



PRAKTICKÝ MANUÁL

Deset kroků MULTIDISCIPLINARITY

PRO KAŽDÝ ZAPOJENÝ TÝM

Zpracování praktického manuálu bude s každým týmem probráno na praktickém workshopu v úvodu projektu.

Provedeme týmy postupně procesem, jak začít naplňovat Deset kroků pro zavádění a udržení multidisciplinární spolupráce.

Společným zpracováním spolu s týmy, budeme analyzovat současný stav, probírat cíl kam bychom měli směřovat a plánovat cestu jak toho dosáhnout.

Tématu budou věnovány v případě potřeby 1 – 2 workshopy s daným týmem.



1. IDENTIFIKACE KLIENTŮ

- 4 cílové skupiny - 1. SMI a duální dg. / 2. děti a mladí lidé / 3. adikto 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 / nástrojů 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 plánu 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, KTERÍ 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. "

1. NAPIŠTE IDENTIFIKOVANÉ CÍLOVÉ SKUPINY

2. KATEGORIE DÉLKY HOSPITALIZACE

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.

3. VYTVOŘTE MAPU MÍST A SITUACÍ

4. NAPIŠTE NÁMĚTY, KDE BUDOU DLE VÁS MÍSTA KDE MŮŽEME ZAPOJIT DO MD LIDI, KTERÍ JSOU ZATÍM BEZ NÁHLEDU NA DUŠOVNÍ ONEMOCNĚNÍ.

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.



5. MÁ VÁŠ TÝM MAPU SLUŽEB VE VAŠEM OKRESE / POPIŠTE, KDE JE DOSTUPNÁ V JAKÉ FORMĚ

6. UMÍ VÁŠ TÝM REALIZOVAT TRIÁŽ / POPIŠTE JAK

7. UMÍ VÁŠ TÝM REALIZOVAT ZASÍTOVÁNÍ KLIENTA / POPIŠTE JAK

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).

8. MÁ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU SPOLUPRÁCI S AMBULANCEMI PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ VE VAŠEM OKRESE

9. MÁŠ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU PRAKTICKOU SPOLUPRÁCI S AMBULANCEMI LÉKAŘŮ PSYCHIATRŮ

10. MÁ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU SPOLUPRÁCI S KLINICKÝMI PSYCHOLOGY

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 (povětšinou 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.

11. POPIŠTE, ZDA JE VÁŠ TÝM SCHOPEN REALIZOVAT ASERTIVNÍ TERÉNNÍ KRIZOVOU PODPORU A JAK ZAJISTUJE MD SPOLUPRÁCI

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.

12. MÁTE NAVÁZANOU PRAVIDELNOU MD SPOLUPRÁCI S VAŠÍM SPÁDOVÝM AKUTNÍM ODD. POPIŠTE JAK

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 klienti / pacienti v přirozené komunitě s dobře nastavenou podporou komunitních týmů a CDZ a dalších podpůrných systémů.



13. MÁ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU SPOLUPRÁCI S POSKYTOVATELEM NÁSLEDNÝCH LŮŽEK ZDRAVOTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE, POPIŠTE JAKOU
14. MÁ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU SPOLUPRÁCI S POSKYTOVATELEM SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB - DZR, KDE JSOU UMÍSTĚNI KLIENTI S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM, POPIŠTE JAKOU

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 službě, které a priority 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.

15. Vypište tabulku

	Primární péče	Specializované ambulance	Komunitní služby	Lůžková zdravotní péče	Lůžková sociální péče	Další relevantní subjekty
DOSPĚLÍ SMI						



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.

16. VYPIŠTE JAKÉ TÝMY VYTVOŘÍ ZÁKLADNÍ SÍT VE VAŠEM REGIONU

Cílová skupina	Páteřní tým	kontakt
SMI		
DĚTI		
SENIORŮ		
ZÁVISLOSTI		

17. V DALŠÍM KROKU ZPRACUJTE – VYUŽIJTE ZASLANÉ PODKLADY, DALŠÍ SÍŤ SLUŽEB V KOMUNITĚ DLE TOHO JAKÉ POTŘEBY JE DANÝ TÝM, NEBO SLUŽBA SCHOPNA NAPLNIT A JAKÁ JE JEJÍ PŘIPRAVENOST K MD / 1 – 4 /

18. 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.

19. S KÝM MÁ, NEBO ZAČNE VÁŠ TÝM VYTVÁŘET VIRTUÁLNÍ TÝM MD SPOLUPRÁCE / VYPIŠTĚ

NÁŠ KOMUNITNÍ TÝM	AKUTNÍ ODDĚLENÍ	PN HB NÁSLEDNÁ PÉČE	JINÝ KOMUNITNÍ TÝM	FREKVENCE SPOLUPRÁCE / ZÁKLADNÍ OBSAH SPOLUPRÁCE
CDZ	AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE MN			1X TÝDNĚ VIZITA, přítomnost zdr.sestry CDZ na týdenní vizitě na odd. 1x měsíčně porada vedoucí CDZ s primářem psych, odd. Email komunikace mezi primářem odd. A vedoucím CDZ Email informace o pac. Do 24 hod. od přijetí
CDZ	AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE PN BH			
CDZ			ADITKOLOGICKÝ TÝM	

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 oddělení 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. Existující 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.

20. MÁ VÁŠ TÝM UZAVŘENOU SMLOUVU O MD SPOLUPRÁCI / VYPIŠTĚ S KÝM A ZDA SMLOUVA OBSAHUJE VŠE POTŘEBNÉ PRO VAŠI BEZPEČNOU PRÁCI

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

21. JSTE MOTIVOVÁNI UZAVŘÍT S OSTATNÍMI TÝMY LOKÁLNÍ PARTNERSTVÍ K VYŠŠÍ EFEKTIVITĚ KOMUNITNÍ SPOLUPRÁCE / VYPIŠTĚ CO BUDETE OČEKÁVAT A SCHOPNI PŘINÉST DO PARTNERSTVÍ

22. VYUŽÍVÁ VÁŠ TÝM PRAVIDELNOU SPOLUPRÁCI S ANONYMNÍMI CENZY HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ / POPIŠTE JAK / V JAKÉ FREKVENCI

Spolupráce virtuálních týmů během období hospitalizace**A. Potřeba hospitalizace a zajištění příjmu**

Hospitalizace jako poslední možnost řešení krize. V této době je možno napomoci zvládat krizi s větším zapojení 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.

23. Z JAKÝCH ZDROJŮ SE NEJČASTĚJI VÁŠ TÝM DOZVÍ O ZHORŠOVÁNÍ STAVU PACIENTA / ROZDĚL 100 BODŮ MEZI JEDNOTLIVÉ ZDROJE

1. SÁM ČLOVĚK S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	
2. RODINA/PŘÁTELE	
3. PRAKTICKÝ LÉKAŘ	
4. AMBULANTNÍ PSYCHIATR	
5. OBCE	
6. OPATROVNÍK	
7. KOMUNITA/SOUSEDÉ	
8. POLICIE	
9. ZÁCHRANÁ SLUŽBA	
10. JINÁ SLUŽBA	
11. JINÉ	



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.

24. MÁ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU SPOLUPRÁCI S POLICIÍ / POPIŠTE JAKOU / JAK SPOLUPRÁCE VYPADÁ

25. MÁ VÁŠ TÝM NAVÁZANOU SPOLUPRÁCI S RYCHLOU ZÁCHRANNOU SLUŽBOU / POPIŠTE JAKOU / JAK SPOLUPRÁCE VYPADÁ

Asistovaný příjem. Pokud je hospitalizace nezbytná, komunitní tým, pokud možno, při převozu klienta/pacienta asistuje. 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.

26. REALIZUJE VÁŠ TÝM ASISTOVANÉ HOSPITALIZACE / JAK ČASTO / DO JAKÉ SLUŽBY /

SLUŽBA	FREKVENCE	SPOLUPRÁCE S POLICIÍ	SPOLUPRÁCE ZÁCHRANÁ SLUŽBA	SPOLUPRÁCE S AMBULANTNÍM PSYCHIATREM	SPOLUPRÁCE S AKUTNÍM ODD.	SPOLUPRÁCE S RODINOU	SPOLUPRÁCE S OPATROVNÍKEM

27. CO POTŘEBUJE PRO ZKVALITNĚNÍ TÉTO PRÁCE

28. CO POTŘEBUJE VÁŠ TÝM PRO NAPLNOVÁNÍ ROLE GETE KEEPERA V SYSTÉMU

Informace komunitním týmům.

Pokud je pacient-klient přijat na akutní lůžko bez vědomí spádového komunitního týmu, je tým o této skutečnosti 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.

29. JE VÁŠ TÝM INFORMOVÁN / POPIŠTE PRAXI

B. Spolupráce během hospitalizace

Pravidelné setkávání.

Týmy akutního oddělení jsou provázány s týmy v komunitě, vznikají tzv. virtuální týmy. 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 a 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 registrován v komunitním týmu a je přijat na akutní lůžko a spadá do okruhu SMI, či dalších cílových skupin, je pracovníky oddělení, na které byl přijat, zahájena práce na motivaci klienta ke spolupráci se spádovým komunitním týmem.

Navázání vztahu s pacientem/klientem.

První setkání a zahájení spolupráce s pracovníkem z komunitního týmu. 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 bezpečného, partnerského vztahu.

Kontinuita práce a 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 a plánování cesty zotavení 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, zajišťující kontinuitu péče

V lůžkové péči je jeden pracovník oddělení pověřen rolí klíčového pracovníka, který koordinuje péči, plán zotavení pacienta/klienta a spolupracuje s klíčovým pracovníkem z komunitního týmu, čímž zajišťuje kontinuitu péče. Je pro komunitní tým styčnou osobou v obdobích mezi setkáními.

30. POPIŠTE JAK ČASTO / S KÝM / A S JAKÝM OBSAHEM PROBÍHÁ VAŠE SPOLUPRÁCE

KDO / TÝM ODDĚLENÍ	Pravidelné setkávání.	Společné informování a plánování.	Motivace pacientů – klientů ke spolupráci.	Navázání vztahu s pacientem	Kontinuita práce a role klíčového pracovníka.	Práce a plánování cesty zotavení v triádě.	Primární sestra/ klíčový pracovník
Akutní Ústí	1x týdně/ sociální pracovník odd.	ne	50 Není prostor	Není čas	ne	ne	ne



C. Propouštění

Společné plánované propuštění

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

Zprostředkování potřebných služeb

Komunitní tým, realizuje návaznou péči dle potřeb pacienta svými kapacitami, či zajišťuje zasíťování pacienta do dalších potřebných služeb, které v místě existují. Komunitní tým má vytvořenou mapu služeb a disponuje znalostí místní sítě.

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.

KDO / TÝM ODDĚLENÍ	Společné plánované propuštění.	Zprostředkování potřebných služeb.	Přechodná podpora během a po propuštění.	Navázání na služby i při odmítnutí hospitalizace.	Prevence překladů na následnou péči.	
Akutní Ústí						



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.

Vzájemné praxe, jako součást kultury

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 „spolupráci 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

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).



31. NAPLŇOVÁNÍ KROKŮ

KDO / TÝM ODDĚLENÍ	Vzájemná znalost praxe	Vzájemné praxe, jako součást kultury.	dlouhodobější „spolupráci zaměstnanců“,	Sladění základního přístupu	Kazuistické semináře orientované na zotavení
Akutní Ústí					

32. MÁ VÁŠ TÝM VNITŘNÍ SMĚRNICI PRO ZAVÁDĚNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

33. MAJÍ VNITŘNÍ SMĚRNICE PRO ZAVÁDĚNÍ MD VAŠE PARTNERSKÉ TÝMY

34. MÁ VÁŠ TÝM VNITŘNÍ SMĚRNICI PRO NAPLŇOVÁNÍ FILIZOFIE A PŘÍSTUPU ZOTAVENÍ



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 neoddělitelná, a pokud je dobře propojená přináší nebývalé efekty pro pohodu lidí s duševním onemocněním.

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, vyjednáujeme 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 sdílené rozhodování, což 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.

Sdílené 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 preference a sociální síť člověka

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.

Konziliární karta - 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. Příběh pacienta je zpracován do tzv. konziliární karty.

Postupně zpracováváme

2. Osobní preference a sociální síť pacienta
3. Osobní plán zotavení
5. Plán časných varovných příznaků, kde jsou zaznamenána předem vyřčená přání
6. Postupně zpracováváme příběh člověka / pacienta, klienta / do konziliární karty



35. NAPLŇOVÁNÍ KROKŮ

KDO / TÝM ODDĚLENÍ	Pochopit potřeby toho kterého člověka/osobní profil/anamnéza	Práce v triádě"/ frekvence	Sdíleného rozhodování spolu s pacientem/klientem	Osobní preferenze a sociální síť člověka	Osobní plán zpracováváme	Konziliární karta – příběh člověka	Klíčové pracovníci jsou ustaveni	Zapojení 3 úrovně MD	Máme bezpečné místo na rozhovory
Akutní Ústí									

8. KROK IMPLEMENTACE ZOTAVENÍ

Pro kontinuitu péče je klíčovým 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.

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.

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

Průvodcovství na cestě zotavení - 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 managera, 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.

36.NAPLŇOVÁNÍ KROKŮ

	Case management je zaveden	Klíčový pracovník navazuje bezpečný vztah s klientem.	Zapojení dalších členů týmu je transparentní	Zapojení Rodiny / blízkých od začátku/ síťová setkání s rodinou	Zapojení opatrovníků	Zapojení Týmu zaměstnávání	Zapojení Týmu bydlení	Zapojení obce	Zapojení jiné služby / adiktologie	Zapojení komunity
Komunitní tým CDZ Ústí										

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, zjišťujeme 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.

37. NAPLŇOVÁNÍ KROKŮ

	Hodnocení plánu s klientem/cyklický proces	GAF	Hvězda zotavení – kolo života
<u>Komunitní tým</u>			

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 „reflektují“ supervizí někdy zaznívá, 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.

38. POPIŠTE, JAK BY DLE VAŠEHO PŘEMÝŠLENÍ, MOHL BÝT NAPLNĚN KROK 10.