nastavená změna se ukázala v projektu MZ ČR, jako velmi efektivní. U velkého množství pacientů se nyní daří propojit se, navázat spolupráci, vytvořit společný plán – postup / kdy krok za krokem doprovází komunitní týmy pacienta do přirozeného prostředí ve spolupráci s týmem lůžkového oddělení.

Klíčovým místem bylo systematické a **opakované** mapování a **porozumění potřebám** pacientů.

Zástupci týmů duševního zdraví pravidelně dojížděli, někde intenzivně **2x týdně**, někde 1x za 14 dnů, do psychiatrické nemocnice a v rámci **anonymních cenů** se mapovali a mapují potřeby **všech dlouhodobě hospitalizovaných pacientů** psychiatrické nemocnice.

Je nutné nejdříve pochopit potřeby člověka. Porozumět jim v celém kontextu jeho života, zaměřit se na to, co může být silné a zdravé z dovedností, schopností, osobnosti člověka a co nám z jeho okolí může pomoci. Nejdříve tedy nejen zmapovat, ale hlavně **pochopit, porozumět** a až následně se zamýšlet **nad možnou službou**. A to nejen službou, která je poskytována v rámci veřejně dostupného systému zdravotních a sociálních služeb, ale i přirozených zdrojů komunity.

Často jsme se setkávali s tím, že člověk nebyl propouštěn z dlouhodobé hospitalizace právě proto, že panovalo přesvědčení, že nemá možnost následné služby. Ta však byla poměrně často spatřována pouze v lůžkovém typu sociální služby často domovů se zvláštním režimem. Zaběhlý pohled, kdy pacient mohl odcházet „pouze“ do služby s intenzivní podporou 24/7 se nám postupně dařilo změnit.

Životy lidí ukazují, kolik toho jsou schopni zvládnout v přirozené komunitě s dobře nastavenou podporou komunitních týmů a CDZ. Rozkryla se nám tím nová perspektiva, s kterou jsme hleděli na současný systém v krajích ČR a najednou se zdál bohatší, silnější a dokázal přijmout velkou řadu pacientů.

Bylo potřeba pracovat na porozumění příběhu člověka, který se ocitl v psychiatrické nemocnici v celém jeho kontextu, na celé škále jeho životních potřeb. K porozumění příběhu nám pomohli případová setkání / konference /, kde jsme se společně učili přemýšlet v souvislostech a skládat život člověka do kontextu. Vždy nám velmi pomohlo, když byl pacient u toho a byla to společná práce. Nebylo to lehké. Stejně tak nastavit společné plánování při setkávání s pacientem mezi zdravotní a sociální částí profesionálních služeb.

Sociální determinanty duševního onemocnění jsou pro zotavení klíčové. Intenzivním zavedením multidisciplinární spolupráce se podařilo to, že jsou sociální potřeby člověka ve stejném zorném úhlu, jako je jeho zdraví, neboť jedno podmiňuje druhé. Spolupráce zdravotních a sociálních služeb, akutní a komunitní péče je tak neoddělitelná, a pokud je dobře propojená přináší nebývalé efekty pro pohodu lidí s duševním onemocněním.

Práce v triádě

Klíčovým krokem bylo, zavedení práce v tak zvané „**triádě**“. Tedy aby se o pacientovi ne bavil jen pracovník oddělení a pracovník komunitního týmu, ale aby byl, pokud možno vždy přítomen i samotný pacient / klient. Všichni tři pak společně vyjednávali „plán zotavení“ zaměřený na možnost propuštění pacienta, respektive jeho reintegraci do co možná nejvíce běžného života, včetně jeho kontinuální podpory po propuštění, dle jeho situace a potřeb.

Součástí vyjednávání dalšího plánu zotavování pak mohly být i aktivity realizované ještě během hospitalizace (například zvládnout medikaci). Frekvence kontaktů pracovníků komunitních týmů s pacientů a jejich klíčovými pracovníky z psychiatrických nemocnic jsou odlišné. Často závisí na

dostupnosti týmů. Snahou však je zajistit práci virtuálních týmů a následnou spolupráci v triádě minimálně 1x týdně. Tato frekvence dosáhne systémové změny.

Během projektu bylo důležité věnovat se „smyslu“ plánování. Nejsou nevýznamné tendence, kdy plánování je pojímáno spíše jako „povinnost, administrativní proces, pojetí ve smyslu mám splněno“. Ukazují se tendence, oddělování plánování od procesu zotavení / léčby /. To, co je výzvou pro další období je pojetí konceptu kdy **plán a zotavení / léčba / jsou jeden proces**. Plánujeme s pacientem/ klientem vždy když se setkáváme. Plánujeme asertivně, nabízíme, dotazujeme se, vyjednáváme možnosti. Do zotavení, a tedy i plánování, angažujeme všechny zdroje klienta/ pacienta, včetně jeho rodiny. U hodnocení plánu a jeho naplňování je často nastaven model „jednou za zvolenou dobu / často půl roku, či rok / , jdeme vyhodnotit dosažení cílů v plánu. U dlouhodobých, spíše vizí než cílů, je tento přístup možná na místě, kdo však z nás takto plánuje a žije? Přirozenější a také efektivnější se ukazuje přístup nepřetržitého monitoringu v rozhovorech nad dosahováním přání a potřeb a cesty zotavení.

v čem je podstata změny:

- plán a léčba jsou jeden proces
- plánujeme, vyjednáváme téměř vždy, když jsem s klientem
- plán je člověka, ne nás profesionálů
- asertivně rozvíjíme prvotní „zakázku“ s kterou člověk s duševním onemocněním přichází

co děláme:

- plánujeme vždy s člověkem / pacientem, nikoliv bez něj
- plánujeme asertivně – nabízíme, dotazujeme se, otvíráme možnosti, zkušenosti / zde jsou nepostradatelní lidé se zkušeností, zapojujeme je do přímé péče/
- vyjednáváme možnosti, nasloucháme přání a potřeby klientů / pacientů
- plánujeme se všemi lidmi / zdroji / které člověk má
- monitorujeme neustále v cyklickém procesu / nikoliv pouze 1x za půl roku

Postupně bude docházet k pochopení, že zotavení na individuální úrovni člověka znamená, že uživatelé služeb jsou **partnery ve všech rozhodováních** týkajících se jejich zotavení.

Užívá se přístup sdíleného rozhodování, který znamená, že poskytovatel služeb společně s uživatelem zkoumají klinické a praktické postupy a stejně tak využívají i expertizy obou z nich k dosažení společného rozhodnutí ohledně dalšího společného postupu.

Společné rozhodování je modelem, ve kterém je středem pacient/klient, a vychází z toho, že jsou dva experti: odborník akademicky vzdělaný a odborník se zkušeností s duševním onemocněním (expert by experience). Ani jedna z těchto stran by neměla být umlčená a obě musí sdílet informace proto, aby bylo vyneseno co nejlepší rozhodnutí ohledně léčby a dalšího společného postupu.

V tomto společném rozhodování se uznává, že odborník má expertizu více v diagnóze a terapii, a stejně tak i hluboké znalosti v důkazově založených přístupech; na druhé straně klient má expertizu na základě prožitých zkušeností se svou nemocí, zná velmi dobře systém péče o lidi s duševním onemocněním a disponuje důvěrnými znalostmi, co jeho životu dává hodnotu, smysl, význam a kvalitu.



Každý element procesu společného rozhodování by měl být napojen nejen na lékařské cíle, ale také životní cíle a procesu zotavení. To znamená přesun od cíle jako je „*Chci být méně úzkostný*“ k „***Chci být méně úzkostný, abych mohl jezdit autobusem a chodit do práce***“. Umožňuje to také zapojení dalších nefarmakologických, ne symptomatických intervencí, které budou integrovány do plánu zotavení.

11. Case management

Case management se v průběhu zavádění multidisciplinární spolupráce ukazuje jako klíčový nástroj, a to na všech úrovních práce týmů. Ověřil se předpoklad, že pro zajištění multidisciplinární práce s klientem je zapotřebí, aby každý klient měl jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka – průvodce zotavením. Tam, kde byla ustavena role klíčového pracovníka jednak v přímé péči o klienta, tak i v koordinaci naplňování individuálního plánu zotavení (recovery plan) klienta/pacienta docházelo ke zlepšení kontinuity péče.

Klíčový pracovník zapojoval další členy týmu podle aktuální situace (potřeb) klienta a podle jejich speciálních znalostí a dovedností. Pro práci s klientem klíčový pracovník navazoval bezpečné vztahy s hlídáním potřebných hranic tak, aby vazba nebyla přespříliš silná a člověk byl podpořen a schopen spolupracovat i s dalšími členy týmů.

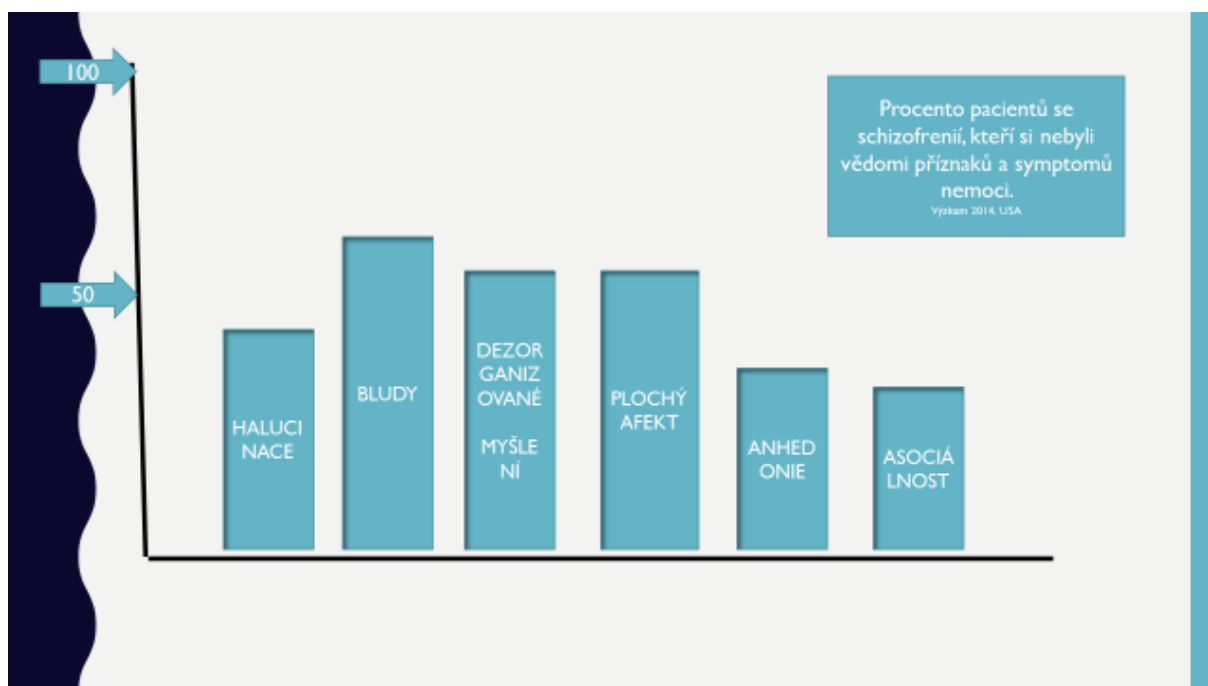
Zapojením více členů týmu bylo zajištěno, aby klientovi/pacientovi rozšíření škály sociálních kontaktů i pro potřebnou zastupitelnost klíčového pracovníka jiným členem týmu, pokud klíčový pracovník není přítomen.

Stále více jsme si při zavádění multidisciplinární spolupráce začínali a začínáme uvědomovat potřebu, redefinice role case manažera. Co nám ukazuje naše zkušenost, že výchozím bodem pro rozvoj péče orientované na zotavení, je skutečnost, že nácvik dovedností a různé přímé služby péče o duševní zdraví jsou realizovány „in vivo“ - tedy v přirozeném komunitním prostředí, kde jsou také zapotřebí. Nikoliv tedy v kanceláři, či ordinaci case manažera. Tento přesun z „ordinace, kanceláře“ do komunity není ještě dokončen a bude vyžadovat i novou roli a pojetí tradiční role case manažera. Zastánci a pracovníci asertivního komunitního přístupu začali definovat některé tyto prvky tak, že zdůrazňovali kontrast, mezi tradiční rolí case manažera, přirovnávanou k roli „agenta cestovní kanceláře“ a jejich novou rolí terénního pracovníka, kterou pojali jako roli „cestovního průvodce“ přes komunitního průvodce na „**průvodce zotavováním**“.

Průvodci zotavováním se ujímají důležité povinnosti vyvést vyloučené lidi z prostředí služeb do komunitní sféry, do přirozeného života. Je extrémně obtížné, ne-li zcela nemožné provádět jiného člověka na jeho cestě zotavení, zatímco sedíme v kanceláři či ordinaci. Podrobněji viz publikace „Praxe orientovaná na zotavení, kap. Rodící se model průvodce zotavením str.173.“ A zpracovaná metodika dobré praxe č. 2. Klíčový pracovník tak dostává nový smysl své práce. Od vedení případu k průvodci zotavením, který provádí člověka na základě jeho silných stránek do svobodného života nezávislého na službách.

12. Nic mi není, pomoc nepotřebuji

Výsledky výzkumů potvrzují, že **zhruba 50%** všech lidí trpících vážným duševním onemocněním **nevěří, že jsou nemocní**, což je často spojené s odmítáním léčby, léků, pomoci. Vede to často k pocitům **BEZMOCI** odborníků, rodin, blízkých lidí, průvodců. Bezemoc spojená s péčí o někoho, kdo popírá, že je duševně nemocný.



Absence náležitého náhledu na nemoc či dílčí symptomy nemoci je **dalším symptomem poruchy**, nikoliv pouze obranným postojem či formou zatvřelosti. **Anosognózie** – stav, kdy si člověk není vědom svých deficitů, symptomů nebo známek onemocnění. Výzkumy ukazují, že se jedná o jeden z neurokognitivních deficitů neboli symptomů mozkové dysfunkce. Psychotické epizody jsou pro mozek toxické, a tak hledání způsobů jak lidem s duševním onemocněním pomoci k tomu, aby se na léčbě a zotavení **AKTIVNĚ podíleli, je zásadní**.

Využili jsme v této metodice vybrané texty pro naši práci, z knihy **Nic mi není, pomoc nepotřebuji**, kterou doporučujeme k bedlivému prozkoumání. V našem textu se zaměříme na porozumění tomu, proč je člověk s duševním onemocněním tzv. nespolupracující, proč je důležité o spolupráci s ním usilovat a jaké přístupy volit, abychom spolupráce navázali.

Realita versus popírací tanec

Začneme analogií s našimi životy. Představte si, že bychom vám řekli, že nebydlíte tam, kde bydlíte, že bychom vám zařídili soudní zákaz pobývat na této adrese, kterou považujete za svůj domov. Že to vaši blízcí u soudu podepíší, že vám řeknou, abyste k nim již nechodili, že potřebujete pomoc.

Pravděpodobně byste nevěřili, že je to možné. Pravděpodobně byste si mysleli, že jsme se zbláznili. Proto každá dávka reality, kterou se snažíme člověku podat, může znamenat vždy intenzivnější odmítání, které nás vede k silným emocím a naštvanosti. Realita je v rozporu s prožíváním člověka. Dostáváme se často do tzv. **POPÍRACÍHO TANCE** do kruhu popírání reality a konfrontací s tím spojených. I sebemenší náhled představuje dveře otevřené pro jeho plnější rozvinutí. Ti, kteří mají menší náhled, mají větší problémy vytrvat v cestě zotavení, ať je léčba psychoterapeutická, farmakologická či rehabilitační.

Já si jenom potřebuji sehnat práci, jsem úplně v pořádku

Člověk, jehož představa o tom, kým je, se ztratila v čase a zůstala odříznuta od důležitých nových informací, si nemůže pomoci a musí každý důkaz, který ukazuje opak ignorovat, nebo vymlouvat. **Koncept self, které uvízlo v čase**, kvůli neuropsychologickým deficitům způsobuje, že koncept vlastního já, koncept self, tedy představa o tom, co mohou a nemohou dělat, zůstal doslova uvízlý v čase. Jakoby chyběl kus života a prožité sebe - zkušenosti. Proto často můžeme slyšet, nerealistické plány do budoucna.

Jak můžeme pomoci?

Klíčovými nástroji je

L - POSLOUCHÁNÍ / ZRCADLOVÉ NASLOUCHÁNÍ

E - PROŽÍVÁNÍ S EMPATÍ

A - PRÁCE NA TOM, NA ČEM SE SHODNETE

P - PĚSTOVÁNÍ PARTNERSTVÍ

L - poslouchejte

Naslouchejte s jediným cílem, **pochopit postoj** a stanovisko druhého a ukázat mu – zrcadlit, že ho chápete. Vaším cílem je pochopit, co vám chce člověk sdělit, člověku sdělené převyprávět, aniž byste **komentovali, hodnotili** a ověřit, zda jste to co je sdělováno pochopili správně. Není to role pasivní, ale **velmi aktivní**.

Dobře to děláte, když kladete hodně otevřených otázek. Jste spíše jako novinář, který s někým dělá rozhovor / Jakou má představu o tom co může a nemůže dělat / Jaké naděje vkládá do budoucnosti a jaké má od ní očekávání / Jakou má představu o své nemoci / Jakou má představu a zkušenosti s medikací, jak se k ní staví / aj.

Je to jeden z klíčových prvků. **Tlumí hlasitost hněvu, buduje důvěru a usmíruje.**

Důvodem je to, že nasloucháte s jediným cílem pochopit a ukázat, že **chápete**. **Opravdově. Nekomentujete**, co člověk řekl, nepoukazujete na to, v čem se mýlí, nesoudíte, ani neargumentujete nějakým podobným způsobem. Zní to jednoduše, je to však dovednost, která vyžaduje kultivaci. Nedělejte reaktivní naslouchání. Pokud se tak stane, omluvte se, že jste nenaslouchali a hned reagovali. Přislíbit, že to již nebudete dělat. Nedávejte rady, jsou často ignorovány, vaším cílem je poslouchat. Pojmenujte si, z čeho máte strach. Přestaňte prosazovat své představy. Nechte to být. Věci, na kterých se prozatím neshodnete, nechte být, odložte je. Respektujte, co jste slyšeli. Najděte témata, na kterých je možné pracovat. Napište si hlavní body. Pamatujte, věci se podaří, díky síle vašeho **vztahu**, ne díky síle vašich **argumentů**.

V zásadě spolu budete pracovat na situaci/problému, který definoval **člověk**, ale budete to **propojovat** s pomocí, kterou podle vás potřebuje a budete to dělat tak, že zapojíte to, co ho **motivuje**.

E - prožívejte s empatií

Empatie je v medicíně a komunikaci považována za základní předpoklad. Můžeme popsat jako kapacitu souznít s pocity druhých, jako schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby nebo také vidět svět z perspektivy druhých.

Projevování empatie

Měli byste zcela jistě projevovat empatii s prožitky, jako jsou...

1. **Frustrace** – vzniklé z tlaku okolí, plnit příkazy, brát léky, či z neschopnosti dosáhnout uskutečnění některých osobních cílů
2. **Strachu** – ze selhání, stigmatizace, léků
3. **Dis komfortu** – přibírání na váze, dezorientace, zpomalenost
4. **Touhy** – pracovat, oženit / vdát se, mít děti, vrátit se znovu do školy, dodělat si vzdělání, neskončit znovu v nemocnici

Vyžádané názory

1. Poslouchejte a projevujte **empatii** a dočkáte se toho, že se vás dotyčný na váš názor zeptá. To chcete, aby se stalo, protože názor, k jehož sdělení je člověk vyzván, má mnohem větší váhu než názor, který člověku, který se s vámi hádá, vnucujete, nebo nevyžádaně sdělujete.
2. Ignorujte to, že se vám zdá, že je sdělený plán nedosažitelný. Nehodnotíme realističnost, ale zajímá nás porozumění **proč, jaká je motivace, ta je klíčem ke změně**.
3. Vše co říkáte, by mělo mít podobu **otevřené otázky**.
4. Když chcete u někoho nastartovat změnu, musíte se stát jeho průvodcem, **kterému důvěřuje**.
5. Pamatujte si, že když chcete říci něco důležitého, je třeba nejprve položit otázku....**Chcete slyšet můj názor**.

Odkládané odpovědi

Svůj názor sděľujte, když jste o něj požádáni. Názor, který byl vyžádán, má mnohem větší váhu než nevyžádaný názor. Je důležité počkat se sděľováním vlastního názoru a odkládat to. **Preferovat názor člověka a jeho porozumění před vlastním názorem.** Když druhého přimějete, aby se na váš názor zeptal, učiníte ho tak odpovědného, kompetentního, že ho vyslechne. Odpovědi na otázku... Souhlasíte se mnou...odkládejte, jak nejdéle můžete. Chráníte tím vztah důvěry vytvořený zrcadlovým nasloucháním a posilováním empatie.

Smysl odkládání odpovědi spočívá nejprve v tom, že když odpověď přislíbíte, vyjádříte tím respekt k té otázce. Pokud to uděláte, posilujete sebevědomí daného člověka tím, že žádáte o svolení odložit svůj názor na později, a zdůrazníte tak, že názor člověka je důležitější než váš.

Příklady...

Slibuji, že vám na otázku odpovím, ale teď pokud by to nevadilo, bych ještě chvíľku poslouchal..

Řeknu vám to, ale teď bych se ještě chtěl něco dozvědět o....

Nejdůležitější názor v této místnosti je váš, ne můj

Až tady spolu domluvíme a vy vyjdete ven z těchto dveří, budete mít v ruce volant vy. To váš názor, ne můj ovlivní, co budete dělat, kam půjdete, jaká rozhodnutí uděláte.

Když to říkáme, dáváme lidem plnou zodpovědnost, zatímco sebe umenšujeme.

Když budete cítit, že přišel ten správný čas, svůj názor sděľte.

Při sděľování názoru využijte nástroj, který autor popsal jako **3x O**

1. **Omlouvám se** – Než vám řeknu, co si myslím, chci se omluvit, protože vás to možná zraní, nebo zklame
2. **Omyl připouštím** – I já se můžu mýlit, nemyslím si to, ale mýlit bych se mohl
3. **Oba souhlasíme** – Já doufám, že oba souhlasíme, že spolu nesouhlasíme. Já respektuji váš pohled na věc a nebudu se snažit vám ho vyvrátit a doufám, že vy můžete respektovat ten můj.

Nepoužívejte slůvko ALE – ale já si myslím, lidé obvykle přestávají poslouchat...

Příklady

Mrzí mě, že vás moje odpověď možná nazlobí, zklame

Chtěl bych to cítit jinak, abychom se o tom nemuseli dohadovat....

A - pracujte na tom, na čem se shodnete a **P** - Pěstujte partnerství

Pečlivě jste naslouchali, co vám člověk s duševním onemocněním říkal, o svých postojích, touhách, názorech, prioritách a díky tomu že jste s člověkem byli empatictí, jste našli oblasti, na kterých se oba shodnete.

- Neskončit zase v nemocnici
- Najít si práci
- Sama bydlet



Kdykoliv vidíte malé okénko pro příležitost předložit svoje pozorování a názory, vždycky začínejte s něčím, **co člověk uznává a s čím si je jistý.**

Čím více společné půdy najdete, tím lépe. Když sdílíte společné cíle, můžete spolupracovat a nemusíte stát proti sobě.

Co dělat, když pracujeme na tom, na čem se shodneme

1. **Normalizujte zkušenost** – kdybych byl v tvé kůži, cítil bych to stejně
2. Probírejte jen problémy a symptomy, kterých si **je daný člověk vědom** – bojím se, že mě všichni pozorují, a proto nejdu do práce
3. **Revidujte výhody a nevýhody zvolených řešení**, kterých si je daný člověk vědom – racionální i iracionální / medikace aj.
4. **Korigujte mylné představy** – o zotavení, nemoci, léčích, práci
5. **Zrcadlete a zdůrazňujte silné stránky, výhody** – jestli tomu dobře rozumím, říkáte mi, že když chodíte do práce lépe se vám mluví s lidmi, když užíváte léky lépe spíte a můžete ráno vstát odpočínutý
6. **Souhlaste s tím, že spolu nesouhlasíte** – vždycky, když na povrch vypluje nějaká oblast, na kterou máte jiný názor. Nemusí z toho být problém.
7. Noste **sepsané dohody** sebou, **vracejte se k nim**.
8. Pamatujte, že když chcete říci něco důležitého, **je třeba nejprve položit otázku**. Když svůj názor vyjádříte formou otázky, zdůrazníte tím, že chcete **spolupracovat, nikoliv dominovat**. Také tím člověku jasně dáváte najevo, že i on udává vašemu rozhovoru směr. Kladení otázek **oslabuje obranné postoje**.

13. Věděli jste, že je možné se zotavit a hlasy zvládat?

Do procesu zotavení, je třeba integrovat i práci se slyšením hlasů. Prof. Dr. Marius Romme je holandský psychiatr, zakladatel a hlavní teoretik hnutí Hearing voices. Celosvětové hnutí slyšení hlasů je dnes rozšířeno v celém světě, má rozsáhlou organizační síť ve 26 zemích a 5 kontinentech. V České republice má svou subtilní vlastní síť, webové stránky, několik přeložených publikací. Pro naše potřeby vstupní informace jsme pro vás provedli stručný výběr.

Podrobněji odkazujeme na <http://www.slysenihlasu.cz/>

Co jsou hlasy a vize?

Když říkáme, že slyšíme hlasy, nebo máme vize, tak tím myslíme situace, kdy slyšíme, vidíme, nebo cítíme něco, co ostatní neslyší, nevidí, nebo necítí. Tyto prožitky mohou zahrnovat všech pět smyslů – sluch, zrak, čich, hmat, chuť. Může se stát, že tento neobvyklý zážitek vnímáme jen jedním smyslem (např. slyšíme hlas), ale také se mohou druhy vjemů kombinovat.

Někteří lidé vnímají tyto prožitky jako obohacující, nebo jim alespoň nevadí. Například někomu, kdo se cítí sám, může příjemný hlas dělat dobrou společnost. Nebo například člověk, který ztratil blízkého, může být potěšen, když ucítí závan jeho vůně nebo parfému. Pro umělce mohou být takové prožitky zdrojem inspirace. Nicméně je řada lidí, kterým hlasy nebo vize velmi ztrpčují život – kritizují, vyhrožují, nebo způsobují zmatek.

Jak jsou hlasy nebo vize časté?

Statistiky se liší, ale na základě výzkumů poslední dekády víme, že 10% populace slyší v některém životním období hlasy. Pokud bychom započítali i neobvyklé zážitky, kdy někdo zaslechne své jméno během nakupování, nebo že máte pocit, že vám někdo volá, ale v telefonu zmeškaný hovor nenajdete, tak takové zážitky má až 75% populace. Výzkumy z posledních let přinesly překvapivé zjištění, že více než polovina populace (60%) po smrti blízké osoby zažije pocit její přítomnosti. Tito lidé uvedli, že mrtvého zahlédli, slyšeli, nebo jinak vnímali. Často zážitek hodnotili jako příjemnou, živou vzpomínku na milovanou osobu. Řada známých osobností z historie, ale i ze současnosti, slyšela nebo slyší hlasy: Gándhí, Sokrates, Johanka z Arku, Sigmund Freud, Anthony Hopkins, Carlos Santana, Robert Schumann, John Forbes Nash, Charles Dickens a další. Tyto prožitky se rovněž často dostávají v extrémních situacích, což potvrzují například zprávy Amnesty International. Obdobné zkušenosti mají i jachtaři, kteří se plaví na velké vzdálenosti.

Proč slyším hlasy?

Teorii, které se to snaží vysvětlit, je celá řada. Jedná se zejména: Speciální dar citlivosti, trauma nebo traumatizující životní události, disociaci, spirituální zážitky, biochemické teorie (dopaminová, apod.), paranormální zážitky, emoční distres, fyzické zdravotní problémy, kognitivní bias (chyba ve zpracování informací z našich smyslů), individuální rozdíly mezi lidmi. Pravdou je, že skutečný důvod neznáme. Je možné, že příčin je celá řada. Ve svépomocných skupinách Slyšení hlasů je zastáván názor, že každý člověk je individuální a nikomu nezpochybňujeme jeho vlastní vysvětlení – respektujeme navzájem své názory a svá přesvědčení.

Jak se naučím hlasy zvládat?

Věříme, že je možné se zotavit. Když mluvíme o „zotavení“, máme na mysli žít život, který jste si sami vybrali, ne život, který si vybral vás. Řada lidí, kteří slyší hlasy, ale žádné zotavení nepotřebuje – žijí spokojeně život tak, jak je to baví. Buď jim hlasy do života něco pozitivního přinášejí, nebo je nijak neruší. Pro ty, které hlasy dohnaly do náručí zdravotního systému, to může znít jako nedostupný sen. Dobrou zprávou je, že lidé nacházejí způsoby, jak hlasy zvládat, nebo jak se zotavit!

Postupně se tak z útočných hlasů mohou stát hlasy neutrální, mohou se ztišit, začít respektovat nastavená pravidla, nebo úplně vymizet. Přečtěte si náš osvědčený základní manuál „Jak zvládat hlasy“ a zúčastněte se některé z našich skupin.

Slyším hlasy, co mám dělat? 9 kroků ke zotavení

Prof. Marius Romme z univerzity v Maastrichtu ve svém článku „Důležité kroky ke zotavení z hlasů“ popisuje 9 kroků, které vedou k zotavení a které dle jeho zkušenosti lidem nejvíce pomáhají.

1. Setkávejte se s někým, kdo se o Vás zajímá jako o člověka

Lidé, co slyší hlasy, se často setkávají s negativním přijetím a to jak ze strany většinové společnosti, tak ze strany lékařů. Výzkumy posledních dekád i zkušenosti však ukazují, že pro člověka, který slyší hlasy, je velice důležité setkávat se s někým, kdo ho bere takového, jaký je, i s jeho hlasy.

„Strašně mi pomohla má nová psychiatrická Patricie Brackenová. Když jsme se setkaly poprvé, požádala mě, abych řekla něco o sobě. Řekla jsem „Jmenuju se Eleanor a jsem schizofrenička.“ Pat odpověděla svým tichým způsobem „Mě ale nezajímá, co o Tobě říkají ostatní. Pověz mi něco o sobě.“ (Eleanor)

2. Hledejte naději a normalizujte své prožitky

Řada lidí, co slyší hlasy, uvádí, že na jejich cestě k zotavení bylo také velmi důležité setkat se s někým, kdo jim nabídl alternativu a dával jim naději tím, že jim ukazoval cestu, jak z toho ven.

„Z kolotoče izolace, medikamentů a hospitalizací mě vytáhla sociální pracovnice, která se mnou mluvila úplně normálně. Po strašně dlouhé době to byl první člověk, který mě bral vážně.“ (Hannelore)

Raději říkáme „normalizování“ prožitků, než abychom mluvili o jejich „přijetí“. Například lidé, kteří byli v dětství sexuálně zneužíváni, těžko mohou zneužívání přijmout. Ale mohou normalizovat své prožívání a fungování.

„Pomohlo mi zjištění, že hlasy vyjadřují, co se se mnou děje. Je to něco, co ke mně patří.“ (Mien)

3. Setkejte se s lidmi, kteří přijímají hlasy jako skutečné

Hovořit otevřeně o hlasech je způsob, jak hlasy akceptovat.

„Setkání s Mariem a Sandrou pro mě znamenalo revoluci. Do té doby mi všichni říkali, že hlasy nedávají žádný smysl a že je nebezpečné s lidmi o jejich hlasech hovořit. Svépomocná skupina Slyšení hlasů mi ale umožnila pochopit, co se mi v životě přihodilo a co vedlo k tomu, že slyším hlasy.“ (Jan)

4. Začněte se aktivně zajímat o své zážitky s hlasy

To, že přijmete své hlasy jako skutečné, Vám otevírá dveře k objevení jejich významu a pochopení, jak se vztahují k vašemu životu.

5. Rozpoznejte hlasy, jako osobní

Rozpoznejte smysl hlasů podle toho, v čem jsou osobní: Podle toho, co říkají, podle charakteristik jejich hlasu, nebo okolností, za jakých se objevují.

„Slyším hlasy. Jeden hlas je mužský a jmenuje se Štefan. Později jsem pochopila, že i když jeho hlas je jiný než mého otčima, tak reprezentuje to, co mi otčím říkal. Například „Nejez tolik, nebo budeš tlustá.“ (Lisette)

6. Změňte dělbu moci mezi Vámi a vašimi hlasy

Podle zkušeností lidí, co se zotavili, je změna rozložení moci mezi Vámi a vašimi hlasy naprosto zásadní krok na Vaší cestě k uzdravení. Způsobů, jak to udělat, je celá řada:

- **Rezervujte si hlasy na určenou dobu.** Stewartovi například pomohlo, že se hlasům věnoval pouze večer v určenou hodinu. „Když se stane přes den, že slyším hlasy, řeknu jim „Teď ne, jsme dohodnuti až na osmou.“ Audrey se povedlo hlasům vymezit přesný čas ve svém diáři. Červený hlas může přicházet večer, modrý o víkendu.
- **Osvobodte se z role oběti.** Jeanette se osvobodila z role oběti díky příkladu Rona, který ji inspiroval. Pro Eleanoru to bylo vlastní zjištění:

„Uvědomila jsem si, jak se má psychiatricka a její tým snaží, jak se snaží má sestra i táta, a že jediný, kdo se tady nesnaží, jsem já, protože po těch letech v psychiatrické péči jsem si navykla se na sebe dívat jako na oběť.“ (Eleanora)

- **Pojmenujte démony ze své minulosti.**
- **Zpochybňte sílu hlasů.** Velmi náročná byla noc, kdy hlas vyhrožoval Eleanore. „Uřež si malíček, nebo zabiju celou tvou rodinu.“ Eleanor se vzepřela a odpověděla „Tak to udělej“. Vzpomíná, jak bylo těžké přečkat noc do rána. Když se na druhý den nic nestalo, bylo jasné, že hlasy nad ní ztratily moc.
- **Vezměte si zpět svou moc.** Pro Debru bylo důležité zjištění, že její hlasy mají jen tu moc, kterou jim sama dá. Bez toho jsou její hlasy bezmocné: „To, že slyším hlasy, neznamená, že se jimi musím řídit.“ Začaly ke hlasům přistupovat jako ke každému jinému vztahu: Nastavila hlasům hranice a rozhodla, kdy a jak ji mohou kontaktovat.

7. Dělejte vlastní rozhodnutí

Zde je několik inspirací, která rozhodnutí pomohla ostatním: Žaneta se rozhodla žít a skončit s pokusy o sebevraždu. Frank se rozhodl najít si kamarády. Debra se rozhodla, že se bude osobnostně rozvíjet.

Karina, Jolanda a Mien začaly pomáhat jako dobrovolnice, což jim zvedlo sebevědomí a pomohlo jim uvědomit si vlastní hodnotu. Petr se rozhodl najít v životě smysl.

8. Změňte vztah ke svým hlasům

Na cestě ke zotavení je velmi důležité změnit vztah ke svým hlasům. Andreasovi pomohlo namísto nenávisti k hlasům jim prominout a jednoduše je požádat o prominutí, když mu vyčítaly něco, o čem věděl, že je to pravda. Dobře pomohlo se ke hlasům chovat přesně naopak než doposud a zjistila, že situaci výrazně zlepšuje, když se ke hlasům chová, jako by to byly její přátelé a chová se k nim s respektem a je na ně hodná. Floře pomohlo, že přestala slepě dělat to, co jí hlasy říkají a teď sama zvažuje, co chce udělat a co ne.

9. Rozpoznejte své vlastní emoce a přijměte je

Prozkoumejte emoce hlasů a zjistěte, které z nich Vám ukazují vaše vlastní emoce, které jste si doposud nedovolili cítit. Debra si díky tomu uvědomila svůj strach z odmítnutí a rozhodla se mu čelit a začít se seznamovat s novými lidmi. Žanetě to pomohlo přijmout utrpení, které zažila a začala vnímat znovu samu sebe.

Příklad - Eleonor Longden <http://www.slysenihlasu.cz/>

"Důležitou otázkou v psychiatrii by nemělo být, co je s vámi špatně, ale spíše co se vám stalo, říká Eleanor Longdenová, člověk který zažívá zkušenost se slyšením hlasů od svého mládí.

Jsem hrdá, že mužů být součástí skupiny Intervoice, organizační složky Mezinárodního hnutí za naslouchání hlasů které bylo inspirováno prací profesora Maria Rommeho a doktorky Sandry Escherové.

Toto hnutí vytyčuje naslouchání hlasům, jako léčebnou strategii, smysluplnou reakci na nesmyslné okolnosti, ne jako symptom schizofrenie, který je třeba snášet, ale spíše jako komplexní, významnou a smysluplnou zkušenost, kterou je třeba prozkoumat.

Společně si představujeme a utváříme společnost, která chápe Ty, kteří slyší hlasy, a respektuje je, která podporuje potřeby těchto jednotlivců a která je vnímá, jako plnohodnotné občany.

Taková společnost je nejen reálná, ale už se začíná objevovat. Abych parafrázovala Chavéze, jakmile nastanou změny ve společnosti, nelze je zvrátit. Nemůžeme pokořit člověka, který má svou hrdost. Nemůžeme utiskovat lidi, kteří už se nebojí.

Pro mě jsou úspěch tohoto hnutí připomínkou, že empatie, spoluúčast, spravedlnost a respekt jsou více než slova. Je to přesvědčení a víra, která může změnit svět. V posledních 20ti letech toto hnutí, vytvořilo celou organizační síť ve 26 státech napříč 5ti kontinenty. Která jednotně pracuje na podporu důstojnosti, solidarity, zplnomocnění jednotlivců v duševní tísní. Snažíme se vytvořit nový jazyk a trénink naděje, která má ve svém středu neotřesitelnou víru v sílu jednotlivce.

Jak řekl Peter Levine, lidský tvor je jedinečnou bytostí vybavenou instinktivní schopností hojit se a intelektuálními vlohami tuto vnitřní schopnost využít. V tomto ohledu pro členy společnosti neexistuje větší pocta, nebo privilegia, než pomoci někomu v jeho procesu léčby, být při tom, podat mu ruku, sdílet břímě jeho utrpení a uchovat si víru v jeho zotavení.

A stejně tak si my, kteří jsme prošli bolestí a utrpením, musíme pamatovat, že nemusíme žít život, který je už navždy definován ničivými událostmi které se nám přihodily. Jsme jedineční, nenahraditelní. To, co máme uvnitř, si nemůže nikdo podmanit, pokroutit, nebo nám vzít. To světlo nikdy nevyhasne.

Jak mi jednou řekl jeden úžasný doktor, Neříkej mi, co ti o tobě řekli ostatní, řekni mi něco o sobě. "

5 MILNÍKŮ NA CESTĚ K ZOTAVENÍ

50 lidí z různých zemí se v rozhovoru pro britskou knihu „Život s hlasy“ svěřilo se svými životními úspěchy, ale i neúspěchy. Níže přinášíme jejich rady a zkušenosti, díky kterým zvládají hlasy:

1. Přijali jsme naše hlasy jako skutečné

Sue navštěvuje skupinku Slyšení hlasů v anglickém Birminghamu. Když se u ní objevily hlasy, odmítala, že by mohly být skutečné. Čím víc je však odmítala, tím víc u ní narůstal vnitřní konflikt a strach. Strach narostl do extrémních rozměrů a zcela ji ovládl. Nakonec jí pomohla změna strategie, díky které začala hlasy zvládat:

„Jakmile jsem akceptovala, že hlasy jsou skutečné, vztah se změnil. Přestala jsem se snažit se jich zbavit, přijala jsem hlasy za své.“(Sue)

Ron ze Skotska k tomu uvedl, že když poprvé navštívil skupinu Slyšení hlasů ve Skotsku, zeptala se ho jedna žena ve skupině, jestli slyší hlasy.

„Odpověděl jsem, že ano a ona mi řekla, že ty hlasy jsou skutečné. Takhle to nezní jako něco důležitého, ale ta věta pro mě byla jako kompas, který mi ukazoval směr. Podpořila mou víru v proces zotavení.“ (Ron)

2. Akceptovali jsme, že hlasy patří k nám a že jsou součástí naší osobnosti

Lidé, kteří své hlasy zvládají, uvedli, že po přijetí hlasů museli provést další krok. Akceptovat, že hlasy jsou součástí jejich osobnosti. A to často nebylo vůbec jednoduché, protože u řady z nich se hlasy objevily po prodělání nějakého traumatického zážitku. Lisette z Holandska k tomu řekla:

„Myslela jsem si, že něco takového prostě nemůžu přijmout. Teď už jsem to přijala, a i když hlasy pořád nemám ráda, přijala jsem, že patří ke mně.“

Pro Mien to bylo snazší:

„Přijala jsem prostě, že tu hlasy jsou a našla jsem způsob, jak s nimi vycházet. Patří prostě ke mně.“
Přijetí hlasů vedlo často i k pozitivnějšímu vztahu s hlasy.

3. Uvědomili jsme si, že hlasy se vztahují k naší životní historii

Řada lidí, kteří zvítězili nad hlasy, už od začátku viděla souvislost mezi hlasy a životními událostmi, které jim předcházely.

„Všechny hlasy jsou mojí součástí v důsledku životních událostí.“ (John)

Někteří si tuto souvislost ale uvědomili až později.

„Vím, že se hlasy objevily kvůli tomu, co se mi v té době dělo, i když pořád nevím, proč se tyhle události projevily v podobě hlasů. Prostě jsem to přijal a pak se vše dalo do pořádku.“ (Stewart)

Přijmout skutečnost, že hlasy souvisejí s životními událostmi, často nebylo lehké. Pro řadu lidí to znamenalo velkou výzvu. Hlasy se totiž často vážou ke znepokojující minulosti.

„V dětství jsem zažila vážné zneužívání a vždycky jsem věděla, že hlasy s tím souvisí, v tomhle jsem měla úplně jasno. S ohledem na okolnosti mi to dnes přijde logické.“ (Helena)

Abyste mohli přijmout hlasy, musíte nejdříve změnit způsob, jak o hlasech přemýšlíte. Pokud si myslíte, že hlasy jsou symptomy onemocnění, stavíte sami sebe do bezmocné pozice. Když přijmete možnost, že hlasy jsou skutečné, že vycházejí z vás samých a souvisejí s tím, co vás v životě potkalo, je to začátek úspěchu a cesty ke zotavení.

4. Akceptovali jsme, že hlasy vznikají v nás

Terapeuti se často snaží, aby člověk s hlasy pochopil, že hlasy pocházejí z něj. To ale řadu lidí naštve a mnoho lidí, kteří slyší hlasy, s tím rozhodně nesouhlasí. Nicméně pro lidi, kteří nad hlasy zvítězili, to byl často významný krok na cestě k zotavení.

„Nejvíce užitku mi přineslo (a pořád přináší) zjištění, že tak či tak jsem to já, kdo ty hlasy vytváří.“ (Mien)

„Nedávno jsem si uvědomil, že hlasy jsem vytvořil já. Že pocházejí z mé mysli, z mého nevědomí. Vznikají stejně jako sny.“ (John)

5. Přijali jsme sami sebe

Začněte pracovat na tom, abyste si vážili sami sebe a měli se rádi. Víme, že to nemusí být jednoduché. Zamyslete se, kdo z vašeho okolí, nebo dostupných služeb, by Vám mohl pomoci. Velkou podporou pro Vás může být rozhovor s lidmi s podobnou zkušeností, kteří chápou, čím procházíte.

„Souvisí to s tím, jak vnímám sebe samou. Roky jsem žila v přesvědčení, že to je totálně má vina, že jsem byla dítě ďábla, zatracená od narození. Tohle přesvědčení jsem musela úplně změnit.“ (Mien)

„Moje první volba byla zůstat naživu. Po tomto důležitém rozhodnutí následoval druhý krok, naučit se být v pohodě sama se sebou. Musela jsem se naučit cítit emoce a dovolit si hněv a smutek.“ (Žaneta)

Těchto pět důležitých kroků a rozhodnutí pomáhá získat kontrolu nad svým životem a naučit se zvládat hlasy. Svépomocné skupiny Slyšení hlasů jsou místem podpory, pochopení a cesty ke zotavení pro lidi, kteří slyší hlasy nebo mají neobvyklé vize.

14. Rodina jako součást zotavení



Pacient a rodina jsou součástí od samého začátku a celého průběhu zotavení. Rodiny nejsou **příjemci odborníků**, ale **aktivně ovlivňují** vzájemný **vývoj** mezi nimi, týmem a klientem. Pacient a rodina jsou součástí od samého začátku a celého průběhu zotavení.

Rodina je vždy přizvána ke společným setkáním, aniž by u případu byla specifická indikace pro rodinou terapii.

Je tedy patrné, že více než, že my profesionálové zapojujeme rodinu, se my profesionálové **propojujeme** na rodinu. Rodina a pacient jsou Ti kteří nám toto propojení a následně společnou partnerskou spolupráci umožňují.

Inspirace v otevřeném dialogu

Z přístupu myslitelů dialogických modelů, u kterých čerpáme inspirace, můžeme změny v přístupu v práci s rodinou zahrnout do kategorie **paradigmatických změn**.

Počátky otevřeného dialogu v práci s rodinou, byly založeny v 80 letech v malé psychiatrické léčebně Keropudas v Torniu ve Finsku. V procesu směřujícím k otevřenému systému byl nejdůležitější krok podniknut v roce 1984, **kdy spolupráce rodiny a profesionálů získala ústřední roli**. Namísto uzavřených schůzek zaměstnanců, kde se plánovala léčba, po nichž následovala terapeutická sezení

s rodinami vedená podle tohoto plánu, byla do praxe zavedena tzv. **otevřená léčebná setkání**, kde se **dělo zároveň plánování a léčba**.

Bylo rozhodnuto, že pacient bude přítomen od samého počátku léčby. To v praxi znamenalo, že personál před setkáním s rodinou netvořil pro pacienta žádný plán nebo doporučení týkající se léčby.

Rodina byla vždy přizvána ke společným setkáním, aniž by u případu byla specifická indikace pro rodinou terapii.

Praxe v té době ve Finsku byla taková, že potom, co byl pacient přijat k hospitalizaci, převzal tým do svých rukou plánování léčby a výběr různých terapeutických metod. Myšlenka byla naplánovat pečlivě léčbu, uvést jí v praxi a sledovat léčebný plán a jeho dopady. **Původně bylo plánování léčby vnímáno jako příprava, ne jako její součást. Tato příprava se konala na schůzkách zaměstnanců bez přítomnosti pacienta.**

Avšak při tomto modelu léčby nebyly výsledky se zapojením rodiny uspokojivé. Do sezení rodinné terapie se zapojovalo 5 – 10% rodin. To byl výsledek systému, kde tým nejdříve analyzoval a definoval problém a pak vytvořil plán léčby.

Přemýšlení poskytlo řešení problému. Místo toho, aby se problém prvně definoval a pak se případně hodnotilo, je-li důvod přizvat rodinu do terapie, **bylo uznáno, že samotná hospitalizace a vstup do služeb duševního zdraví je dostatečným důvodem pro zapojení rodiny do diskuse.**

Setkání, na kterých se měla léčba plánovat, byla následně přeorganizována tak, že pacient k nim byl přizván od samého počátku. **To obrátilo naruby předešlou praxi, kde fungovalo plánování a léčba jako dva oddělené procesy. V mnoha případech se dokonce samo plánování ukázalo, jako nejlepší forma léčby.**

V této změně přístupu se otevírají rodinám a blízkým lidem nové dveře k otevřené praxi. Role rodiny se proměňuje a rodina se stává aktivním „tvůrcem“ – hybatelem toho co se děje mezi ní a profesionály, vymaňuje se z role „příjemce“ intervencí rodinné terapie.

Často se stávalo, že plán, který profesionální tým připravil, nebyl reálný a tým se musel adaptovat na situaci pacienta a jeho rodiny za účasti všech, kterých se plán dotýká a plán společně vytvořit tak, aby byl reálný a vyjadřoval přání a vize pacienta a pracoval se silnými, na počátku možná neviditelnými, stránkami rodiny.

Přístup, který pracuje s rodinou jako se zdrojem energie, potenciálu a silných stránek, nikoliv jako s nositelem problému se ukazuje efektivní i ze zkušeností naší multidisciplinární práce. Pokud se tým dokáže flexibilně přizpůsobit módu jednání rodiny a zároveň vnést organizovanost a všestrannost, pak může vzájemná koevoluce podpořit zotavení a vzájemné učení. /Seikkula 1991/.

15. Zapojování lidí se zkušeností do multidisciplinární spolupráce

Zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do řízení změn a multidisciplinární spolupráce nám ukazuje, že je toto téma velmi barvité. Od přímé péče, po ovlivňování veřejných politik, plánů, financování a kvality, celého systému profesionální i neformální pomoci. V metodice přinášíme pohled, který propojuje všechny vrstvy a snažíme se ukázat, jak můžete k tématu přistoupit. Je patrné a cítíme, že potřebujeme velké množství lidí se zkušeností, kterým můžeme pomoci najít odvahu a rámec, ve kterém se mohou zapojovat. Není tedy naším cílem mít několik aktivních uživatelů, ale mít hnutí a systém, který je nastaven a dává možnosti být součástí v mnohovrstevnatém prostředí, kde se změny v péči o duševní zdraví odehrávají.

Definice zapojování uživatelů:

- Je řada definic toho, co znamená zapojování uživatelů. Hickey definuje zapojení uživatelů jako „systém v kterém se uživatelé služeb účastní na rozhodovacích procesech“(Hickey G,1998). Storm definuje účast uživatelů služeb jako "zapojení, podílení se a ovlivňování plánování i realizace jak samotné léčby tak i služeb(Storm M, 2010, str. 113). Lathlean definuje zapojování uživatelů „jako aktivní a spravedlivou spolupráci mezi odborníky a uživateli služeb ohledně plánování, realizace a hodnocení služeb a vzdělávání" Lathlean J,2006) . Stringer definuje zapojování uživatelů „jako proces , ve kterém je pacient zapojen do definování problémů a stanovení cílů, které tvoří plán péče"(Stringer B, 2008).

V krajském plánu duševního zdraví ÚK, který byl zpracován během projektu rozvoj krajských sítí sociálně zdravotních služeb projektu Deinstitutionalizace jsou celé kapitoly věnované rozvoji a zapojování uživatelů.

Oblast řízení péče

Strategický cíl 4:

Do řízení systémových změn v oblasti péče o duševní zdraví jsou zapojeni uživatelé péče – na krajské úrovni, na úrovni komunitního plánování obcí.

Oblast financování péče

Strategický cíl 3:

Svépomocné aktivity, peer konzultanti, pečovatelé jsou nedílnou součástí financování služeb duševního zdraví.

Oblast lidské zdroje a odborná příprava

Strategický cíl 3:

Lidé se zkušeností jsou součástí týmů jako pracovníci v sociálních službách.

Oblast Destigmatizace**Strategický cíl 4:**

Rozvíjet síť ambasadorů, tj. lidí s duševním onemocněním, kteří se podílí na destigmatizačních aktivitách (zprostředkování vlastní zkušenosti s duševním onemocněním jako jeden z nejefektivnějších způsobů destigmatizace).

Oblast Advocacy – obhajoba zájmů klientů a rodinných příslušníků**Strategický cíl 1:**

Uživatelé a rodinní příslušníci jsou zapojeni do rozhodovacích procesů.

Strategický cíl 2:

V Ústeckém kraji funguje nezávislá skupina SELF KVALITY složená z lidí se zkušeností s duševním onemocněním, případně rodinných příslušníků, kteří monitorují naplňování lidských práv v oblasti péče o duševní zdraví v ÚK a přinášejí podněty na Řídící výbor reformy ÚK, případně do pracovních skupin.

I my v rámci projektu Multidisciplinární spolupráce budeme usilovat o systémové zapojování uživatelů. Je možno ho shrnout do pěti klíčových oblastí (Hird, M., 2007). V každé z 5 klíčových oblastí má zapojení svá kritéria.

1. **V přístupu orientovaném na člověka** je dbáno na participativní přístup ve všech fázích zotavení člověka. Nevyjímaje fáze ataky onemocnění, kdy jsou nastavené procesy a přístupy klíčovými pro další cestu zotavení.
2. Dostatek **objektivních informací o léčbě**, včetně vedlejších účinků je druhou oblastí při zapojování uživatelů. Plné informace o léčebném plánu a jeho možných variantách. Zapojení uživatelů do hodnocení rizik. Vytváření léčebného plánu spolu s klientem. Advance directives – umožnit klientům vyjádřit předběžné rozhodnutí o jejich preferencích pro situace, kdy vzhledem k duševnímu stavu nebudou zcela schopni své názory vyjádřit.
3. Obhajoba práv **je oblastí vlivu**, který mají uživatelé na svou individuální situaci ale i politiku péče a její implementaci i vlastní řízení služeb. Do této oblasti patří i zapojení klientů do výběru managementu poskytovatelských organizací, či do akreditačních komisí aj.
4. Získávání **názorů uživatelů** a účast uživatelů v monitorování a hodnocení kvality služeb. Jedná se i o zapojování uživatelů do orgánů hodnocení kvality a výzkumných programů zaměřených na hodnocení systému péče.
5. **Spolupráce a partnerství** je oblast pro zapojení uživatelů do tvorby základních strategických dokumentů, plánování sítě služeb, transformaci služeb, vyjednávání o nastavení nových služeb. Zapojení klientů do komunikace s médii, zapojování klientů do vzdělávání profesionálů aj.

Oblasti zapojování uživatelů:

Zapojování uživatelů je možno shrnout do pěti klíčových oblastí (Hird, M, 2007):

1. Přístup orientovaný na člověka.	Participativní přístup ve všech fázích zotavení člověka.
2. Informované rozhodování.	Dostatek objektivních informací o léčbě, včetně vedlejších účinků.
3. Obhajoba .	Jedná se oblast vlivu, který mají uživatelé na svou individuální situaci ale i politiku péče a její implementaci i vlastní řízení služeb.
4. Získávání názorů uživatelů.	Účast uživatelů v monitorování a hodnocení kvality služeb.
5. Spolupráce v partnerství.	Zapojení uživatelů do tvorby základních dokumentů, zapojení klientů do komunikace s médii, zapojování klientů do vzdělávání profesionálů.

Stupně zapojení

Úhel, jak nahlížet na zapojování klientů do rozhodovacích procesů je model vypracovaný Shery Arstein (NHS, 2015, nazývaný Ladder of involvement (stupně-úrovně zapojení).

		Vyhodnocení stavu
1. Bez vlivu	Uživatelé jsou jen pasivními konzumenty služeb.	Velmi častý jev, je systémově zakotveno
2. Poskytování informací	Uživatelé jsou informováni o tom, co se děje, ale nemají na procesy žádný vliv.	Velmi častý jev, je systémově zakotveno
3. Konzultace	Uživatelé jsou dotazováni na své názory, avšak mají jen velmi limitovaný vliv na výstupy.	Nejčastěji se vyskytující stav
4. Spolupodílení se	Uživatelé mohou dát doporučení a ovlivňují výstupy.	Objevuje se jako součást dobré praxe, jen výjimečně je systémově zakotveno
5. Sdílení moci	Uživatelé se podílí na rozhodování a odpovědnosti, ovlivňují a spoluurčují výstupy.	Objevuje se jako součást dobré praxe, jen výjimečně je systémově zakotveno
6. Plná kontrola	Uživatelé efektivně kontrolují rozhodování na nejvyšší úrovni.	Výzva pro budoucnost, není systémově zakotveno



Proveďte audit současného stavu zapojení uživatelů ve službách a týmech ve vašem regionu.

Kde jsou v organizaci uživatelé zapojeni	Stupně zapojení – míra vlivu (dle předešlé tabulky): 1 bez vlivu / 2 poskytování informací / 3 konzultace / 4 spolupodílí se / 5 sdílení moci / 6 plná kontrola
<i>Příklady z praxe:</i>	
Uživatel služeb s podepsanou smlouvou	
Člen Správní rady organizace	
Člen Rady uživatelů ředitele organizace	
Účast ve výběrových řízeních na nové zaměstnance	
Člen svépomocné organizace	
Zaměstnanec v týmu či službě s peer zkušeností	
Člen řídicí / koordinační / skupiny reformy na kraji za organizaci	
Aj.	

Participační rámec - od informování ke zplnomocňování

- Způsoby a míra zapojování uživatelů - JAK a do jaké míry zapojovat?
- Míra participace uživatelů na jednotlivých úrovních může mít vícero podob.
- Od informování přes konzultace a zapojování k partnerské spolupráci a až ke zplnomocnění.
- Pokud bychom pro naše prostředí adaptovali často citovaný „žebřík občanské participace“ („A Ladder of Citizen Participation“, Arnstein, 1969), schematizující zapojování občanů do rozhodovacích procesů, pak bychom mohli zapojování uživatelů do rozhodovacích procesů na jednotlivých úrovních znázornit zhruba následovně:



		→ → → → → Míra participace → → → → →				
		Informování	Konzultace	Zapojování	Partnerství	Zplnomocnění
Přímá péče a podpora (1. a 2.úroveň multidisciplinarity)	zapojení do vlastní údravy	získávání informací o diagnóze a plánu péče	porozumění uživatele možnostem léčebných postupů /plánu péče	informovaná volba uživatele možných kroků v plánu péče	spolupráce na plánu péče a stanovování cílů	převzetí odpovědnosti za vlastní sestavení plánu péče s podporou
	zapojování do programů a služeb péče	získávání informací o nabízených službách a programech	Podpora k vyjadřování názoru a zpětné vazby na programy a služby	Volba mezi programy a službami s ohledem na potřeby a preferenze	Spoluutváření programů a služeb	Rozhodování o podobě programů a služeb / výkon služeb (peer pracovník)
	zapojování do plánování a řízení poskytovatele péče	Porozumění pravidlům fungování a cílům organizace	Poskytování zpětné vazby na fungování organizace	Zájem o fungování a pravidla organizace	Spolupráce na utváření pravidel a fungování organizace	Rozhodování o fungování a pravidlech organizace
Systém péče, řízení, tvorba strategií a politik	zapojování do regionálního systému péče (3.úroveň multidisciplinarity)	Informování o systému péče	Poskytování zpětné vazby na fungování systému péče	Zájem o fungování systému péče	Spolupráce v rámci platformy pro mezisektorovo u spolupráci	Rozhodování v rámci platformy pro mezisektorovo u spolupráci
	zapojování do regionálních a národních struktur	Informování o tvorbě strategií a politik	Pasivní připomínková ní strategií a politik	Aktivní připomínková ní strategií a politik (volba a vymezování mezi alternativami, vlastní návrhy)	spoluutváření strategií a politik, účast v poradních a pracovních skupinách	Rozhodování v rámci regionálních a národních struktur (členství v radách apod.)

16. Komunitní prostor v multidisciplinární spolupráci

Při znovu začleňování člověka s duševním onemocněním do běžného života je vedle odborných služeb zdravotní či psychosociální povahy, podstatná i podpora přirozené komunity.

Zapojení komunity je důležité hlavně ve fázi hledání a znovu osvojování smysluplných životních rolí, které často nemají nic společného s duševním onemocněním.

Propojenost s komunitou napomáhá k naději do budoucna, znovuvybudování vlastní identity, překonání stigma, nalezení smyslu v životě a vzetí života do svých rukou.

Proto je důležité v přirozeném prostředí osob se zkušeností s duševním onemocněním usilovat o zapojování neformálních struktur do procesu zotavení, respektive vytvářet podmínky a nástroje pro aktivizaci zdrojů a vytváření přirozených sociálních sítí možné podpory osob se zkušeností s duševním onemocněním na jejich cestě z duševního onemocnění k plnohodnotnému životu, ve kterém budou mít bydlení, rodinu, zaměstnání, přátele a ve kterém budou schopni naplňovat naše sociální role a rozvíjet sami sebe. Takový život přináší mnoho radosti nejen jim, ale i lidem v našem okolí.

Jakkoli je klíčové zapojení komunity hlavně ve fázi utváření nových smysluplných životních rolí, svůj význam má zapojování komunity napříč všemi fázemi zotavení.

Doporučení, na CO se v multidisciplinární práci v komunitě zaměřovat

1. Vytvářejte a udržujte vztahy s představiteli obcí v odlehlých a okrajových oblastech vaší spádové oblasti.
2. Vstupujte aktivně do komunikace se školami a vzdělávacími zařízeními a využívejte jejich potenciál ke zvyšování povědomí o problematice duševního zdraví.
3. Mějte přehled o klíčových firmách/zaměstnavatelích v regionu a zjistěte, zda mají formulované principy společenské odpovědnosti, případně vytvořené další nástroje na podporu komunity (zaměstnávání znevýhodněných, firemní nadace apod.).
4. Mějte přehled o existujících sociálních podnicích v regionu využitelných pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, případně uvažujte o zřízení či iniciaci takových sociálních podniků.
5. Mějte přehled o konkrétních organizacích, skupinách či jednotlivcích v komunitě, které byste člověku s duševním onemocněním mohli doporučit, případně mu pomohli se na ně obrátit v případě, že potřebují pomoci se smysluplným naplňováním základních lidských potřeb (jako je práce, samostatného bydlení, trávení volného času apod.).
6. Mějte v rámci týmu/organizace vybudovanou kapacitu na to, abyste se mapováním přirozených zdrojů v komunitě mohli zabývat.
7. Zapojujte do mapování a představ o chybějících člancích podpůrné sítě i uživatele služeb.
8. Mějte přehled o chybějících člancích v podpůrné síti využitelných pro osoby s duševním onemocněním.
9. Mějte vytvořené nástroje pro mobilizaci a akumulaci finančního a lidského kapitálu.
10. Věnujete se fundraisingu a dobrovolnictví a zapojujte do něj zaměstnance.
11. Podporujte zapojování osob se zkušeností s duševním onemocněním do svépomocných a peer aktivit.



12. Vytvářejte v organizaci příležitosti k interakci osob s duševním onemocněním s různými skupinami komunity, u kterých je předpoklad, že by mohly pomoci řešit potřeby osob s duševním onemocněním.
13. Pracujte se subjekty a jejich sítěmi v komunitě, které poskytují služby či se zabývají řešením potřeb relevantních i pro osoby s DO (např. bydlení, zajištění příjmu, zaměstnání).
14. Mějte vyčleněnou kapacitu na podporu zprostředkování a propojování konkrétních pracovních, společenských, tvůrčích, volnočasových či duchovních potřeb osob s duševním onemocněním s vhodnými zdroji v komunitě.
15. Reflektujte v organizaci, zda vaše intervence, péče a podpora a jsou zaměřeny na zdravotní či psychosociální pomoc či zda jsou cíleny i na běžné péči a podporu.
16. Uvažujte o aktivitách a programech, které by bylo možné a z hlediska zotavení osob účelné přesunout mimo vaši organizaci.
17. Vytvářejte příležitosti pro zmocňování osob se zkušeností a svépomocných skupin a posilujte přebírání jejich spoluodpovědnosti za organizování a plánování vybraných aktivit.
18. Věnujte se aktivně vzdělávací a osvětové činnosti zaměřené na téma duševního zdraví/duševní nemoci široké veřejnosti.
19. Vytvářejte dostatek příležitostí pro propojování lidí se zkušeností s lidmi v komunitě.
20. Podporujte lidi s duševním onemocněním k zapojování do veřejně prospěšných aktivit v komunitě.
21. Prezentujte a zviditelňujte duševního zdraví na hojně navštěvovaných a uznávaných komunitních akcích.
22. Spolupracujte s místními médii a influencery.

SOUHRN - METODICKÁ DOPORUČENÍ:

1. Zotavení je cesta klienta. Úkolem a posláním odborníků na duševní zdraví je podporovat tuto cestu a ne ji bránit.
2. Léčba orientovaná na zotavení se zaměřuje na silné stránky uživatele služeb a využívá existující zdroje v okolí klienta.
3. Lidé se mohou vyléčit a léčí se i z těch nejvážnějších duševních problémů.
4. Komunitní týmy duševního zdraví se soustředí na podporu zotavení, sociální fungování a osobní identitu.
5. Je mnoho způsobů, jak podpořit zotavování. Nejdůležitější je nabídnout naději.
6. Přístup společného rozhodování je důležitý ve všech úrovních léčby, jak v individuální léčbě, tak i uvnitř organizace.
7. Setkání mezi klienty, rodinou a profesionály je přímý zásah do života klientů a minimální požadavek pro takové setkání je, aby klient a rodiny, blízcí odcházeli více zplnomocnění, než přišli.
8. Rodinu přizývejte ke společným setkáním, aniž by u případu byla indikace pro rodinnou terapii.
9. Otevřete prostor pro společný dialog, otevřete od počátku setkání všem zúčastněným a rozhodnutí vyjednávajte a uzavírejte společně.
10. Redefinovat roli case manažera směrem od vedení případu k roli člověka, který provádí pacienta cestou zotavení postavenou na jeho silných stránkách, dovednostech a schopnostech.
11. Zavést práci case manažera – průvodce zotavením do zdravotního systému v lůžkových zařízeních následné péče, akutní péče, krizové péče.
12. Ustavit pozice sester se specializací v psychiatrii jako case manažerů – průvodců zotavením ve všech službách péče o duševní zdraví lůžkového typu a multidisciplinárních týmech / CDZ.
13. Zakomponovat do pracovních náplní case manažerů – průvodců zotavením činnosti spojené s podporou pacienta / klienta v jeho procesu zotavení, prostřednictvím plánování a naplňování kroků vedoucích k jeho zotavení, včetně odpovědnosti za zapojování rodinných příslušníků do procesu plánování a realizace multidisciplinární práce ve prospěch klienta/pacienta.

DÍL B

III. KAPITOLA

17. Očekávaný stav

Zavádění MD přístupu v Ústeckém kraji přinese řadu změn napříč jednotlivými službami jak lůžkovými, tak komunitními – mimo lůžkovými, tedy včetně primárních i specializovaných ambulancí v rámci jednotlivých okresů, ale i v rámci celého kraje. I když jsou všechny oblasti změn vzájemně propojeny, zjednodušeně v rámci tohoto materiálu je sdružujeme do dvou hlavních oblastí:

1. Podmínkou nové MD spolupráce je **hodnotová, komunikační i organizační změna ve smyslu větší hodnotové kompatibility, praktické koordinace.**
2. Důležitou změnou, která je nezbytná pro zvýšení orientace celého systému na zotavení, tedy mimo jiné na maximální podporu potřebných osob v jejich přirozených podmínkách, je **změna chápání a organizace akutní, respektive specializované psychiatrické lůžkové péče ať v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, tak v psychiatrických nemocnicích.** Podobné principy platí i o sociální lůžkové péči.

Níže uvedené oblasti jsou jednou z cest či indikátorů, které mohou napomáhat v orientaci, zda celý proces zavádění MD spolupráce v Ústeckém kraji jde správnou cestou. K tomuto by taktéž mělo napomoci 10 kroků v zavádění MD spolupráce uvedených níže.

1. Komunikace a spolupráce

Vzájemná znalost: Pracovníci lůžkových služeb a pracovníci komunitních služeb budou mít vzájemné porozumění o účelu a charakteru práce partnerského týmu.

Orientace na zotavení: Mezi lůžkovými a komunitními službami bude vzájemně sladěný pohled na problém péče o pacienta/klienta, ve smyslu holistického, komplexního, na zotavení orientovaného přístupu.

Kompatibilita informací: Pacienti – klienti budou dostávat od všech, kteří jsou zapojeni do jejich péče a podpory kompatibilní informace.

Motivace pacientů/klientů ke spolupráci: Pacienti/klienti budou motivováni službou, v jejíž jsou bezprostřední péči, ke spolupráci s ostatními relevantními službami, tak aby byla dobře zajištěna kontinuita péče.

Sdílení informací a flexibilní spolupráce: V rámci sítě relevantních partnerů existuje systém flexibilního informování tak, aby byla zajištěna kontinuita a kompatibilita péče, a to i v krizových situacích vyžadujících bezprostřední sdílení informací a koordinaci péče a podpory.

Sdílení systému posuzování potřeb: Celý systém pečující o konkrétní skupiny pacientů/klientů sdílí přístup posuzování potřebnosti klientů, identifikace jejich potřeb a zvažování indikace k zařazení do té které péče, včetně komunitní služby či služby lůžkové. Sdílený je i systém kontinuálního hodnocení spokojenosti pacientů/klientů.

Sdílený plán zotavení: Existují plány zotavení klienta vzájemně sdílené mezi týmem lůžkového zařízení a týmem komunitní služby vytvářené s pacientem/klientem. Jeho součástí je i hodnocení rizik a krizový plán.

Společné stáže a vzdělávání: Za účelem zvýšení vzájemné kompatibility a spolupráce mezi všemi relevantními službami, včetně lůžkových a komunitních, existuje systém vzájemných stáží a propojeného vzdělávání. Tento systém je kontinuální a je proaktivně rozvíjen a adaptován dle aktuální potřeby. Jsou do něj pružně zapojovány další služby zapojující se do regionální multidisciplinární spolupráce.

Do multidisciplinární spolupráce jsou systémově zapojeny obce:

2. Nastavení hospitalizace

A. Potřeba hospitalizace a zajištění příjmu

Hospitalizace jako poslední možnost řešení krize. Více jak 50 % osob přijatých k akutní hospitalizaci na psychiatrii nemá 14 dní i déle před přijetím žádný kontakt s relevantními mimo-nemocničními službami. A právě v této době je možno napomoci zvládat krizi s větším zapojením pacientů/klientů i jejich blízkých osob více zotavující cestou. K hospitalizaci dochází až poté, kdy byly vyčerpány všechny možnosti podpory pacienta – klienta, (a jeho blízkého okolí) v jeho přirozeném prostředí. U každé hospitalizace se zpětně hodnotí možnost najít jiné řeše. Pokud k tomuto schází nějaké služby či informační a organizační změny, je toto předmětem plánování potřebných změn.

Nastavení spolupráce všech relevantních subjektů v rámci okresu. Za účelem „prevence hospitalizace“ je nastaveno vyhledávání a systém podpory osob v krizové situaci, respektive osob, u kterých je významně ohroženo jejich duševní zdraví. V systému jsou v rámci okresu propojeni obvodní lékaři, lékaři specialisté, relevantní sociální a případně školní služby, komunitní týmy a CDZ, spádová lůžková péče, policie, záchranná služba a další.

Asistovaný příjem. Pokud je hospitalizace nezbytná, komunitní tým, pokud možno, při převozu klienta/pacienta asistuje. Tedy zařizuje vše potřebné k zajištění příjmu, zajišťuje, aby celý proces probíhal bez zbytečných zádrhelů, dramat a byla po celou dobu zajištěna potřebná informovanost a důstojnost dotyčné osoby. Toto je jedna z částí role komunitních týmů jako „gate keeperů“ směrem k lůžkovým službám.

Informace komunitním týmům. Pokud je pacient-klient přijat na akutní lůžko bez vědomí spádového komunitního týmu, je tým o této skutečnosti co nejdříve informován. Pokud zatím dotyčná osoba nebyla v péči komunitního týmu daného okresu, i v tomto případě je tým bezprostředně informován, aby mohla být zahájena potřebná podpora a kontinuita péče v oblasti psychiatrické rehabilitace.

B. Spolupráce během hospitalizace

Pravidelné setkávání. Týmy akutního oddělení jsou provázány s týmy v komunitě. Setkání mezi týmem oddělení a komunitním týmem probíhá v ideální podobě 1x týdně.

Společné informování a plánování. Předmětem setkání je reference o nových příjmech, probíhá triage, a dle společně definovaných indikací je vytvářen plán spolupráce u klientů na oddělení aktuálně přítomných, plán propuštění. Komunitní tým referuje i o situaci pacientů-klientů, které má v péči, a kteří byli i v péči týmu akutního oddělení.

Motivace pacientů – klientů ke spolupráci. U nemocného, který není registrovaný v komunitním týmu a je přijat na akutní lůžko a spadá do okruhu SMI, je pracovníky oddělení, na které byl přijat, zahájena práce na motivaci klienta ke spolupráci se spádovým komunitním týmem.

Navázání vztahu s pacientem/klientem. Cílem setkávání pracovníka komunitní služby a pacienta/klienta, který je pro komunitní službu novým, je identifikace očekávání a potřeb klienta, vytvoření (pro klienta přijatelného) základního plánu spolupráce mezi komunitní službou a klientem během hospitalizace, a zvláště pak po jeho propuštění. Klíčovým je navázání bezpečné, partnerského vztahu.

Kontinuita role klíčového pracovníka. U pacientů-klientů, kteří jsou již v péči komunitní služby, a dochází u nich k hospitalizaci, komunitní služba (klíčový pracovník) pokračuje v kontaktu s klientem i v době jeho hospitalizace. U klientů, kteří prozatím nemají klíčového pracovníka v komunitní službě je tento co nejrychleji identifikován.

Práce v triádě. Za účelem synchronizace spolupráce je u kontaktu mezi pacientem-klientem a pracovníkem komunitní služby, pokud možno přítomen pracovník lůžkového oddělení.

Primární sestra/ klíčový pracovník / koordinátor péče. Vzhledem k tomu, že ve většině psychiatrických nemocnic zatím neexistuje systém regionalizace lůžek, je žádoucí, aby u klientů z jednoho regionu byl na lůžkách následné péče určen jeden pracovník zařízení („primární sestra“, ale i jiné profese).

Kontinuita spolupráce. Na oddělení, akutním obzvláště, je určen pracovník, který je pro komunitní tým styčnou osobou v obdobích mezi setkáními (povětšinou se bude jednat o staniční sestru).

C. Propouštění

Společné plánované propuštění. Propouštění klientů je plánované. Pokud možno je o propuštění rozhodováno společně na setkání VMT, ideálně za přítomností dotyčné osoby a jeho nejbližšího sociálního okolí.

Zprostředkování potřebných služeb. Pokud je plánováno propuštění pacienta - klienta do míst, kde není fungující komunitní tým, je žádoucí, aby nejbližší KT alespoň zprostředkoval jeho navázání na potřebné služby, které v jeho místě bydliště existují.

Přechodná podpora během a po propuštění. Na setkání VMT jsou identifikováni i ti pacienti/klienti, kteří nepotřebují dlouhodobou podporu KT, nicméně potřebují po propuštění nějaký typ podpory přesahující možnosti běžné psychiatrické ambulantní služby. KT u těchto klientů potřebnou časově limitovanou pomoc či služby sám zajistí či zprostředkuje.



Navázání na služby i při odmítnutí hospitalizace. Pokud nemocný sám vyhledal pomoc přímo ve zdravotnickém lůžkovém zařízení, ale tuto péči aktuálně nepotřebuje, a může profitovat ze služeb komunitního týmu, je pracovníkem lůžkového oddělení zprostředkován kontakt s příslušným KT.

Prevence překladů na následnou péči. Na setkání VMT jsou probíráni i ti pacienti/klienti, u nichž je pracovníky oddělení zvažován překlad na lůžko následné psychiatrické péče. Jsou hledány alternativy, jak tomuto předejít.



18. Deset kroků pro zavádění a udržení multidisciplinární spolupráce

1. IDENTIFIKACE KLIENTŮ

- 4 cílové skupiny - 1. SMI a duální dg. / 2. děti a mladí lidé / 3. adiktio a duální dg. / 4. staří lidí s duševním onemocněním

2. IDENTIFIKACE PARTNERŮ A REGIONU

- během následujících 2 měsíců, propojení 32 týmů v kraji a dalších služeb v daném regionu na 8 místech kraje, oslovení širší sítě služeb, včetně primární péče a specializované zdravotní péče / ambulantních psychiatrů a psychologů, adiktologů aj.

3. VZNIK VIRTUÁLNÍCH TÝMŮ

- propojení komunitních týmů a týmů / zaměstnanců / lůžkových zařízení

4. VZÁJEMNÁ ZNALOST PROSTŘEDÍ / STÁŽE

- vzájemné stáže

5. VZÁJEMNÉ SLADĚNÍ HODNOT A PŘÍSTUPŮ / EDUKACE

- vzdělávání zaměstnanců z 32 týmů v kraji / nastavení systému spolupráce/ konzilií / případových setkání / mástrojů pro plánování / zapojování rodiny

6. HODNOCENÍ POTŘEB KLIENTŮ/PACIENTŮ

- práce s anonymními cenzy / práce s konkrétními klienty / jak dlouhodobě, střednědobě i krátkodobě hospitalizovanými

7. VYTVÁŘENÍ PLÁNU ZOTAVENÍ / ZAPOJOVÁNÍ

- vytváření plánů zotavení v triádě za účasti klienta / pacienta a jeho blízkého okolí / formulace vize / cílů / přání

8. IMPLEMENTACE PLÁNU ZOTAVENÍ / ZAPOJOVÁNÍ

- naplňování plánu krok za krokem / hledání zdrojů / spolupráce s komunitou / využití spektra služeb / zapojování blízkého okolí

9. HODNOCENÍ A ÚPRAVA

- průběžné hodnocení / úprava plánu / realizace potřebných změn

10. SPOLEČNÉ SUPERVIZE

- společné setkávání a zpětné vazby mezi členy týmů

1. KROK**IDENTIFIKACE KLIENTŮ, KTEŘÍ BUDOU PROFITOVAT Z MD PODPORY**

První krok při nastavování či posilování systematické multidisciplinární spolupráce je definovat si, či identifikovat skupiny klientů, kteří obzvláště budou profitovat z multidisciplinární podpory.

Jako další krok je potřeba identifikovat místa či situace, kde je možno a zapotřebí s těmito osobami přijít do styku. Je užitečné si vytvořit mapu těchto míst jako podklad pro tvorbu dalších logistických a organizačních kroků.

Na obecné rovině z režimu multidisciplinární podpory profitují, a tedy by do ní měly být zařazeny, všechny skupiny osob (včetně dětí a osob pokročilého věku) s duševním onemocněním, u kterých se jedná o komplexnější zdravotní i životní situaci a u kterých je důležité zabezpečení kontinuity péče. U některých skupin klientů je již formálně či neformálně v naší kultuře zavedeno, že patří do MD podpory. U dospělých do tohoto okruhu zařazujeme takzvané SMI, definovaní diagnózou a délkou onemocnění. U řady dalších skupin takovéto definice nejsou nebo se rodí.

Do skupiny potřebných multidisciplinární podpory patří nejen ti, kteří sami péči vyhledávají, ale i ti kteří sice trpí často i závažným duševním onemocněním, ale právě pro závažné onemocnění nemají náhled na svůj stav a mohou mít zkreslení kontakt s realitou. Péči a pomoc nevyhledávají, někdy se jí mohou i aktivně vyhýbat.

Specifickou skupinou jsou děti a mladiství, kteří potřebují pomoc a podporu v oblasti duševního zdraví, ale jejich rodiče (zákonní zástupci) tuto potřebu nevidí.

Konkrétní místa, kde je potřeba vytvářet systém identifikace klientů jsou následující:

- Místo prvního kontaktu. Je s výhodou, pokud v rámci dané geograficky i demograficky ucelené oblasti (okresu) je místo kontaktu či vstupu do systému. Tuto roli velmi často začínají zastávat jak komunitní týmy, tak týmy CDZ. Toto místo by mělo mít dostatek informací o systému služeb a pomoci ideálně pro všechny skupiny klientů s duševním onemocněním v daném místě. V tomto místě by měli být přítomni pracovníci, kteří budou schopni orientačně určit potřeby klientů a měli pak zprostředkovat napojení dané osoby na podporu, která je zapotřebí. Již při prvním kontaktu je důležité přemýšlet multidisciplinárním způsobem.
- Ambulance všeobecných lékařů a psychiatrické ambulance. Většina osob s duševním onemocněním budou v první řadě v kontaktu s praktickým lékařem, při větší závažnosti obtíží bude snaha o zajištění specializované péče v ambulanci psychiatra, klinického psychologa. Řada těchto osob bude potřebovat přechodně či dlouhodobě multidisciplinární podporu. Proto je důležité vytvořit intenzivní spolupráci mezi komunitními MD týmy (včetně CDZ) a všeobecnými lékaři, ambulantními psychiatry, ambulantními klinickými psychology. Může se jednat o společnou podporu, nebo přechodné předání do plné péče (v případě že tým má zajištěnu i kompletní zdravotní péči).
- Krizové situace
Nejméně 50 % osob přijímaných k akutní psychiatrické hospitalizaci, i když jsou v nějaké předešlé péči, je více jak 14 dní, někdy i déle bez jakékoliv specializované pomoci. Může se jednat o to, že si o pomoc

neřeknou. Může se však jednat i o to, že akutní krizová pomoc v komunitě, možná krom krizových linek, je nedostupná.

Je zapotřebí, aby krizové služby (pověštinou in house) byly napojeny na mobilní MD týmy. Je zapotřebí již zmiňované napojení primární zdravotní péče (včetně ambulantních psychiatrů) na mobilní komunitní služby. Pokud pacient/klient přeruší kontakt s „ošetřujícím“ ambulantním lékařem, a je důvodné podezření, že přerušení je dáno zhoršením psychického stavu, je zapotřebí aby daný lékař kontaktoval adekvátní místní službu schopnou zajistit „asertivní terénní podporu“. Ideálně službu, které v daném místě zajišťuje ať de jure či de facto gate keeping k lůžkovým psychiatrickým službám.

- Akutní oddělení. Už to, že osoba potřebovala, respektive byla indikována k přijetí na akutní oddělení mluví o velké pravděpodobnosti komplexnosti potřeb této osoby. Proto pouhé doporučení k návštěvě ambulantního psychiatra je velmi často nedostatečné. U více „komplikovaných klientů“ jejich přeložení na následná lůžka či umístění do pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem je často řešení, které je „po ruce“. Nicméně bohatá zkušenost ukazuje, že spoluprací mezi lůžkovými a komunitními službami je možno najít jiné, pro zotavení klienta více vhodné řešení. Proto akutní psychiatrické oddělení ať ve všeobecné či psychiatrické nemocnici je potřeba identifikovat jako jedno z klíčových míst pro kontaktování klientů pro zařazení do MD podpory.
- Následná a dlouhodobá lůžka psychiatrických nemocnic. Od možnosti propuštění pacienta z dlouhodobé hospitalizace do komunitních podmínek by se nemělo ustupovat jen proto, že u pracovníků oddělení panuje přesvědčení, že pro něj není mimo nemocnici žádná služba, či že je následná potřebná podpora spatřována pouze v lůžkovém typu sociální služby. Mnoho případů ukazuje, kolik toho jsou schopni zvládnout i velmi dlouhodobě hospitalizovaní v přirozené komunitě s dobře nastavenou podporou komunitních týmů a CDZ a dalších podpůrných systémů.

2. KROK

IDENTIFIKACE PARTNERŮ

Pokud jsme učinili první krok, měli bychom mít v daném místě, okrese, popsány a zmapovány okruhy klientů všech věkových skupin i typů problémů či diagnóz, kteří potřebují (budou profitovat) z MD podpory. Měli bychom mít i identifikovány situace a místa, kde se tito „potřební“ lidé mohou vyskytovat. Díky tomuto máme již hrubou představu o osobách, organizacích a službách, které a priori budou patřit, respektive je zapotřebí je zapojit do místního MD systému.

Nyní je čas tento seznam precizovat. Jde o identifikace partnerů potřebných pro vytváření tak zvaných „Virtuálních týmů“ (VT). Jak jsme se zmiňovali v úvodu v kapitole o multidisciplinární spolupráci, VT jsou konkrétní pracovníci (mohou být z různých organizací či i z jedné organizace), kteří nepracují jako jeden tým, ale alespoň z části se starají o stejné pacienty, klienty. Je možné začít s nějakým typem tabulky. Může být výhodné v tabulce definovat základní skupiny klientů pacientů, typy služeb (zdravotní, sociální, školské, běžné služby komunity atd.) a začít takovouto tabulku vyplňovat. Pokud již něco takového bylo učiněno dříve, koukněte se na tabulku znova. Možná vás napadne, jak síť rozšířit.

	Primární péče	Specializované ambulance	Komunitní služby	Lůžková zdravotní péče	Lůžková sociální péče	Další relevantní subjekty
DĚTI						
DOSPĚLÍ						
STAŘÍ						
FORENSNÍ						
AT						

Pokud máme „hráče“, dalším krokem bude stanovení pravidel hry. Tedy jak koncipovat místní systém VT.

To bude záviset přinejmenším na:

- Typu a hustotě relevantních služeb
- Geografickém a demografickém charakteru daného místa
- Připravenosti služeb ke spolupráci.

Dle typu existujících služeb a typu daného regionu možno obecně zvažovat, jak VT budou koncipovány. Jak dalece budou respektovat logiku pěti výše uvedených kategorií klientů, či jinou logiku. V zásadě se jedné o to, jak moc budeme vytvářet specializované či univerzální týmy, respektive virtuální týmy. Čím více bude mít daný region rurální charakter a čím větší budou vzdálenosti mezi relevantními službami, tím více budeme zvažovat v univerzálnějších než specializovaných kategoriích.

Dalším důležitým faktorem je připravenost služeb k MD spolupráci. Může být užitečné si do tabulky orientačně k jednotlivým „hráčům“ označit míru jejich znalosti MD principů, respektive připravenosti k zapojení do MD spolupráce. Například takto:

1.	Rozumí principům MD spolupráce, pokládají jí za významný princip funkce služeb. Mohou s ní mít již zkušenost. Jsou připraveni případně se dále zapojit nebo i převzít ve své dané oblasti (regionální, typu klientů) koordinační roli (leadership).
2.	Rozumí principům MD, nejsou v odporu v jejím zavádění a jsou připraveni se stát součástí MD sítě. Nemusí mít mnoho zkušeností s MD spoluprací a nejsou prozatím ochotni či připraveni ke koordinační roli.
3.	Zatím nejsou připraveni stát se součástí lokální MD sítě. Možná chybí dostatek informací, možná to mohou být jiné důvody. Nejsou však proaktivně proti zavádění MD systému.
4.	Nejsou ochotni stát se součástí lokální MD sítě a jsou proti zavádění MD systému.

3. KROK**VZNIK VIRTUÁLNÍCH MD TÝMŮ**

Stanovení priority, s kým a kdy začít spolupráci je počátkem zahájení fáze práce VT. Vodítkem v tomto rozhodování jsou i výsledky prvního kroku, tedy z práce na identifikaci míst kde, kolik a jakých klientů/pacientů s v daném regionu, včetně relevantních spádových, povětšinou lůžkových zařízení, nachází.

Neformální typ spolupráce, který v daném místě historicky existoval, může být počátkem zavádění MD spolupráce na II. úrovni mezi komunitními týmy a psychiatrickými nemocnicemi.

Nicméně jak intenzita, tak i formu spolupráce je zapotřebí rychle proměňovat. Je potřeba definovat kdo je za co zodpovědný. Je potřeba jasně stanovit systém předávání informací o pacientech.

Kdo, kdy, s kým a jak často. Toto závisí na charakteru místa, kde je VT vytvořen. Na akutních odděleních, kde délka pobytu se počítá spíše ve dnech, je nutné časté setkání VT. Většinou 1x týdně strategické setkání. Dále dle potřeby s individuálními klienty, někdy i každý den. Na následných lůžkách může být frekvence setkání VT méně častá.

Jací klienty budou předmětem MD práce je společné rozhodnutí. Zvláště zpočátku mohou mít jednotlivé služby různou představu o tom „kdo je potřebný klient“ pro MD spolupráci. Proto, při spolupráci komunitních a lůžkových služeb je dobré pracovat s cenzy, kde jsou uvedeni všichni klienti. Na akutních odděleních je dobré pracovat se všemi přijatými klienti na tom kterém oddělení.

Smlouva mezi nemocnicí a jednotlivými právními subjekty zřizujícími komunitní týmy s nemocnicí spolupracujícími je cestou k systémovému nastavení funkce VT. Existují vzor může být případně dle místních podmínek upraven. Následně by měla být smlouva či smlouvy podepsány všemi relevantními stranami. Smlouva obsahuje: Dohodu o úpravě práv a povinností společných správců osobních údajů, Pravidla a podmínky spolupráce PN a pracovníků soc. služeb, Schématický popis vývoje rolí smluvních stran při zpracování os. údajů, Vzor souhlasu pacienta s předáním kontaktních údajů soc. službě, Vzor souhlasu pacienta s předáváním jeho osobních údajů partnerovi, Specifická rizika typická pro areál a objekty a Zřizovací listinu.

Postupného vytváření většího propojení všech relevantních subjektů v daném regionu bude cesta k vytvoření lokálního partnerství komunitních služeb.

4. KROK**VZÁJEMNÁ ZNALOST PROSTŘEDÍ**

Vzájemná znalost praxe zvláště mezi nemocničními a komunitními službami se sice během předešlých reformních projektů částečně zvýšila, ale stále je vzájemné poznávání své práce a kultury důležitým faktorem pro dobré fungování MD systému. Potřeba počítat i s tím, že ve službách dochází k obměně personálu. Stále se stává, že pracovníci nemocnice nikdy nenavštívili komunitní tým, i když je v

bezprostřední blízkosti nemocnice. Pracovníci komunitních týmů nemocnice navštěvují, ale jedná se spíše jen o kontakt s pacienty a hlubší poznání a zážitek toho, co práce v psychiatrické nemocnici znamená, nemají.

Neznalost vzájemné praxe může být jednou z příčin různých nedorozumění, animozit a často značně vysokého stupně vzájemné nedůvěry, což se negativně projevuje ve společné práci s konkrétními pacienty – klienty. Organizace vzájemných stáží hlavně mezi pracovníky psychiatrických nemocnic a jejich spádovými komunitními týmy dramaticky přispívá ke zvýšení důvěry a kvalitě vzájemné spolupráce.

Pracovníci lůžkových zařízení vnímají větší nedostatek služeb v komunitě, než tomu tak reálně je. Práce na identifikaci potencionálních zdrojů a služeb ve spádové oblasti pro všechny skupiny pacientů lůžkového zařízení, vzájemné poznávání, včetně organizace výměnných stáží přispívá ke zvýšení naděje i dlouhodobě hospitalizovaných pacientů na jejich integraci do běžných životních podmínek.

V ideálním případě by se stáže mohli stát rutinou. Výměnné stáže mohou probíhat v různé intenzitě a četnosti. Základní vzájemné poznávání by mělo proběhnout co nejdříve. Před zahájení činnosti VT či paralelně s počátkem činnosti VT. při nejmenším součástí vstupního procesu nově příchozích zaměstnanců.

Může se jednat i o dlouhodobější „výměnu zaměstnanců“, z dlouhodobější perspektivy. Tento systém by pak mohl být jedním ze stavebních kamenů „univerzálního lokálního poskytovatele péče o duševní zdraví“.

5. KROK

VZÁJEMNÉ SLADĚNÍ HODNOT A PŘÍSTUPŮ

Možnosti pro společné vzdělávání všech relevantních profesí i napříč různých klientských skupin, ideálně v rámci stejného „spádového regionu“ je poskrovnu, nebo nejsou vůbec.

Pregraduální, postgraduální i kontinuální vzdělání je povětšinou organizováno dle profesí. Spíše výjimečně jsou vzdělávání organizované pro více typů profesí, ale v rámci jedné společné cílové skupiny. Příležitostí kde se jednotlivé relevantní profese pro péči o duševní zdraví mohou sejít společně.

Priority vzdělávání, tedy kdy, co a koho je možno částečně opřít o výsledky šetření (tabulky) připravenosti relevantních hráčů na MD přístup.

Sladění základního přístupu je jako jedno z hlavních témat, které je potřeba posilovat a rozvíjet při zavádění MD přístupu, respektive regionální MD sítě. Jde o společné porozumění pohledu na situaci klienta, u všech kteří té které osobě společně napomáhají na její cestě zotavení.

Terminologie a slovník přístupu orientovaného na zotavení je již komunitou lidí v oblasti péče o duševně nemocné do značné míry akceptován, pravděpodobně více v komunitních než v lůžkových službách. Ne vždy je však vlastní praxe práce s klientem na principech zotavení založena.

Práce se životním příběhem, klíčovými přesvědčeními klienta, propojování jeho životních zkušeností s jeho „nemocí“ je zatím relativně vzácná praxe. A právě tyto komponenty se ve výzkumech a praxi orientované na zotavení ukazují, jako poměrně klíčové v projektu multidisciplinární práce byly hlavním přístupovým pilířem.

Princip práce se silnými stránkami klienta je taktéž důležitým přemostěním odlišných pohledů sociálních a zdravotních služeb. V psychiatrických – zdravotnických lůžkových zařízeních je často hlavní pozornost kladena na diagnózu, symptomy jejich kontrolu, kontrolu rizikového chování. V komunitních zařízeních je pozornost kladena na akci, řešení praktických problémů.

Kazuistické semináře orientované na zotavení mohou taktéž napomoci multidisciplinárním týmům první a druhé úrovně v sladování základních hodnot a cílů práce s klienty. Cílem semináře je nasměrování týmů na přemýšlení v rámci filosofie práce orientované na zotavení klienta, na práci s jeho životním příběhem, nebo možno říci v jeho životním příběhu.

Semináře mohou být organizovány tak, aby se jich účastnili jak pracovníci lůžkového zařízení, tak pracovníci komunitní služby, kteří spolupracují na podpoře klientů na jejich cestě z ústavní péče do komunitní podpory. Tedy jedná se v naší terminologii o tzv. „virtuální týmy“ (II. úroveň multidisciplinarity).

6. KROK

HODNOCENÍ POTŘEB KLIENTŮ

Od služby k potřebě je model, který odpovídá moderním trendům péče o duševní zdraví.

Stále jsme velmi zvyklí hovořit o tom, že ten který pacient - klient potřebuje akutní psychiatrickou hospitalizaci, nebo pobytové zařízení s péčí 24/7, či jinou službu. Jsou to zautomatizované myšlenkové pochody, které se nejspíše opírají o nějakou naši předešlou zkušenost, o představě o „potřebě“ dotyčného, která však není jasněji artikulována.

Co dotyčný potřebuje, když řekneme, že potřebuje hospitalizaci? Potřebuje místo, kde se cítí bezpečně a příjemně. Potřebuje někoho, s kým může sdílet své emoce, prožitky. Potřebuje laskavé přijetí a observaci. Potřebuje pomoci se symptomy, které ho zatěžují atd. Potřebuje nebýt stigmatizován a potřebuje, aby mohl žít v naději dalšího smysluplného života. Pokud si takto definujeme potřeby dotyčného, možná si uvědomíme, že hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení tolik jeho potřeby nenaplní, jako spíše naší potřebu dotyčného „někam umístit“. Možná se najde jiné řešení, které bude více odpovídat jeho potřebám.

Pochopit potřeby toho kterého člověka je prvním krokem při přípravě plánu zotavení. Porozumět potřebám v celém kontextu pacientova života. Zaměřit se na to, co může být silné a zdravé

z dovedností, schopností, osobnosti člověka a co nám z jeho okolí může pomoci.

Sociální determinanty duševního onemocnění jsou pro zotavení klíčové. Proto musí být sociální potřeby člověka při plánování minimálně ve stejném zorném úhlu, jako je jeho potřeby zdraví, neboť jedno podmiňuje druhé. Spolupráce zdravotních a sociálních služeb, akutní a komunitní péče je tak neoddelitelná, a pokud je dobře propojená přináší nebývalé efekty pro pohodu lidí s duševním onemocněním.

Potřeby rodičů dětí s duševním onemocněním:

- Osvojení si rodičovských kompetencí
- Dostupnost kvalitních informací o nemoci dítěte
- Nové podněty pro péči o dítě
- Podpora od rodičů v podobné situaci
- Materiální podpora ze strany státu
- Pomoc s orientací/ koordinací zdravotních/ sociálních/ školních služeb
- Čas na partnerské/ rodinné vztahy
- Schopnost udržet/ najít si zaměstnání
- Čas na odpočinek

7. KROK

VYTVÁŘENÍ PLÁNU ZOTAVENÍ

Individuální plánování je základním metodickým nástrojem, nikoliv cílem, poskytování podpory a služeb v procesu multidisciplinární spolupráce. Proces individuálního plánování umožňuje individuální přístup ke každému klientovi, zvyšuje jeho autoritu a kompetence. Zajišťuje poskytování podpory, intervencí a služeb s ohledem na jeho potřeby, cíle, hodnoty, možnosti a schopnosti. Zároveň zajišťuje, aby i zvolené způsoby a prostředky dosahování těchto cílů odpovídaly klientovým možnostem, dovednostem, hodnotám a schopnostem. Celý proces plánování směřuje k rozvoji jeho duševního zdraví. Aktivní spolupodílení se na tvorbě plánu pacienta/klienta motivuje a pomáhá mu k rozvoji dovedností a schopnosti řídit svůj život.

Neoddělovat plánování od procesu zotavení / léčby /. Plán a zotavení / léčba / jsou jeden proces. Plánujeme s pacientem/ klientem vždy když se setkáváme. Plánujeme asertivně, nabízíme, dotazujeme se, vyjednáváme možnosti. Do zotavení, a tedy i plánování, angažujeme všechny zdroje klienta/ pacienta, včetně jeho rodiny. U hodnocení plánu a jeho naplňování je často nastaven model „jednou za zvolenou dobu / často půl roku, či rok /, jdeme vyhodnotit dosažení cílů v plánu. U dlouhodobých, spíše vizí než cílů, je tento přístup možná na místě, kdo však z nás takto plánuje a žije? Přirozenější a také efektivnější se ukazuje přístup nepřetržitého monitoringu v rozhovorech nad dosahováním přání a potřeb a cesty zotavení.

O pacientovi se nebavit v jeho nepřítomnosti. Jde o tak zvané „**práce v triádě**“. Všichni tři pak společně vyjednávali „plán zotavení“ zaměřený na možnost propuštění pacienta, respektive jeho reintegraci do

co možná nejvíce běžného života, včetně jeho kontinuální podpory po propuštění, dle jeho situace a potřeb.

Uživatelé služeb jsou partnery (jsou zapojeni) do všech rozhodování, která se jich týkají. Jde o sdíleného rozhodování, což znamená, že poskytovatel služeb společně s uživatelem zkoumají klinické a praktické postupy a stejně tak využívají i expertizu obou z nich k dosažení společného rozhodnutí ohledně dalšího společného postupu.

Společné rozhodování je modelem, ve kterém je středem pacient/klient, a vychází z toho, že jsou dva experti: odborník akademicky vzdělaný a odborník se zkušeností s duševním onemocněním (expert by experience). Ani jedna z těchto stran by neměla být umlčená a obě musí sdílet informace proto, aby bylo vyneseno co nejlepší rozhodnutí ohledně léčby a dalšího společného postupu. V tomto společném rozhodování má odborník expertizu více v diagnóze a terapii, a stejně tak i hluboké znalosti v důkazově založených přístupech; na druhé straně klient má expertizu na základě prožitých zkušeností se svou nemocí, zná velmi dobře systém péče o lidi s duševním onemocněním a disponuje důvěrnými znalostmi, co jeho životu dává hodnotu, smysl, význam a kvalitu.

Každý element procesu společného rozhodování by měl být napojen nejen na lékařské cíle, ale také životní cíle a procesu zotavení. To znamená přesun od cíle jako je „*Chci být méně úzkostný*“ k „*Chci být méně úzkostný, abych mohl jezdit autobusem a chodit do práce*“. Umožňuje to také zapojení dalších nefarmakologických, nesymptomatických intervencí, které budou integrovány do plánu zotavení.

Metoda CARE má řadu nástrojů, účinných při práci s klientem/pacientem služeb. Pro základní použití v rámci multidisciplinární práce možno využít několik základních: **Osobní profil**, **Osobní preference** a **Osobní plán**, což jsou nástroje člověka, které jsou v ideálním případě psané jeho jazykem i rukou a které má u sebe. V případě, že je pacient/klient v situaci, kdy není možné tyto nástroje použít, využívají pracovníci místo Osobního plánu nástroj **Plán osobní podpory**, kde je zachyceno plánování intervencí pracovníka směrem k člověku či jeho sociální síti. V rámci práce se zranitelností budeme využívat protikrizové plánování a nástroj **Plán časných varovných příznaků** – tzv. **Semafor**.

Frekvence kontaktů pracovníků komunitních týmů s pacienty a jejich klíčovými pracovníky z psychiatrických nemocnic jsou odlišné. Často závisí na dostupnosti týmů. Snahou by však mělo být zajistit práci virtuálních týmů a následnou spolupráci v triádě minimálně 1x týdně. Tato frekvence dosáhne systémové změny.

Pracovat na porozumění příběhu člověka, který se ocitl v psychiatrické nemocnici v celém jeho kontextu, na celé škále jeho životních potřeb. Užitečná jsou případová setkání / konference /, kde se společně přemýšlí v souvislostech a skládá se život člověka do kontextu. Velmi pomáhá, pokud je pacient u toho a jedná se o společnou práci.

Věnovat se smyslu plánování. Mohou se projevovat tendence, kdy plánování je pojmáno spíše jako „povinnost, administrativní proces, pojetí ve smyslu mám splněno“.

8. KROK

IMPLEMENTACE ZOTAVENÍ

Pro kontinuitu péče je klíčové je nastavením tvorby plánu zotavení v triádě. Zavedení systému navazování partnerského vztahu mezi pacientem a jeho budoucím klíčovým pracovníkem komunitních služeb. Zavedení role klíčových pracovníků komunitních týmů jako průvodců a koordinátorů péče i když je dotyčná osoba paralelně v péči další služby, například typu chráněného bydlení.

Pokud klient komunitní služby potřebuje hospitalizaci, a pokud to z časových důvodů je možné, je hospitalizace připravována spolu s lůžkovým zařízením. Pokud byla vyhodnocena potřeba, spolupráce případně záchrannou službou, policií. Tímto se často daří předejít dramatickým situacím před hospitalizací.

Je dobré, aby někdo z komunitního týmu asistoval při celém procesu hospitalizace. Bez těchto opatření může častěji docházet i k tomu, že zavolaná záchranná služba převoz do nemocnice odmítne.

Case management je klíčový nástroj na všech úrovních práce týmů. Pro zajištění multidisciplinární práce s klientem je zapotřebí, aby každý klient měl jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka – průvodce zotavením.

Klíčový pracovník navazuje bezpečný vztah s klientem. Zároveň hlídá potřebné hranice tak, aby vazba nebyla přespříliš silná a klient byl schopen spolupracovat a byl podpořen i dalšími členy týmů. Zapojením více členů týmu zajišťuje klientovi/pacientovi rozšíření škály sociálních kontaktů. Takto je i zajištěna potřebná zastupitelnost klíčového pracovníka jiným členem týmu, pokud klíčový pracovník není přítomen.

Klíčový pracovník zapojuje další členy týmu podle aktuální situace (potřeb) klienta a podle jejich speciálních znalostí a dovedností.

Co nejvíce podpory „in vivo“ - tedy v přirozeném prostředí klienta, nikoliv v kanceláři, či ordinaci. Tento přesun z „ordinace či kanceláře“ do komunity vyžaduje i nové pojetí role case manažera. Tradiční roli case manažera možno přirovnat k roli „agenta cestovní kanceláře“. Novou roli case manažera můžeme přirovnat k roli „cestovního průvodce“ v našem případě průvodce „**na cestě zotavení**“. Jde o posun od vedení případu k průvodci zotavením, který provádí člověka na základě jeho silných stránek do svobodného života nezávislého na službách.

Vyvést vyloučené lidi z prostředí služeb do komunitní sféry, do přirozeného života. Je extrémně obtížné, ne-li zcela nemožné provádět jiného člověka na jeho cestě zotavení, zatímco sedíme v kanceláři či ordinaci. Klíčový pracovník tak dostává nový smysl své práce

SOUHRN:

- Plán a léčba jsou jeden proces
- Plánujeme, vyjednáváme téměř vždy, když jsem s klientem
- Plán je člověka, ne nás profesionálů

- Asertivně rozvíjíme prvotní „zakázku“ s kterou člověk s duševním onemocněním přichází
- Plánujeme vždy s člověkem/pacientem, nikoliv bez něj
- Plánujeme asertivně – nabízíme, dotazujeme se, otvíráme možnosti, zkušenosti (zde jsou nepostradatelní lidé se zkušeností, zapojujeme je do přímé péče)
- Vyjednáváme možnosti, nasloucháme přání a potřeby klientů/pacientů
- Plánujeme se všemi lidmi/zdroji, které člověk má.

9. KROK

HODNOCENÍ A ÚPRAVA PLÁNU

Hodnocení je průběžný proces. Zotavení je proces, životní cesta. Můžeme mít vytýčení cíl na vzdálenějším horizontu a mít obecnější představu jak se k cíli dostat. Avšak teprve když jsme na cestě zjišťuje schůdnost či neschůdnost původně zamýšleného plánu a pružně hledáme alternativy. Tedy monitoring a úprava plánu či dohody je neustálý v cyklický proces, nikoliv pouze „hodnocení“ 1x za půl roku.

GAF (Global assesment of function) je jeden z nástrojů hodnocení pokroku v zotavení. Nástroj je zaměřen na posuzování celkového fungování a kognitivního postižení lidí se závažným duševním onemocněním. Škála, respektive její skóre je užívána jako indikátor k zařazení a vyřazení z intenzivní podpory CDZ a je již rutinně zavedena do většiny komunitních týmů.

Životní spokojenost se týká kognitivního a globálního hodnocení kvality života člověka jako takového. Pravděpodobně nejčastěji používaným měřítkem životní spokojenosti je škála spokojenosti se životem (SWLS). Osoby s duševními poruchami obecně uvádějí nižší skóre životní spokojenosti než zdravé osoby. Nicméně posun v životní spokojenosti je jedním z indikátorů pokroku na cestě zotavení.

Hvězda zotavení může být další nástroj k hodnocení procesu zotavení. Vznik ze spolupráce uživatelů a profesionálů. Je neustále upravován a nyní jsou používány jeho 4 verze. Je založen na podobném modelu jako kolo života. Pomáhá lépe zmapovat a mít přehled, v jakém stádiu zotavení se klient nachází. Popisuje deset oblastí života, a jak si v nich klient vede, hodnotí se na škále jedna až deset, kdy se jednotlivé body spojí přímkou. Hodnocení provádíme ve stejných intervalech 2 až 4 týdnů dle potřeby.

10. KROK

SPOLEČNÉ SUPERVIZE

Supervize je otevření, bezpečný, reflektují prostor v moderním demokratickém kontextu. Napomáhá v nacházení nových řešení problematických situací, uvolňuje tvořivé myšlení, přispívá k rozvoji nových perspektiv profesního chování, celkově výrazně přispívá k rozvoji a zlepšení multidisciplinární spolupráce. V neposlední řadě se projevuje efekt supervize na zlepšení vlastní práce s pacienty –

klienty. U týmů se zavedenou „reflektující“ supervizí někdy zaznává, že si účastníci supervize bez ní další práci neumí ani představit.

Externí supervize v sociálních službách je již dlouhodoběji zavedena a dle zákona o sociálních službách povinná, jako jeden z klíčových nástrojů rozvoje kvality poskytované péče.

Většina komunitních týmů (poskytujících sociální rehabilitaci) má supervizi již dlouhodobě zavedenu a tato praxe se celkem automaticky přenáší i do nově vznikajících CDZ, jejichž součástí se komunitní týmy stávají.

Sdílení dobré praxe ze supervize v psychiatrických lůžkových zařízeních je důležitým krokem v rozšiřování supervize i v této oblasti. Supervize, v lůžkových psychiatrických zařízeních, někde existuje, ale není zatím tak automatická, jako v sociálních službách.

Supervize pro VT, tedy supervize, která by byla poskytována na II. úrovni MD, tedy společně pro pracovníky nemocnice a pracovníky komunitních služeb je další oblastí, kde je zapotřebí napnout síly k jejímu zavádění.



19. Koordinace multidisciplinární spolupráce v Ústeckém kraji

Multidisciplinární spolupráce v Ústeckém kraji je od června 2023 organizována v rámci projektu „Multidisciplinární přístup v podpoře lidí s duševním onemocněním v Ústeckém kraji“. Ten je realizován Ústeckým krajem a je spolufinancován z EU v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus. Jeho smyslem je zavést a rozvíjet multidisciplinární přístup jako základní metodu práce s vážně duševně nemocnými lidmi, s dětmi a dospívajícími v riziku ohrožení duševního zdraví, se seniory s duševním onemocněním a s klienty s adiktologickými potížemi. Projekt řeší, jak umět profese a odbornosti, které jsou již v systému, efektivně využít, jak umět práci všech již existujících služeb a odborností dobře koordinovat a řídit. Prospěchem multidisciplinárního přístupu je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám, a to ve všech týmech, službách a cílových skupin, které jsou součástí projektu.

Specifickými cíli projektu je:

- nastavit systém pro koordinaci multidisciplinární spolupráce v Ústeckém kraji
- systém multidisciplinární spolupráce zavést ve všech 8 regionech Ústeckého kraje pro zmíněné skupiny
- vytvořit systém multidisciplinární spolupráce formou case managementu a společného plánování tak, aby měl významnou efektivitu v oblasti prevence před hospitalizacemi a dlouhodobými pobyty v lůžkové péči
- vytvořit systém stáží a sdílení dobré praxe v týmech pro vytváření vzájemného poznání, vzájemné důvěry a bezpečného prostředí pro efektivní spolupráci mezi multidisciplinárními týmy
- zajistit přenos dobré praxe z evropských míst s rozvinutým systémem komunitní péče prostřednictvím on-line webinářů se zahraničními experty pro odborníky z týmů z Ústeckého kraje
- zpracovat metodické zázemí pro multidisciplinární systém péče pro všechny zapojené subjekty.

Období realizace projektu: 1.6.2023-31.5.2026.

Projekt navazuje na Reformu péče o duševní zdraví v ČR a vychází z „Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu“ schválené výkonným výborem Reformy v roce 2022.

Klíčové aktivity projektu

KA č. 1 – V úvodu projektu dojde ke zpracování metodiky multidisciplinárního přístupu dobré praxe pro Ústecký kraj.

Metodika bude mít písemnou část psaného textu, power point prezentaci a audiovizuální část zpracovanou gestory projektu. Metodické výstupy budou k dispozici všem týmům a účastníkům projektu.

Výstup – 1 metodika multidisciplinárního přístupu pro Ústecký kraj

KA č. 2 – Bude realizována krajská koordinační platforma – Řídící výbor reformy péče o duševní zdraví. Systematicky koordinuje celý proces implementace Strategie reformy psychiatrické péče a péče o duševní zdraví v kraji. Koordinuje rozvoj multidisciplinární spolupráce v oblasti duševního zdraví a je nositelem vize a strategie Ústeckého kraje v realizaci reformy péče o duševní zdraví.

Platforma zasedne po dobu projektu – 4x ročně - celkem po dobu 3 let 12 zasedání/ zapojeno bude cca 15 stálých osob, včetně uživatelů služeb a rodinných příslušníků/. Aktualizace ročních plánů ze schváleného krajského plánu reformy péče o duševní zdraví v Ústeckém kraji.

KA č. 3 - Proškolení a pravidelný mentoring 13 regionálních metodiků multidisciplinárního přístupu.

Po zpracování metodiky multidisciplinárního přístupu v ÚK, dojde k proškolení a mentoringu 8 regionálních metodiků a metodiků v lůžkové péči. Obsahem proškolení a mentorské práce s metodikou bude – dovednosti v multidisciplinárním přístupu, v přístupu orientovaném na zotavení, v implementaci modelu case managementu, plánování orientované na zotavení a zapojování rodiny a okolí při tomto plánování. 13–15 metodiků bude následně pracovat s jednotlivými týmy v zavádění multidisciplinárního přístupu. Proškolení bude celkem 13-15 osob. Po celou dobu projektu pak bude realizován mentoring a pravidelné měsíční odborné mítinky metodiků s gestory projektu. Proškolení proběhne 2 dny v první etapě projektu. Pravidelné odborné vedení a mentoring s gestory projektu budou probíhat pravidelnými mítinkami 1x měsíčně online formou v případě potřeby pak i se všemi členy 32 zapojených týmů.

Výstup: Proškolení v metodice MD přístupu a Recovery přístupu. Proškolení bude 13 pozic metodiků, kteří budou mentory pro zapojené týmy. Celkem proškolení 13–15 osob, 16 hodinami. Celkem realizováno 30 mítinků. Aktivitu realizují odborní gestori MD týmu

KA č. 4 - Realizace vzdělávacího modulu v multidisciplinární práci, pro všechny členy z 32 týmů.

Celkem 128 osob, 4 členové z každého týmu. Vzdělávací modul bude rozdělen na 3 vzdělávací dny. 6 skupin po 21 účastnících.

1. Téma multidisciplinární přístup orientovaný na zotavení

2. Téma multidisciplinární přístup ve 3 úrovních – Multidisciplinární tým, virtuální tým, komunitní zdroje

3. Téma multidisciplinární přístup a live coaching, plánování s využitím metody Care, plánování v triádě a zapojování klientů/pacientů v duchu přístupu nic o nás bez nás.

Do spolupráce bude zapojeno 32 týmů.

KA č. 5 - Vznik regionálních multidisciplinárních partnerství pro duševní zdraví v 8 regionech ÚK.

1. Ústí nad Labem, 2. Děčín, 3. Šluknovský výběžek, 4. Teplice, 5. Litoměřice, 6. Most, 7. Žatec a Louny, 8. Chomutov.

Partnerství budou realizována na základě smlouvy o spolupráci, účastníci se budou potkávat každé 2 měsíce prezenčně či v online prostoru. Od druhého roku realizace projektu, celkem 12 setkání. Budou uzavřeny smlouvy o spolupráci. Regionální multidisciplinární partnerství koordinuje 13 metodiků multidisciplinarit.

Výstup: uskutečněno 12 setkání v každém z 8 regionů

KA č. 6 - Realizace jednodenních stáží

Sdílení příkladů dobré praxe formou jednodenních stáží mezi týmy Ústeckého kraje. Během trvání projektu 3 x jednodenních stáží (ideálně pro celý tým – 4 osoby).

Výstup: 32 týmů x 3 lidé, celkem se stáží zúčastní 96 osob

KA č. 7 - Multidisciplinární Mentoring a praktická edukace 32 týmů.

Každý celý tým obdrží během projektu 10 hodin mentoringu a podpory měsíčně při zavádění multidisciplinárního přístupu v každodenní práci v týmu na třech úrovních multidisciplinárního přístupu. Podpora týmu se bude skládat z pravidelné mentorské a metodické podpory gestorů projektu, podpory metodiků prostřednictvím multidisciplinárních setkání, realizovaných stáží projektu a účasti týmů na realizovaných webinářích. Každý z členů týmů zapojených do projektu bude mít svůj projektový index, kde si bude podporu čerpanou z projektu evidovat.

Výstup: 10 hodin podpory pro 32 týmů

KA č. 8 - Multidisciplinární práce směřující k integraci hospitalizovaných pacientů do komunitní podpory
Spolupráce s dětskými psychiatrickými nemocnicemi, PN Horní Beřkovice, PL Petrohrad a jinými léčebnami / nemocnicemi, kde jsou hospitalizováni občané z Ústeckého kraje.

Bude integrováno ze střednědobé či dlouhodobé péče za každý tým 10 pacientů celkem 320 pacientů / klientů.

KA 8.1 Zpracovávání plánů zotavení prevence před hospitalizací a integrace konkrétních lidí s duševním onemocněním do civilního života. Dojde ke zpracování 320 plánů zotavení směřujících k integraci klientů do běžného života a komunitní podpory.

KA 8.2 Případová setkání virtuálních týmů ke konkrétním společným plánům zotavení pacientů / klientů. Každý tým realizuje během projektu min. 10 případových setkání. $32 \times 10 = 320$ případových setkání.

KA 8.3 Setkání virtuálních týmů probíhá pravidelně nejméně 1x za 14 dnů v online nebo prezenční formě. Mezi setkáními probíhá plánování v triádě mezi case manažerem komunitního týmu či centra duševního zdraví, case manažerem z lůžkové péče a pacientem/ klientem.

Výstup: každý tým v rámci multidisciplinární spolupráce pracuje min. s 20ti klienty, kteří mají zpracovaný plán zotavení (160 klientů získá nadbagatelní podporu), každý tým realizuje během projektu min. 10 případová setkání, zúčastní se během trvání projektu 3 x jednodenních stáží (ideálně pro celý tým – min. 3 osoby). Do spolupráce bude zapojeno min. 32 z 40 oslovených sociálních služeb.

KA č. 9 - ONLINE zahraniční webináře

Sdílení evropské dobré praxe prostřednictvím online webinářů se zahraničními experty. Webináře jsou připravovány se zahraničními odborníky, dle výběru gestorů projektu, které se zakládá na znalosti evropské dobré praxe. Každý webinář má samostatné téma, které je orientováno na procesy, přístupy a změny která v rámci zemí EU byla a musela být realizována při transformaci služeb duševního zdraví od institucionálního modelu k modelu komunitnímu. K přípravě webinářů se vždy realizují přípravné schůzky, naplňuje se struktura, program, vytipují se protagonisté ze zahraničí a stěžejní účastníci z Ústeckého kraje.

Výstup: 20 webinářů



Města a městyse v Ústeckém kraji Towns and market towns in the Ústecký Region

(1. 1. 2019 / As at 1 January 2019)





Celý kraj je rozdělen do 8 regionů, kdy 7 z nich jsou okresy kraje. Pro každý region pracuje jeden metodik / koordinátor MD. Pro zajištění kontinuity péče pracují další metodici / koordinátoři MD v oblasti lůžkové péče v kraji. Především v lůžkové psychiatrické péči.

Přehled koordinátorů multidisciplinárního přístupu

Koordinátoři MD komunitních služeb v regionu

ÚSTÍ N/L	DĚČÍN	ŠLUKNOVSKO	TEPLICE	LITOMĚŘICE	MOST	ŽATEC	CHOMUTOV
Lenka Kocourková	Štěpánka Staňová	Kamila Staňková	Kamila Kostohryzová	Kristýna Šindelářová	Daniela Kováčková	Barbora Zelenková	Hana Kounovská

Koordinátoři MD v lůžkové péči

DPL Louny	PL Petrohrad	PN Horní Beřkovice	MN Psych. odd. Ústí	MN Psych. odd. Most
Dagmar Francová	Iva Frolík a Pavel Kadlec	v jednání	Iva Kašpárková	v jednání



Regionální komunitní síť. V každém okrese je jeden tým, pro danou cílovou skupinu, který bude kontaktním týmem.

Tým zprostředkuje či zajistí potřebnou službu, pomoc, péči. V celém kraji bude tvořit komunitní síť 32 týmů.

	ÚSTÍ N/L	DĚČÍN	ŠLUKNOVSKO	TEPLICE	LITOMĚŘICE	MOST	ŽATEC	CHOMUTOV
SMI	CDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 8	TDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 5	Tým Agentura Pondělí Počet členů týmu: 3	TDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 6	TDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 4-5	TDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 3	TDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 3	TDZ Fokus Labe Počet členů týmu: 4
DĚTI A MLADÍ LIDÉ	Tým duševního zdraví pro děti Fokus Labe Počet členů týmu: 6 - 7	Tým duševního zdraví pro děti Charitní sdružení Děčín Počet členů týmu: 4	Tým duševního zdraví pro děti Drug out Klub Počet členů týmu: 3	Tým duševního zdraví pro děti Květina Počet členů týmu: 3	Centrum duševního zdraví pro děti Naděje Počet členů týmu: 6	Není poskytovatel	Centrum duševního zdraví pro děti Naděje Počet členů týmu: 6	Centrum duševního zdraví pro děti Naděje Počet členů týmu: 6
SENIORŮ	Promedice - domácí péče zdravotní služba Počet členů týmu:	Valerie Homecare s.r.o. zdravotní a sociální služba Počet členů týmu:		Český červený kříž zdravotní a sociální služba Počet členů týmu:	Sociálně psychiatrické centrum Sluníčko CDZ pro seniory zdravotní a sociální služba Počet členů týmu:	Home Care Barborka zdravotní a sociální služba Počet členů týmu:	Psychiatrická léčebna Petrohrad Mobilní md tým zdravotní a sociální služba Počet členů týmu: 3	Psychiatrická léčebna Petrohrad Mobilní md tým zdravotní a sociální služba Počet členů týmu: 3
ADIKTO	Adiktologický MD tým DRUG-OUT Klub Počet členů týmu: 4-5	Adiktologická poradna, terénní prog. Centrum sociálních služeb Děčín Počet členů týmu: 4-5	Adiktologický MD tým DRUG-OUT Klub Počet členů týmu: 3	Terénní program White Light Počet členů týmu:	Terénní program ČČK Litoměřice Počet členů týmu:	Adiktologická poradna, terénní program Most k naději Počet členů týmu:	terénní program Most k naději Počet členů týmu:	Adiktologická poradna, terénní program Světlo Kadaň Počet členů týmu:



20. Sít dalších služeb v jednotlivých osmi regionech kraje

– viz příloha č. 2