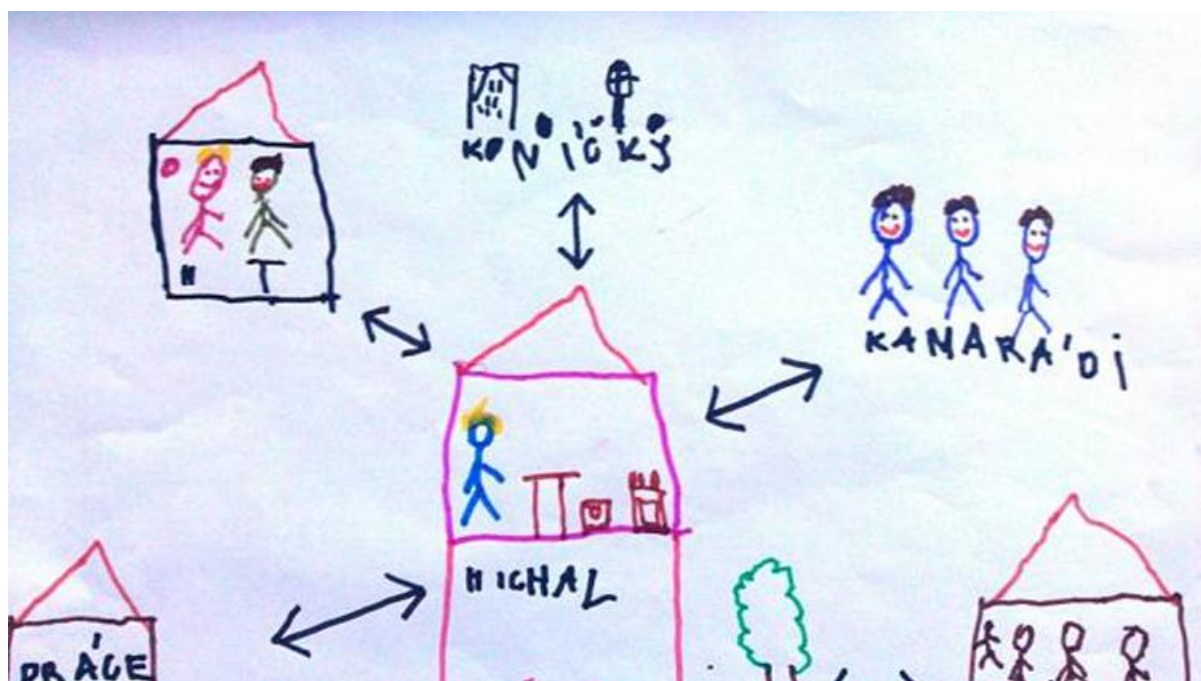




# Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním



Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007038, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



## Obsah:

1. METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU .....	3
2. HLAVNÍ SMĚRY V PÉČI O LIDI SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	5
3. TŘI ÚROVNĚ MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE .....	6
4. VÝCHOZÍM BODEM JE ZDRAVÍ .....	7
5. ZOTAVENÍ JAKO VÝCHOZÍ PŘÍSTUP .....	9
6. TÝMOVÁ PRÁCE JAKO ZÁKLAD .....	17
7. CASE MANAGEMENT .....	19
8. LÉČBA A PLÁNOVÁNÍ NA ÚROVNI ČLOVĚKA .....	21
PRVNÍ ÚROVEŇ SPOLUPRÁCE – MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, SPOLUPRÁCE UVNITŘ JEDNOHO TÝMU .....	30
DRUHÁ ÚROVEŇ SPOLUPRÁCE – VIRTUÁLNÍ TÝMY, SPOLUPRÁCE MEZI DVĚMA TÝMY .....	44
TŘETÍ ÚROVEŇ – SPOLUPRÁCE V KOMUNITNÍ SÍTI .....	56

## Přílohy:

- 1 Nástroje pro individuální plánování z metodiky Care
- 2 Smlouva o spolupráci



# 1. METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU

V době, kdy téma multidisciplinárního přístupu je jedním z klíčových témat reformy psychiatrické péče, chceme otevřít širší rozpravu o tom, jak na konkrétním pracovišti a mezi pracovišti navzájem postupovat, aby byl naplněn koncept multidisciplinární spolupráce.

Co znamená multidisciplinární tým v dnešním zdravotnictví a v sociální sféře, jak spolupracovat na sociálně zdravotním pomezí? V jakých všech sektorech se pohybuje péče o duševní zdraví? Kteří profesionálové jsou členy týmů, jaké jsou jejich role a kompetence, jak týmovou práci organizovat partnersky bez hierarchické struktury, na kterou jsme zvyklí, jaké nástroje využívat pro individuální plánování péče? Kde stojí samotný člověk se zkušeností s duševním onemocněním v celém systému péče a jak posilovat jeho **self-management**? To vše jsou otázky, na které se společně v rámci projektu zavádění multidisciplinárního přístupu budeme snažit nacházet odpovědi.

Multidisciplinárním přístupem je v rámci této metodiky myšlen způsob práce, **jakým různě profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.**

Metodika je určena pro pracovníky týmů psychiatrických zařízení, týmů komunitních služeb pracujících s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, sociálním pracovníkům a veřejným opatrovníkům obcí, pracovníkům integrovaného záchranného systému, úřadům a organizacím, které jsou zainteresovány do hledání řešení potřeb lidí s duševním onemocněním.

Pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním v některých souvislostech této metodiky používáme označení: uživatel, klient, pacient, člověk duševně nemocný, člověk s duševním onemocněním, vždy však s respektem k jeho lidskému a partnerskému postavení v systému péče.

Metodiku budeme využívat průřezově celým systémem péče o duševní zdraví. Začínáme její pilotáž u lidí s vážným duševním onemocněním (SMI) a budeme pokračovat u gerontopsychiatrické populace, u lidí v oblasti závislostní problematiky, dětí a mladistvých. Specifika u jednotlivých cílových skupin postupně zapracujeme se zapojenými týmy do následující třetí verze metodiky, která bude zpracována v dubnu 2021.

Máme dva cíle. V rámci reformy psychiatrické péče a nyní již reformy péče o duševní zdraví zavést multidisciplinární přístup jako dobrou praxi na všech úrovních řízení péče o duševní zdraví.

V rámci projektu pilotně zavádět a rozšiřovat multidisciplinární spolupráci v týmech v České republice na třech úrovních multidisciplinární spolupráce, které budou představeny v dalším textu metodiky. Uvědomujeme si, že v České republice je velmi rozdílný stav v rozvoji multidisciplinární spolupráce, která je ovlivněná různou hustotou sítě služeb, zaběhlými stereotypy ve spolupráci, chováním a jednáním lidí a týmů v systému péče o duševní zdraví



a tradicemi, které si neseme z minulosti. Proto je metodika jakousi „vstupní mapou“, s níž se vydáme na společnou cestu, a budeme zaznamenávat důležitá místa a milníky naší společné práce. Společná práce potrvá do roku 2022. Soustředíme se na praktické zavádění multidisciplinárního přístupu v jednotlivých týmech, které pracují v komunitě i odděleních následné a akutní psychiatrické péče v nemocnicích v jednotlivých krajích. Za každé území kraje budeme popisovat příklady dobré praxe v zavádění multidisciplinární spolupráce na všech třech úrovních, včetně sledování dopadu této práce na životy lidí s duševním onemocněním a efektivitu systému péče.



## 2. HLAVNÍ SMĚRY V PÉČI O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Péče o lidi s duševním onemocněním prochází celosvětově výraznou proměnou. Velký důraz je kladen na naplňování a posílení jejich práv a kvalitu služeb, které jsou jim poskytovány. Je rozvíjen celostní model péče orientovaný na celkové zotavení a maximální integraci lidí s duševním onemocněním do běžného života. Změna je charakteristická i odklonem od péče ve velkých psychiatrických nemocnicích a rozvojem robustní komunitní péče. Velký význam je kladen na koordinaci a propojenost jak jednotlivých profesí, tak i jednotlivých typů podpory a služeb. Velmi důležitým prvkem moderní péče je mobilizace a dlouhodobé zapojení celé komunity a spolupráce s ní.

Dochází k posunu „paradigmatu“ v postoji a přístupu k lidem s duševním onemocněním. Lidé nejsou vnímáni jako „objekty“ charity, zdravotní léčby a sociální ochrany, ale jako „subjekty“ s právy, jako lidé, kteří jsou schopni uplatňovat nároky na tato práva a přijímat ve svých životech rozhodnutí založená na svobodném a informovaném souhlasu a být aktivními členy společnosti.

Nové paradigma přináší i nové výzvy pro spolupráci a organizaci v systému, kde komunitní péče duševního zdraví začíná fungovat **skrze multidisciplinární týmy** s kontinuálním propojením na akutní péči v dobře a jasně vymezených regionech.

Hlavní směry vývoje péče o duševní zdraví v České republice jsou nově formulovány v dokumentu **NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020–2030**, přijatého vládou ČR v lednu 2020.

**STRATEGICKÝ CÍL 1:** Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

**STRATEGICKÝ CÍL 2:** Zajištění toho, aby měl každý člověk **srovnatelnou příležitost k duševnímu zdraví** v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo rizikovní.

**STRATEGICKÝ CÍL 3:** Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla **plně respektována, chráněna a podporována**.

**STRATEGICKÝ CÍL 4:** Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti **v komunitě dle potřeby**.

**SPECIFICKÝ CÍL 4.1:** Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako **stěžejní služby** zajišťující potřebnou péči v komunitě.

**SPECIFICKÝ CÍL 4.4:**

Zavést systém **zapojování pacientů/klientů a rodinných příslušníků**, který umožňuje a podporuje rozvoj **přirozených zdrojů pacientů/klientů** k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.

**STRATEGICKÝ CÍL 5:** Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře **koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory**, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.



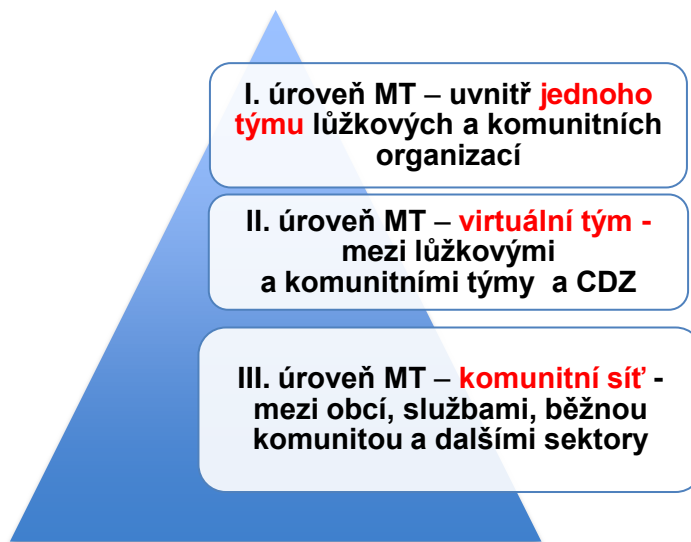
### 3. TŘI ÚROVNĚ MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

Projekt „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu, dále jen MT, k lidem s duševním onemocněním“ je jedním z nástrojů, pro posílení celostního přístupu orientovaného na zotavení lidí s duševním onemocněním. Zavádění MT přístupu má **několik počátečních cílů**. V první řadě **přispět ke snižování a zkracování pobytu lidí s duševním onemocněním ve fázi nemoci mimo jejich přirozené prostředí**. Dále **předcházet vyčlenění lidí s duševním onemocněním ze společnosti, respektive zvýšit jejich zapojení do běžného života, a působit včas a efektivně v místech, kde se vyskytuje riziko vzniku duševního onemocnění**.

V oblasti preventivní práce se realizace multidisciplinární spolupráce mezi lůžkovými a komunitními týmy, asistované propouštění z lůžkového zařízení, individuální vedení klienta, včetně na zotavení orientovaného individuálního plánu ukazuje i jako nejefektivnější metoda prevence sebevraždy u vysoce rizikové skupiny lidí s vážným duševním onemocněním<sup>1</sup>.

V období po propuštění pacientů z ústavní léčby se vyskytuje relativně vysoké riziko sebevraždy. Jediným zjištěným ochranným faktorem je adekvátní léčba a pomoc při řešení komplexních problémů souvisejících s onemocněním<sup>2</sup>.

Hlavním nástrojem projektu je podpora spolupráce různých profesí a relevantních organizací a institucí tak, aby se dosáhlo maximální možné **komplexnosti, koordinovanosti a kontinuity péče**. Za tímto účelem budeme pracovat na třech úrovních, které jsou prezentovány na následujícím obrázku.



Obr. č. 1: Tři úrovně MT spolupráce.

<sup>1</sup> Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J, et al. (2006) Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 2230 patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: Observational follow up study. Br Med J 333: 224.

<sup>2</sup> Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J, et al. (2006) Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 2230 patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: Observational follow up study. Br Med J 333: 224.





Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



## 4. VÝCHOZÍM BODEM JE ZDRAVÍ

Pro přijetí multidisciplinárního přístupu je klíčové společné porozumění celostnímu – holistickému pojetí přístupu ke zdraví. Krátký exkurz do pojetí významu tohoto pojmu nám ukazuje, že vychází z řeckého slova „holos“ (celek, celý). Tento filozofický směr zdůrazňuje, že **celek tvoří více než pouhý souhrn jeho částí**. Na holistický přístup přímo nasedá **bio-psycho-socio-spirituální** pojetí zdraví člověka. Čím více budou týmy pracovat ve smyslu tohoto pojetí, tím více bude docházet k plnému využití potenciálu dovedností a umu lidí, kteří jsou členy týmu. Bude vytvořen prostor pro opravdové partnerství a dosaženo potřebné rovnováhy v životě nemocného i systému samotném.

### 4.1 Definice zdraví:

**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 zjištěných nemocí a poruch a nárůst pocítované 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 člověka s duševním onemocněním cestu jeho uzdravení, je podstatné vyjít z konceptu, který vychází i v obecném pojetí psychologie člověka z jeho potenciálu, síly a pozitivní energie. Tím je **Pozitivní psychologie, která** se věnuje kladným aspektům lidské existence, jako je štěstí, odpuštění, autenticita, odolnost a další. Její hlavní představitel, Martin Seligman, zmiňuje pět hlavních ingrediencí duševní pohody mající vztah k duševnímu zdraví:

- pozitivní **emoce**
- schopnost plně se ponořit do prováděné **činnosti**
- navazování autentických **vztahů**
- pocítování života jako **smysluplného**
- zažívání **úspěchu**

Pokud chceme směřovat ke zdraví, správná cesta není 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?



Vypůjčili jsme si pohled pozitivní psychologie na kritéria duševního zdraví, díky kterým si v multidisciplinárním týmu můžeme odpovídat na otázky, zda naše intervence, programy a plány jsou zaměřeny na rozvoj zdraví a zda kapacitu jednotlivých profesí, které máme v multidisciplinárním týmu, využíváme efektivně ve světle komplexnosti pohledu, a tedy i komplexnosti intervencí, které mají směřovat k duševnímu zdraví člověka.

**Směřujeme při formulaci hodnot a postojů v týmu k potenciálu člověka rozvíjet své duševní zdraví? Kritéria duševního zdraví z pohledu pozitivní psychologie.**

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.

Věnování se jakékoliv **smysluplné** činnosti s jasným záměrem, která přináší **užitek** společnosti stejně jako tomu, kdo ji vykonává. **Pracovní uplatnění.**

Spolu s kapacitou pro lásku a práci je také důležitá schopnost **zůstat hravým a kreativním.**

**Schopnost důvěřovat druhému člověku.**

Aktivně ovlivňovat vlastní činy, jejich důsledky a **mít tak kontrolu nad svým životem.**

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 **sebe-obraz.**

**Síla ega** umožňuje účinně se adaptovat měnícímu se okolnímu světu a zachovávat **dobrý kontakt s realitou.**

Se silou ega úzce souvisí **realistická a spolehlivá sebeúcta.**

**Zralý vnitřní hodnotový systém,** podle kterého se člověk svobodně rozhodl řídit, je dalším znakem duševního zdraví.

Zdravý člověk umí u sebe **tolerovat celou šíři pocitů a myšlenek.**

**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.

Dalším aspektem duševního zdraví je **flexibilita obran.** Obrany představují psychický mechanismus, jakým ego nakládá s nepříjemnými afekty, vnitřními konflikty, případně jinou zátěží.

Závěrem se dostáváme k pocitu **vitality** jako důležité složky zdraví. Vitalitou je myšlena **vášeň či entuziazmus,** se kterým člověk přistupuje k životu.

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.



## 5. 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 všechno transformuje celou podstatu podpory a péče. Léčba se zaměřuje na to, co člověk chce, vyžaduje, po čem touží, 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.**

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 propojenost s komunitou, naděje do budoucna, znovuvybudování vlastní identity, překonání stigmatu, nalezení smyslu v životě a zmocnění k tomu, 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<sup>3</sup>.

Český výraz zotavení má původ ve slovesu otaviti se – způsobit, aby tělo přibralo na objemu, otylo. Přeneseně znamená přírůstek na rostlině, nové obrůstání louky. Zotavení je tedy stejného původu jako slovo otava – druhá sklizeň sena. Tedy tráva, která naroste po prvním sečení. Toto seno má odlišné vlastnosti než seno první seče. Má menší stonky, a proto i jemnější strukturu.

Pokud bychom použili metaforu sečení trávy, zotavení je proces nastupující po vzniku nemoci (sečení). Jde o hledání a nalezení nového smyslu života (růst nové trávy s jinými vlastnostmi). Zotavení znamená přijetí zodpovědnosti a nalezení osobní, svébytné cesty maximální možné kontroly nad svým životem. Zotavení je velmi individuální proces. Metaforicky je možno vidět tento proces jako stoupání po „žebříku zotavení“ ve čtyřech cyklech: (1) naděje, (2) zplnomocnění, (3) přijetí zodpovědnosti a (4) smysluplné životní role.

---

<sup>3</sup> citace HNUTÍ NA ROVINU



## ŽEBŘÍK ZOTAVENÍ<sup>4</sup>

### SMYSLUPLNÉ ŽIVOTNÍ ROLE

Jak se učíme, postupně se stáváme více a více soběstačnými. Postupně se dostáváme do bodu, kdy jsme schopni řešit věci zcela samostatně. Získáváme 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 přežívá. 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 sféry spojených s duševním onemocněním. Smysluplné role učiní konec izolaci a pomohou lidem s duševním onemocněním zotavit se a „získat si svůj život“.

### ODPOVĚDNOST ZA SEBE SAMA

Začínáme věřit, že můžeme mnoho v našem životě měnit. Díváme se kupředu na to, co chceme, stejně jako na to, co nechceme. Abychom dosáhli našeho cíle zotavení, začínáme dělat věci sami. Přijímáme ale i pomoc od ostatních. Tak, jak se lidé s duševním onemocněním postupně zotavují, uvědomují si, že musí za svůj život převzít odpovědnost. To znamená, že musí začít „zdravě 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“.

### ZPLNOMOCNĚNÍ

Jsmo nastaveni přijmout pomoc. Ale doufáme, že problémy spojené s nemocí za nás někdo vyřeší. K tomu, aby lidé dělali pokroky, je třeba, aby věřili ve své vlastní schopnosti a aby si byli vědomi své vlastní moci. Je třeba, aby se jejich naděje zaměřila spíše na to, co mohou pro sebe udělat sami, než se jen spolehnout 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 jisti, aby si začali věřit sami. „Připravenost“ se často dostaví až při pohledu nazpět, tedy poté, co se něco podařilo. Čekání na to, až bude člověk s duševním onemocněním připraven učinit krok vpřed, může proto často vést ke stagnaci a ke „z-nemocnění“. Často musí lidé nejprve úspěch zažít, než uvěří tomu, že mohou být úspěšní.

### NADĚJE

Necítíme se schopni čelit problémům. Máme potíže přijmout pomoc. Můžeme prožívat pocit beznaděje a pocit „uvíznutí“ v nemoci. 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.

ZOTAVENÍ

ZOTAVENÍ

ZOTAVENÍ

<sup>4</sup> Cesta k zotavení, sebrané spisy Marka Raginse



Cesta zotavení není lineární proces. Je možné, že se člověk se zkušeností s duševním onemocněním může i několikrát vrátit na „nižší příčky“. I takováto cesta, pokud je dobře zpracována a uchopena, může být významnou zkušeností. Zotavení je normálním adaptivním procesem, jenž následuje po tragédii, obdobně jako je smutek normálním adaptivním procesem následujícím po ztrátě. Mnoho lidí, kteří procházejí procesem zotavení, skutečně popisují, že procházejí fázemi smutku (popření, zlost, smlouvání, deprese a přijetí) jako součástí procesu zotavení. Oba tyto procesy se však často navzájem doplňují.

Existuje mnoho studií zabývajících se tím, jaké prvky péče a pomoci jsou na cestě k zotavení nejpodstatnější. **Samotní lidé se zkušeností s duševním onemocněním (dále jen člověk) vidí jako klíčové následující oblasti:**

<b>KLÍČOVÉ OBLASTI PRO ZOTAVENÍ</b>	
<b>PRÁCE S NADĚJÍ</b> <i>„BYLO PRO MĚ DŮLEŽITÉ, ŽE VE MNĚ NĚKDO VĚŘIL, KDYŽ JSEM SI JEŠTĚ NEVĚŘIL SÁM.“</i>	Důležitá je otevřenost ke všem možnostem budoucí životní dráhy člověka, tzn. neuzavírání předem některých možností proto, že člověk prochází či procházel zkušeností s duševním onemocněním.
<b>ROZVOJ SILNÝCH STRÁNEK</b>	Pozornost je věnována rozvoji potencionálu a talentu člověka. Tomu, co člověk může, více než tomu, co nemůže.
<b>CELISTVÝ PŘÍSTUP</b>	Podpora člověka je zaměřena na všechny oblasti života (bydlení, finance, práce, volný čas, společenský, partnerský – rodinný život, osobnostní a profesionální růst atd.), nejen na zdravotní oblast (duševní nemoc a kontrola symptomů).
<b>SEBEURČENÍ</b>	Hlavním vodítkem při práci s člověkem je to, co člověk pokládá za podstatné kroky ke svému zotavení.
<b>ZPLNOMOCŇOVÁNÍ</b>	Podpora člověka směřující ke schopnosti rozhodování (řízení) vlastního života tak, aby sám byl schopen rozhodovat a řídit svůj život. Asertivní přístup, proaktivní intervence (aktivity, které nemusí být primárně vyžádány samotným člověkem) jsou realizovány jen v situacích, kdy člověk (z důvodů své nemoci) není schopen plného kontaktu s realitou a přebírání plné zodpovědnosti za své rozhodování a jednání. Tyto intervence jsou však realizovány po co nejkratší dobu a způsobem, který umožňuje člověku přebírat co nejrychleji a co nejvíce plnou zodpovědnost, a jsou předem vyjednány a podchyceny v krizovém plánu člověka. Individuální



	rozhodnutí člověka musí být v maximální míře respektována.
<b>RESPEKT</b>	Práce s člověkem je založena na partnerském vztahu. Všechna jeho práva (například tak, jak jsou definována v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením) jsou plně respektována, podporována a naplňována.
<b>INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP</b>	Každý člověk má svou specifickou cestu k zotavení. Proto je práce s každým člověkem jedinečná a není možné při ní uplatňovat stereotypní přístupy. Proto je s každým člověkem vypracováván jeho individuální plán podpory, respektive plán jeho zotavení.
<b>PODPORA PEER PRACOVNÍKŮ</b>	Vlastní zkušenost s duševním onemocněním (včetně zkušenosti klienta/pacienta psychiatrických služeb či služeb péče o duševní zdraví, nebo s procházením různými formami péče), s hledáním vlastní cesty k zotavení je jedinečná zkušenost, kterou není možno získat žádným „profesionálním tréninkem“. Proto podpora ze strany „peer“ pracovníků (osob, které samy prošly či procházejí duševním onemocněním včetně zkušeností kontaktu se službami, a mají dovednost tuto zkušenost předávat a pozitivně využívat při komunikaci s klienty/pacienty týmu) je důležitou součástí při pomoci člověku v jeho individuální cestě.

V přístupu k člověku se zkušeností s duševním onemocněním dochází v posledních desítkách let ke změně pohledu na roli samotného člověka. Přejít od modelu biologického k modelu **celostnímu** orientovanému na zotavení člověka je známkou moderně pojatých systémů péče o duševní zdraví. Proces zotavení přichází i s partnerským pojetím farmakologických intervencí. Medikace je důležitým prvkem při snižování symptomů spojených s duševními nemocemi a stejně tak při stabilizování nálady a podpoře fungování člověka. Nicméně, medikace nikdy není cílem léčby: **je prostředkem**, který člověku může pomoci dosáhnout jeho vlastních cílů. Rozpolcenost názorů lidí se zkušeností s duševním onemocněním na medikaci je normální a lidé budou léky užívat, pokud budou mít pocit, že jim mohou pomoci a že jim život za jejich užívání něco jiného umožní (fungující rodinu, možnost zaměstnání, přátelské vztahy atd.).

Vyváženost mezi benefity a negativními efekty medikace ovlivňuje mnoho faktorů a dobrá praxe vyžaduje mnohem více, než „pouhé“ předepisování léků. Řízená medikace může být provedena způsobem orientovaným na zotavení. Blízká spolupráce s uživateli služeb, společné rozhodování a konání je kritickým komponentem efektivních farmakologických intervencí a léčebného programu v multidisciplinárně pracujícím týmu. Mezi některá





specifika plánu společného rozhodování o řízení medikace spolu s člověkem se zkušeností s duševním onemocněním patří:

- cíl užívat léky jako prostředek léčby.
- preference léků.
- společné rozhodování o tom, jestli užívat léky během léčebného plánu.
- společné rozhodování o tom, které léky užívat; probrání vedlejších účinků; konkrétní životní souvislosti člověka.
- adresnost vedlejších účinků.
- řízené dávkování, kdy jen to je možné, tak předepsat co nejnižší dávky, ale zároveň se ujistit, že člověk optimálně funguje.
- směřovat k moderní farmakoterapii, minimalizovat příliš velké kombinace a množství léků.
- dodržování užívání léků a zavedení opatření, pokud je pro pacienta dodržování užívání léků obtížné.
- společné rozhodování o snižování či ukončování užívání léků.

I v modelu zotavení je pomoc ze strany zdravotníků důležitým článkem, kdy psychofarmakologická léčba je jedním z řady nástrojů. V rámci efektivního celostního modelu zaměřeného na zotavení je lékař integrální součástí multidisciplinárního týmu, který podporuje člověka s duševním onemocněním v self-managementu.

„V roce 1991 přijel na návštěvu do Village Bill Anthony, Ph.D. přední odborník v oblasti psychiatrické rehabilitace z Bostonské univerzity. Zeptal jsem se ho, co podle něj bude dalším velkým hnutím v oblasti péče o duševní zdraví. Jeho odpověď zněla „zotavení“ a já jsem málem spadl ze židle“<sup>5</sup>

Hlavní rozdíly mezi modelem medicinským a modelem orientovaným na zotavení, který je od 90 let minulého století novým hnutím v oblasti péče o duševní zdraví je možné shrnout následovně:

---

<sup>5</sup> Cesta k zotavení, sebrané spisy Marka Raginse, MHA Village



<b>MEDICINSKÝ MODEL</b>	<b>MODEL ZOTAVENÍ</b>
<b>ORIENTACE NA KONTROLU SYMPTOMŮ</b>	orientace na silné stránky pacienta/klienta a jejich posilování.
<b>SILNÁ VÍRA V ÚČINEK PSYCHOFARMAK</b>	celostní přístup (bio-psycho-socio-spirituální).
<b>ORIENTACE NA KONTROLU NEBEZPEČNÉHO CHOVÁNÍ</b>	chování je vnímáno v širším kontextu a souvislostech. Jde více o podporu pozitivních vzorců chování nežli kontrolu. Pozornost je věnována „spouštěčům“ agitovaného chování a nemoci.
<b>KULTURA VYHÝBÁNÍ SE RIZIKŮM</b>	přípravenost k přijímání řešení, která mají jistá rizika, ale otvírají i možná řešení a nabývání zkušeností. Práce s riziky směrem k jejich minimalizaci. Rizika nejsou překážkou na cestě k zotavení.
<b>PŘESVĚDČENÍ, ŽE PACIENTI NEJSOU V AKUTNÍM STAVU (PŘI HOSPITALIZACI) ZODPOVĚDNÍ ZA SVÉ ANTISOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ. ZAMĚSTNANCI SE VNÍMAJÍ JAKO TI, KDO JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA CHOVÁNÍ PACIENTŮ.</b>	přesvědčení, že člověk s duševním onemocněním je v každé situaci zodpovědný za své chování, a tedy měl by být konfrontován i s jeho důsledky.
<b>RUTINNÍ POSTUPY URČUJÍCÍ KDE, KDY, CO</b>	pružnost v tom, kdy a kde je pacientovi/klientovi pomoc poskytována. Orientace na individualizované řešení potřeb člověka s duševním onemocněním.
<b>HIERARCHICKÉ, AUTORITATIVNÍ ROZHODOVÁNÍ</b>	sdílené týmové rozhodování a zapojování lidí s duševním onemocněním a jejich rodin.
<b>VÍRA V TO, ŽE KLIENTI S VÝRAZNOU SYMPTOMATOLOGIÍ MUSÍ BÝT V NEMOCNIČNÍM LÉČENÍ</b>	symptomy ne nezbytně určují, kde má být pomoc poskytnuta.



V posledních letech je celosvětově odklon od medicínského pojetí a přístup k pacientům/klientům se mění ve shodě s modelem zotavení. Definovali jsme 10 způsobů, které mohou pomoci týmům s odpověďmi na otázky, jak vykročit na cestu vedoucí k MT spolupráci a nasměrování vlastního týmu na principy „zotavení“, podle kterých tým bude jednat a postupovat:

## 10 principů týmu orientovaného na multidisciplinární spolupráci a zotavení

**1. Podporujeme obnovení zdraví, fungování a identitu?** To může být označováno jako tři hlavní domény zotavení. Jsou vzájemně propojeny, ale i přesto mohou být odděleny. Není žádná hierarchie. Léčba orientovaná na zotavení zahrnuje tyto tři oblasti a s člověkem pracuje na oblastech, ve kterých chce on sám uspět.

**2. Nabízíme naději na zotavení?** Nabízení naděje je klíčovým momentem. Člověk cestu zotavení bez naděje nezačne.

**3. 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.

**4. Soustředíme se na to, co je silné, ne, co je špatné?** Je důležité prozkoumávat silné stránky jedince, jeho talent, ambice a schopnosti.

**5. Rozhodujeme S a ne O uživateli služeb?** Odborník a člověk/klient/pacient konají rozhodnutí společně. Respektujeme názor člověka/klienta/pacienta. Tento proces začíná v práci s diagnózou, která může být popsána, jako společné porozumění tomu, co se vlastně děje.

**6. Uznáváme, že expertiza člověka, který využívá služby, je stejně důležitá jako ta naše?** Dialog s člověkem je setkání dvou odborníků. Expertiza odborníka 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 a talenty.

**7. 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 důležitá.

**8. Uznáváme práva člověka/uživatele/pacienta „zdravě“ riskovat?** Popírání a omezování práva a možnosti „zdravě riskovat“ často podkopává možnost zotavení.

**9. Spolupracujeme s rodinou a sítí jakožto se zdroji a partnery?** Ve většině případů je lepší procházet cestou zotavení společně s ostatními, rodinou, partnery, kamarády aj.

**10. Sdílíme a začleňujeme znalosti?** Léčba orientovaná na zotavení vyžaduje zapojení objektivních, subjektivních a normativních znalostí.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



## 6. TÝMOVÁ PRÁCE JAKO ZÁKLAD

Je důležité být si vědom toho, co pojem tým jako takový obsahuje, a do praxe zavést skutečnou **týmovou práci**. Řada pracovních uskupení, která v péči o duševně nemocné v naší zemi nyní existují, se někdy sama nazývá týmem (case management tým, tým pracovníků lůžkového oddělení), dle předcházejícího popisu však vidíme spíše práci ve skupinách než týmech, i když řada míst má v týmové práci velmi dobře „nakročeno“ a v rámci zavádění a posilování MT přístupu půjde této skutečnosti velmi dobře naproti.

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 daleko jednodušeji a rychleji vytvořit, 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.



OBLAST	TÝM	SKUPINA
<b>IDENTITA</b>	<p>Týmový duch, pocit sounáležitosti a identity, významně ovlivňuje chování celého týmu i každého jednotlivce. Členové týmu mezi sebou pociťují sounáležitost, uznávají a oceňují individualitu druhého.</p> <p>Členové týmu napadení identity týmu vnímají velmi osobně.</p>	<p>Pocit identity a sounáležitosti není pro funkci skupiny významný. Pokud tak vznikají osobní vazby, mají náhodný charakter osobních sympatií a antipatií.</p>
<b>HODNOTY</b>	<p>V týmu jsou sdílené představy o tom, co je důležité a co ne. Každý člen týmu ví, proč je to také důležité (sdílená přesvědčení). Ví také, co je správné, a co ne (sdílená kritéria).</p>	<p>Ve skupině jeho členy zajímá, jakým způsobem a jak moc druzí plní své úkoly. Pro funkci skupiny není důležité sdílet společné hodnoty.</p>
<b>DOVEDNOSTI</b>	<p>V týmu je důležitý společný cíl a jeho společné dosažení. Je důležitý každý jedinec, jeho individuální cíle, hodnoty, kritéria a přesvědčení. To nejen umožňuje, ale hlavně významně podporuje si vzájemně své schopnosti doplňovat a rozvíjet ve prospěch celého týmu.</p>	<p>Ve skupině je důležité zastávat přidělenou roli. V rámci této role si pak každý rozvíjí své schopnosti, dovednosti a znalosti.</p> <p>Skupinové role se rozdělují podle schopností daného jedince.</p>
<b>CHOVÁNÍ</b>	<p>Týmy mají společnou představu toho, jak se jednotliví členové týmu podílí na úsilí při dosahování cíle. Týmové role jsou sekundární, primární je společný cíl a společný postup.</p> <p>V týmech se neseťkáte s tvrzením: „to není moje práce“.</p> <p>Týmy jsou poměrně flexibilní. Je důležité věci uskutečnit, ale kdo je de facto uskutečňuje, je podružné.</p>	<p>Ve skupině je primární individuální role. Každý člen skupiny má stanoveno, co má dělat a jak se má chovat (popis práce). Skupinové role nastavují určitá očekávání, která řídí vztahy mezi členy skupiny.</p> <p>Díky své orientaci na role jsou skupiny většinou neobyčejně rigidní, přičemž tuto rigiditu často podporuje i nevhodný způsob odměňování: lidé jsou placeni za svoji roli, za to, aby dělali to, co mají dělat, a aby to dělali tak, jak to dělat mají.</p>



## 7. CASE MANAGEMENT

Case management je dominantním přístupem při zavádění multidisciplinárního přístupu do péče o dlouhodobě duševně nemocné, a to na všech úrovních práce týmů. **Klíčový pracovník/koordinátor péče** (case manager/key worker/care coordinator). Pro zajištění multidisciplinární práce s klientem/pacientem je zapotřebí, aby každý klient/pacient měl jednoho konkrétního člena týmu jako svého klíčového pracovníka. Role klíčového pracovníka je potřeba jednak v přímé péči o klienta/pacienta, tak i v koordinaci naplňování individuálního plánu zotavení (recovery plan) klienta/pacienta.

Klíčový pracovník zapojuje další členy týmu podle aktuální situace (potřeb) klienta/pacienta a podle jejich speciálních znalostí a dovedností. Pro práci s klientem/pacientem je zapotřebí, aby klíčový pracovník navázal potřebný vztah se svým klientem/pacientem. Na druhou stranu je zapotřebí se vyhnout přespříliš silné vazbě či poutu mezi klientem/pacientem a jedním členem týmu (patologické „symbiotické vazbě“).

Zapojení více členů týmu umožňuje klientovi/pacientovi rozšíření škály sociálních kontaktů. Je taktéž potřebné zajistit vzájemnou zastupitelnost klíčového pracovníka jiným členem týmu, pokud klíčový pracovník není přítomen. Ze všech těchto důvodů je zapojování dalších členů týmu do práce s jedním klientem/pacientem důležité. Nepanuje zcela jasná shoda, jestli všichni klienti/pacienti mají být po celou dobu klienty/pacienty celého týmu a být tak pravidelně společně diskutováni a uvedeni na společné tabuli. Přístup FACT board (vyvinutý v Holandsku v rámci FACT týmů) je založen na dvouúrovňovém přístupu k práci s klienty/pacienty týmu. Se stabilizovanými klienty/pacienty pracuje jen jeho klíčový pracovník. O klienta/pacienta se stará celý tým jen v případě, pokud je klient/pacient v krizi, či z jiného důvodu potřebuje intenzivnější zapojení více osob.

Spíše však převládal názor, že je důležité, aby klient/pacient věděl, že není klientem/pacientem jen „klíčového“ pracovníka, ale celého týmu. Celý tým by měl být průběžně informován o vývoji všech klientů/pacientů. Kdokoliv z týmu by měl být kdykoliv připraven se zapojit do práce i s klientem/pacientem, u kterého není klíčovým pracovníkem. Role psychiatra v týmu se do značné míry odlišuje od ostatních pracovníků v tom, že nese specifickou „odpovědnost“ jako ošetřující lékař, a měl by být automaticky zapojen do péče o všechny klienty/pacienty týmu. Z tohoto důvodu by neměl mít roli klíčového pracovníka. Obdobně se uvažuje i u profese klinického psychologa a pracovního konzultanta. To souvisí s jejich větší specializací a s tím, že by měli být do značné míry k dispozici všem klientům/pacientům. Z podobných důvodů se uvažovalo o snížení počtu klientů/pacientů (či plného odbřemenění role klíčového pracovníka) i u peer konzultantů. U nich to také souvisí většinou s nižším pracovním úvazkem a popřípadě tím, že nemusejí mít plnou kvalifikaci sociálního pracovníka.

**Určení klíčového pracovníka.** Pokud je rozhodnuto, že tým klienta/pacienta přijímá, je zapotřebí určit klíčového pracovníka. Může to být člen týmu, který kontaktoval klienta/pacienta ve fázi sběru informací a vstupního mapování potřeb, může to být i jiný člen týmu. Je výhodné, pokud klíčovým pracovníkem je osoba, která má kompetence v oblastech pro klienta/pacienta nejvíce potřebných. Pokud půjde o pomoc hlavně ve zdravotnické



oblasti (práce na náhledu, sebekontrola medikace, řešení zdravotních obtíží atd.) je výhodné, když je klíčovým pracovníkem sestra pro péči v psychiatrii / sestra všeobecná. Pokud jde více o sociální problematiku, pak je výhodnější sociální pracovník. Potřeby klienta/pacienta se však během práce s ním mohou značně proměňovat. To nicméně neznamená, že je potřeba měnit klíčového pracovníka. Při rozhodování o tom, kdo bude klíčový pracovník, by měl být brán zřetel na volnou kapacitu konkrétního pracovníka a „kompatibilitu“ mezi pracovníkem a klientem/pacientem.





## 8. LÉČBA A PLÁNOVÁNÍ NA ÚROVNI ČLOVĚKA

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.

*„Mám zkušenost, kdy můj lékař trval na mém dodržování braní léků, a pro mě to bylo velmi skličující. Jeho přístup a postoj k léčbě mi ponechal minimum prostoru pojmenovat a vyjádřit mé prožitky. Odsunulo mě to do role pasivního pacienta, předmětu, na kterém se vykonává, nežli lidského subjektu, se kterým by společným rozhodováním mohl změnit jeho život. Touto interakcí jsem byl dehumanizovaný, protože moje volby byly limitované na poslechnutí nebo neuposlechnutí lékařské autority místo porozumění, že moje volby se odráží na svobodě, autonomii a samozřejměm právu rozhodnout se, co se mělo dít s mým tělem<sup>6</sup>.“*

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). 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 ne-medikačních, ne-symptomatických intervencí, které budou integrovány do léčebného plánu. Mezi klíčové aspekty společného rozhodování patří:

- diskuze o roli uživatele služeb ve společném rozhodování
- diskuze o cílech uživatele služeb v kontextu rozhodování
- diskuze o zdravotnických problémech, nebo o podstatě rozhodování
- diskuze o využívání léků
- diskuze o kladech a záporech vztahujících se k rozhodnutí
- diskuze o nejistotách ohledně rozhodnutí
- vyhodnocení pochopení uživatele služeb
- vyhodnocení touhy uživatele zapojit ostatní v jeho okolí
- zkoumání preferencí uživatele

<sup>6</sup> Deegan 2007



**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 schopností řídit svůj život.

Vhodnou komplexní metodou, která je již v řadě českých lůžkových zařízení i komunitních službách využívána, je metoda psychosociální rehabilitace CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation). Budeme jí využívat i v naší metodice MT na všech třech úrovních spolupráce. Jde o univerzální metodu, která staví na paradigmatu zotavení jako na základním určujícím principu. Obsahuje srozumitelné, potřebné nástroje k tomu, aby mohla být osobám s duševním onemocněním poskytována účinná podpora v jakékoliv fázi jejich zotavování. Využívání metodologie CARE není pro práci multidisciplinárních týmů „dogma“. V řadě případů mohou týmy oddělení i v komunitě využívat jiné plánovací nástroje, podstatné je, aby nedošlo využitím jiných nástrojů k odklonění od základní metodologie.

Základní metodologie:

- 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.

**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. **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**.

**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 **Podpurný osobní profil**.



<b>OSOBNÍ PROFIL<sup>7</sup></b>		jméno: Frank klíčový pracovník: Rita
<b>Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti</b>	<b>Přání a ambice</b>	<b>Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti</b>
Žiji ve vlastním bytě, který je ale součástí chráněného bydlení, takže nejsem osamělý. Můj byt je plně vybavený a cítím se v něm jako doma. Dokážu všechno obstarat sám: úklid pokoje, nákup, vaření. Je skvělé, že mám svůj byt.	<b>Bydlení</b>	Tři roky jsem žil se svou ženou Kitty a dělal domácí práce společně s ní (vaření, úklid, nakupování). Neměl jsem problém cestovat veřejnou dopravou.
	<i>Postupem času bych chtěl získat (ještě větší) nezávislost, mít byt v centru města, kde by bylo dost místa i pro dceru, kdyby u mě chtěla přespat.</i>	
Opravdu chci pracovat. Pracuji teď tři dny v týdnu ve společnosti, kde vyrábíme dětské autosedačky. Mým úkolem je montovat součástky a to mi jde. Mám skvělé kolegy, kteří mi pomůžou, když mám s něčím potíže.	<b>Práce, zaměstnání</b>	Několik let jsem roznášel noviny. Brzké vstávání mi šlo a noviny jsem roznášel bezchybně. Jsem velmi pečlivý. Šest měsíců jsem pracoval ve skladu, kde mě to nebavilo, ale zůstal jsem kvůli kolegům, kteří mě dokázali vyslechnout.
	<i>Rád bych nadále pracoval ve firmě. Možná bych časem mohl pracovat na vyšší úvazek, pokud bych to zvládal. Vydělal bych o trochu víc peněz a mohl se o sebe lépe postarat.</i>	
Poblíž je tu hudební škola, kde vyučují hře na kytaru. Můj bratr William je také zapálený pro muziku a rád se se mnou do něčeho pustí.	<b>Učení se – vzdělávání se</b>	Šest měsíců jsem chodil do sboru. Přišlo mi to těžké, ale vytrval jsem, mám to v povaze. Měl jsem také rád tamní společnost.
	<i>Rád bych se naučil hrát „Since I’ve Been Loving You“ od Led Zeppelin na elektrickou kytaru.</i>	
Rád poslouchám rockovou muziku, třeba Led Zeppelin. Mám pro hudbu cit a dobrou paměť na různé melodie. Mám rozsáhlou sbírku CD, na kterou jsem pyšný.  Rád si zajdu na kávu se svým sousedem. Moc toho nenamluví a to mi vyhovuje.	<b>Rekreace – volný čas</b>	Jako chlapec jsem byl pět let členem šachového kroužku. Když mi bylo 22, skončil jsem na druhém místě na šachovém turnaji v Eindhovenu. Byl to docela úspěch. Tři měsíce jsem hrál volejbal. Moc mě to nebavilo, ale zůstal jsem u toho, protože se mnou chodila hrát Francy, která se mi líbila.
	<i>Mám hodně volného času a rád bych tento čas více vyplnil. Možná se vrátím ke hraní šachů?</i>	
Můj handicap („stres“) mi někdy nedovolí tolik toho zvládnout, ale neztrácím naději: všechno dobře dopadne. Víím, co dělat, když se začínám cítit ve stresu. Mohu požádat o pomoc, pokud je třeba. Víím, jak se vyhnout alkoholu. Dostává se mi velké podpory od Rity, se kterou mohu hovořit o čemkoliv. Užívám léky podle předpisu.	<b>Zdraví a pocit pohody</b>	Nechci o tom hovořit, možná někdy příště.
	<i>Cítím se zdravý a chci, aby to tak zůstalo.</i>	

<sup>7</sup> © J.P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)



bez nutnosti dohledu.		
Umím o sebe dobře pečovat. Každý den se sprchuji, vyjdu s málem peněz. Můj plat a přídavky mi k životu stačí. Rita mi pomáhá s domácím rozpočtem.	<b>Péče o sebe a o ostatní</b>	Vždy jsem byl schopen vyjít s málem. Vždy jsem považoval za důležité starat se o svůj zevnějšek.
	<i>Rád bych se o sebe nadále dobře staral, podle mě na tom záleží.</i>	
Moje dcera Marcela a bývalá manželka Kitty žijí ve stejném městě jako já.  S Kitty komunikujeme celkem bez problémů. Když potřebuji, mohu ji požádat o pomoc. Moje klíčová pracovnice Rita mi pomáhá pracovat na mé roli otce.	<b>Vztahy</b>	Vždy jsem se velmi rád staral o Marcelu a docela mi to šlo.
	<i>Rád bych měl častější vztah se svojí dcerou</i>	
V práci i doma a v okolí se cítím bezpečně. Cítím se bezpečně s lidmi, kteří mě přijímají takového, jaký jsem.	<b>Bezpečí</b>	Vždy jsem se cítil v bezpečí, když mě lidé přijímali takového, jaký jsem: i s mými úzkostmi a tím, jak jsem je řešil (alkoholem). Když mě někdo kritizoval, ihned jsem se cítil nejistý.
	<i>Chci, aby se Marcela se mnou cítila bezpečně.</i>	
<b>Která přání jsou pro mě nejdůležitější?</b>  1. Znovu plnit roli otce. 2. Naučit se hrát na kytaru.		



**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?

<b>PŘEHLED OSOBNÍCH PREFERENCÍ<sup>8</sup></b>	Jaké osobní preference jsou nedílnou součástí vašeho přání?  Jak si přesně představujete výslednou situaci?  Jaké důležité podmínky by měly být splněny?
<b>MÍSTA</b>  Jaké místo, jaká lokalita? Jak by to tam mělo vypadat?	
<b>LIDÉ</b>  Jakí lidé jsou v souvislosti s přáním důležití? Co od nich očekáváte?	
<b>ČINNOSTI</b>  Jaké činnosti jsou důležité? Jaké kroky je třeba podniknout ke splnění přání?	
<b>ZNALOSTI A DOVEDNOSTI</b>  Jaké znalosti jsou důležité, co potřebujete umět?	
<b>VĚCI/ZDROJE</b>  Jaké vybavení či věci jsou důležité; potřebujete?	
<b>ČAS/TEMPO</b>  Jak rychle/pomalou byste toho chtěl/a dosáhnout?	
<b>HODNOTY</b>  Jaké hodnoty jsou pro vás důležité? Respekt, úcta, společnost jiných lidí, klid, ticho?	

<sup>8</sup> © J.P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)



**Osobní plán** formuluje klientův cíl a konkrétní kroky zaměřené na dosažení tohoto cíle. Funguje jako společný pracovní program pro klienta a všechny další zúčastněné strany (pracovníka lůžkového zařízení i komunitní služby). Majitelem plánu je vždy klient a má ho vždy u sebe. Součástí plánu je prostor pro jednotlivé kroky a aktivity, je zaznamenáno, kdo je realizátorem jednotlivých kroků a kdy má být cíl dosažen. Slouží rovněž coby společný pracovní harmonogram pro klienta a pracovníky týmu. Plán také slouží jako přehled a zachytný bod. Pomáhá udržovat strukturu lidem, kteří nejsou schopni jasně uvažovat kvůli velkému množství starostí, kteří mají problémy s pamětí, nebo se vyrovnávají s nežádoucími účinky léků.

<b>OSOBNÍ PLÁN<sup>9</sup></b>		jméno: Frank podpůrný pracovník: Rita datum: <b>2. 4. 2015</b>		
<b>Čeho chci dosáhnout (cíle):</b> <i>Do roka chci znovu příjemně trávit čas společně se svojí dcerou Marcelou</i>				
<b>Proč je to pro mě důležité:</b> Chci být Marcele dobrým otcem				
Co dělám já	Co dělají ostatní	Kdy chci cíle dosáhnout	Datum, kdy jsem cíle dosáhl	Poznámky
1. Napíšu o tomto záměru své bývalé manželce	Rita mi pomůže dopis správně formulovat	květen 2015		Rád bych byl v tomto ohledu velmi opatrný a pozorný. Prožili jsme toho už dost.
2. Zeptám se své bývalé manželky, co si o dopisu myslí	Rita stojí při mně	květen 2015		
3. Vytvořit seznam aktivit, o kterých vím, že je má Marcela ráda		květen 2015		
4.				
5.				

<sup>9</sup> © J.P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)



**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.

<b>PLÁN OSOBNÍ PODPORY<sup>10</sup></b>		jméno klienta: Wilbert klíčový pracovník: Gerard datum: 1. 9. 2011
<b>Co klient potřebuje právě teď ve svém životě?</b> Wilbert říká, že by chtěl ze všeho nejvíce vést „normální život“. Myslím, že to znamená, že by opravdu chtěl mít střechu nad hlavou a vést život jako kdokoliv jiný.		
<b>Čeho chci dosáhnout (cíl):</b> Pracuji na tom, abych s Wilbertem navázal vztah a podpořil jej v tom, že si do tří měsíců (předtím, než se ochladí) najde bydlení.		
<b><i>Jakým způsobem klienta podporuji</i></b>	<b><i>Jakým způsobem podporují klienta kolegové a ostatní</i></b>	<b><i>Poznámky</i></b>
1. Mám v plánu se s Wilbertem setkávat dvakrát až třikrát týdně.	Kolegové mi dají vědět, kdykoli uvidí Wilberta někde ve městě nebo v parku.	(1. 10. 2011) Většinou to funguje dobře, vždycky pro něj s sebou beru termosku s kafem a balíček tabáku na balení cigaret.
2. Když se potkám s Wilbertem, jsem tam pro něj, mluvím jen o věcech, o kterých se rád baví.	Během konverzace se snaží zjistit, jaká témata rozhovoru Wilberta těší.	(6. 10. 2011) Minulý týden Wilbert začal mluvit o světovém turnaji ve fotbale. Vyšlo najevo, že dříve hrával amatérsky fotbal na vysoké úrovni.
3. Navážu kontakt s provozovateli obchodů a stánkaři v místech, kde se Wilbert nejčastěji potuluje. Zavolají mi, když se bude něco dít, např. když Wilbert začne někoho slovně napadat.	Pomohou mi formou skupinového koučování, abychom společně našli širší spektrum možných přístupů pro vytvoření „mobilního (flexibilního) podpůrného systému“.	Skupinové koučování je naplánováno na 17. 10. ve velké zasedací místnosti.
4.		

<sup>10</sup> © J.P. Wilken en D. den Hollander (2010)



Jestliže pacientovu/klientovu situaci vyhodnocujeme z hlediska jeho silných stránek, ptáme se jej rovněž, co v jeho případě v minulosti fungovalo, a pracujeme s tím při plánování jeho zotavení. Lidé budou přirozeně mnohem více využívat strategie, na které přišli sami nebo které si sami vypracovali, než ty, které jim naordinoval někdo jiný. Proces zotavení přiznává pacientovi/klientovi „privilegium riskovat, nebo lépe zkusit nové věci“ a „právo selhávat“. V souladu s tím povzbuzují pracovníci klienty k sestavování svých osobních krizových plánů, jako například předem vyslovená přání pro řešení nouzových situací. V ideálním případě takové plánování řídí sám klient, plán je ovšem vypracováván ve spolupráci s celým týmem, aby se na předcházení krizím, nebo na jejich případném řešení mohli podílet všichni členové týmu (pokud tomu není výslovně jinak, dle žádosti pacienta). Plány obsahují podrobné instrukce ohledně toho, jaké intervence a postupy si klient přeje či preferuje pro případ krize, čímž se radikálně zvyšují šance, že si klient bude moci zachovat určitou míru autonomie i ve chvíli, kdy mu budou jeho práva odírána. Jakmile je plán hotov, je k dispozici klientovi i personálu obou týmů.

Z metodiky CARE využijeme **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. Minulé, ne vždy příjemné zážitky spojené s léčbou a pobytem na lůžku, postihující pacientovu citlivost i pozitivní zkušenosti (na co klient slyší) jsou v plánu uvedeny tak, aby tým akutního oddělení mohl lépe při případné další hospitalizaci péči o klienta organizovat v partnerském prostředí. Využitím těchto základních nástrojů společně s klientem a pracovníkem lůžkového zařízení i komunitní služby je zajištěno komplexní mapování a plánování zotavení klienta. Metoda CARE pak nabízí řadu dalších nástrojů, které v případě potřeby mohou být pro pracovníky a klienta vhodně využity (např. Přehled možností volby, Karta sociální sítě atd.). Podrobněji najdete celý koncept přístupu a škálu metodických nástrojů ve dvou knihách, které doporučujeme pro vaši práci využívat. Jsou k dispozici i v elektronické podobě u metodika multidisciplinarity, či krajského koordinátora reformy:

Davidson, L. a kol.: Praktický průvodce Praxí orientovanou na zotavení, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2017, ISBN: 978-80-906574-0-3

Hollander, D. den, Wilken, J. P.: Podpora zotavení a začlenění Úvod do metodiky CARE, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2016, ISBN: 978-80-260-9945-1





<b>PLÁN ČASNÝCH VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ<sup>11</sup></b>		jméno: datum sestavení plánu: datum vyhodnocení:		
Fáze	<i>Příznaky, jak je vnímám já</i>	<i>Příznaky, jak je vidí ostatní</i>	Co mám udělat já	Co mají udělat ostatní
<b>Zelená</b>	Cítím se dobře, chodím do práce, poslouchám rockovou muziku. Zajímám se o události kolem a užívám si kontakt s ostatními.	Frank chodí do práce, dává si kávu se spolubydlícími, dívá se na aktuální programy v televizi, pročítá noviny. Vzájemně si rozumíme.	Ujistit se, že mé dny mají řád. Být v souladu sám se sebou, aktivně udržovat kontakt s lidmi, kteří jsou pro mě významní, jako Wiliam (bratr) a Elsa a Jack (spolubydlíci).	Udržovat se mnou kontakt, aniž by na mě vyvíjeli tlak, např. přesvědčováním o tom, co je pro mě dobré.
<b>Oranžová</b>	Začínám se cítit pod tlakem a podrážděný z toho, co se děje ve světě. Zůstávám večer déle vzhůru a vyhledávám informace na internetu.	Frank začíná stále více poslouchat bluesovou muziku a často využívá internet. Vzájemné porozumění začíná být problematictější.	Poslouchat třetí album Led Zeppelin: to mě uklidňuje. Zeptat se Elsy a Jacka, jestli by za mnou nechtěli častěji zajít a dát si se mnou kafe. Zavolat častěji mému bratrovi Wiliamovi, když bude potřeba, tak každý večer. Být svědomitý co se týká plnění mých denních aktivit. Navštěvovat skupinu vedenou peer pracovníkem.	Když bude potřeba, Rita mi může nabídnout medikaci, ale když nebudu souhlasit, nemá oprávnění mě nijak dále nutit. Když bude mít Rita pocit, že se mi nedaří moc dobře, promluví si o tom s Wiliamem, Elsou a Jackem.
<b>Červená</b>	Nejsem již schopen oprostít se od světových katastrof a neustále na ně myslím. Ostatní lidé na mě stále více naléhají a já se stavím proti.	Frank už nedokáže spát, je neustále zahlcený přesvědčováním ostatních a neposlouchá, co mu druzí říkají. Poslouchá pouze heavy metalovou hudbu. Vzájemné porozumění není žádné.	Jsem zahlcen úzkostí a strachem. Přes to všechno potřebuji najít bezpečné útočiště, ale nejsem toho schopen sám. V takové situaci je mým cílem pravidelně jíst, jinak bych byl zesláblý a cítil bych se ještě hůře.	Rita se mnou tráví co nejvíce času, jak jen je to možné, protože se cítím klidnější v její přítomnosti. Quincy (moje psychiatrická sestra) mi nabídne zvýšení medikaci. Pokud bych musel být hospitalizován, Rita mě doprovodí. Rita mluví co nejméně a v komunikaci se zaměřuje pouze na fakta, protože jinak se rychle dostanu do větší nepohody.
<b>Důležité informace</b>	V minulosti Frank prošel rozvodem, ale ovlivnilo ho to na mnoho let. Nehledě na to, jak naléhavý a nátlakový Frank dokáže být, nikdy nemá zlé či zákeřné úmysly vůči ostatním lidem.			

<sup>11</sup> © J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011; založeno na Van der Werf e. a., 1998)



# PRVNÍ ÚROVEŇ SPOLUPRÁCE – MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM 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.

## 1. HLAVNÍ CÍL

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.

## 2. Dílčí cíle

**2.1 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.

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

**2.3** 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.

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

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

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

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

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



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

**2.10 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 až 76 hodin.

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

## 3. POSTUP ZAVÁDĚNÍ – OPATŘENÍ

### 3.1 TÝMY NA ODDĚLENÍ

Výchozím dokumentem je popis **současného řízení oddělení jak akutní, tak následné péče**. Je vyjednáván postup, jak do současného chodu oddělení **implementovat týmový, multidisciplinární** způsob práce, na kterém se dohodnou všichni členové týmu spolu s vedením daného oddělení. Změny se týkají především opatření uvnitř organizace jednoho oddělení. Opatření jsou v těchto oblastech:



### **Opatření 1**

Ustanovení zaměstnance, který bude mít zavedení a koordinaci multidisciplinárního přístupu na oddělení na starosti.

### **Opatření 2**

Ustavení členů týmu, ustavení rolí a odpovědností jednotlivých členů týmu s využitím jejich specializací, pověření člověka, který bude odpovědný za vedení týmu, vytvoření týmových hodnot a postojů.

### **Opatření 3**

Zavedení principu case managementu a s tím spojené zavedení role klíčového pracovníka. Vytvoření kompetencí case manažera v týmu a na oddělení, vytvoření potřebné časové dotace, integrace obsahu této činnosti do pracovních úkolů a náplně, zajištění finančního ohodnocení.

### **Opatření 4**

Ustavení systému týmových multidisciplinárních porad s přímou participací pacienta/klienta, jejich frekvence a obsah. Nalezení efektivního systému pro zapojení člověka s duševním onemocněním do jednání týmu o něm

### **Opatření 5**

Zavedení principu sdílení informací a vedení dokumentace pro všechny členy týmu.

### **Opatření 6**

Zavedení procesů pro tvorbu plánu zotavení spolu s pacientem a jeho rodinou.

### **Opatření 7**

Zavedení multidisciplinární spolupráce 2. úrovně – propojení na spolupráci s CDZ či komunitními týmy.

### **Opatření 8**

Zavedení principu supervizí a případových konferencí pro všechny členy týmů.

Další opatření, které tým pro svoji práci multidisciplinární shledá důležitými.



**Opatření 1. Ustanovení člověka, který bude mít zavedení a koordinaci multidisciplinárního přístupu na oddělení na starosti.** Uvnitř týmu oddělení je třeba zvolit pracovníka, který bude za koordinaci multidisciplinárního přístupu odpovědný. Odpovědnost se snoubí s možností pracovníka rozdělovat a organizovat práci jednotlivým členům týmu. Je tedy vhodné, když je lídrem např. staniční sestra.

**Opatření 2. Ustavení členů týmu, ustavení rolí a odpovědností jednotlivých členů týmu s využitím jejich specializací, pověření člověka, který bude odpovědný za vedení týmu, vytvoření týmových hodnot a postojů.** Ze zahraničních zkušeností vidíme, že je efektivní, když členem týmu konkrétního oddělení a území je lékař, sestra, staniční sestra, sociální pracovník, či sociálně zdravotní pracovník, psycholog v případě potřeby i jiná profese. Ustanovením vedení týmu může být pověřen kdokoliv z týmu, kdo má „talent“ vést tým a jehož silnou stránkou jsou organizační schopnosti. Ze zahraničních zkušeností víme, že vedením týmu jsou často pověřovány sestry. Osvědčuje se i model, kdy se ve vedení týmu pracovníci střídají. Kompetence členů týmu je při zavádění multidisciplinárního přístupu „ořehavým“ tématem. Je klíčové „posílit“, nebo spíše narovnat kompetence sester pro péči v psychiatrii, které mají předpoklad být nositelkami case managementu v multidisciplinárním týmu. Klíčovou úlohou managementu týmu, oddělení či vedení nemocnice je zanalyzovat pracovní náplně sester, zajistit **efektivnější využití jejich kompetencí a dovedností a časové dotace** ve prospěch case managementu a multidisciplinární práce. Nový způsob týmové práce klade důraz na maximální využití všech profesí v týmu v souladu s jejich odbornými kompetencemi, což nelze realizovat v nezměněných podmínkách současného řízení oddělení.

Důležitým předpokladem, ne však jediným, pro zavedení týmové MT práce je analýza směřující k posouzení efektivního využívání jednotlivých profesí v týmu se zaměřením na otázku, zda využíváme dobře dovedností a talenty jednotlivých členů týmu ve světle zavádění multidisciplinárního přístupu. V analýze se ptáme na to, jak posilovat kompetence členů týmu, především sester a to směrem ke case managementu, jak využíváme současný systém porad na oddělení, současné nastavení vizit, jak můžeme prostřednictvím neformálního sdílení informací zapojit členy týmu do hlavního proudu týmové práce. Analyzujeme také celkové rozvržení dne oddělení a další. V rámci implementace metodiky MT bychom rádi spolupracovali s odděleními a týmy, které budou motivovány integrovat multidisciplinární týmovou práci do svého chodu.

Klíčovým momentem, který jsme popsali výše, pro zavedení case managementu, je efektivní využití práce sester, a to jak sestry všeobecné, tak sestry pro péči v psychiatrii. Pro přehlednost jsme vybrali vymezení náplně práce sestry pro péči v psychiatrii, která vymezuje řadu kompetencí, jež sestra má a může realizovat. Současné vymezení práce sestry pro péči v psychiatrii nám dává prostor a naději, že můžeme změnu dosáhnout našimi stávajícími prostředky a nejsme odkázáni na legislativní změny. Naplněním činností sestry pro péči v psychiatrii se přiblížíme aktivitám, které považujeme pro zavádění multidisciplinárního přístupu za klíčové a pokud je můžeme naplnit manažerským rozhodnutím, které učiní kompetentní managementy, je naplnění vždy jednodušší, než usilovat o legislativní změny.



Citace Vyhlášky 55/2011 Sb., Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků:

§ 64

### **Sestra pro péči v psychiatrii**

*Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu.*

*Dále může*

#### **a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře**

- 1. provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,*
- 2. koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí,*
- 3. sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize,*
- 4. napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit,*
- 5. provádět psychoterapeutickou podporu,*
- 6. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí;*

#### **b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře**

- 1. provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,*
- 2. poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,*
- 3. sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí,*
- 4. informovat lékaře, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí;*



**c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa**

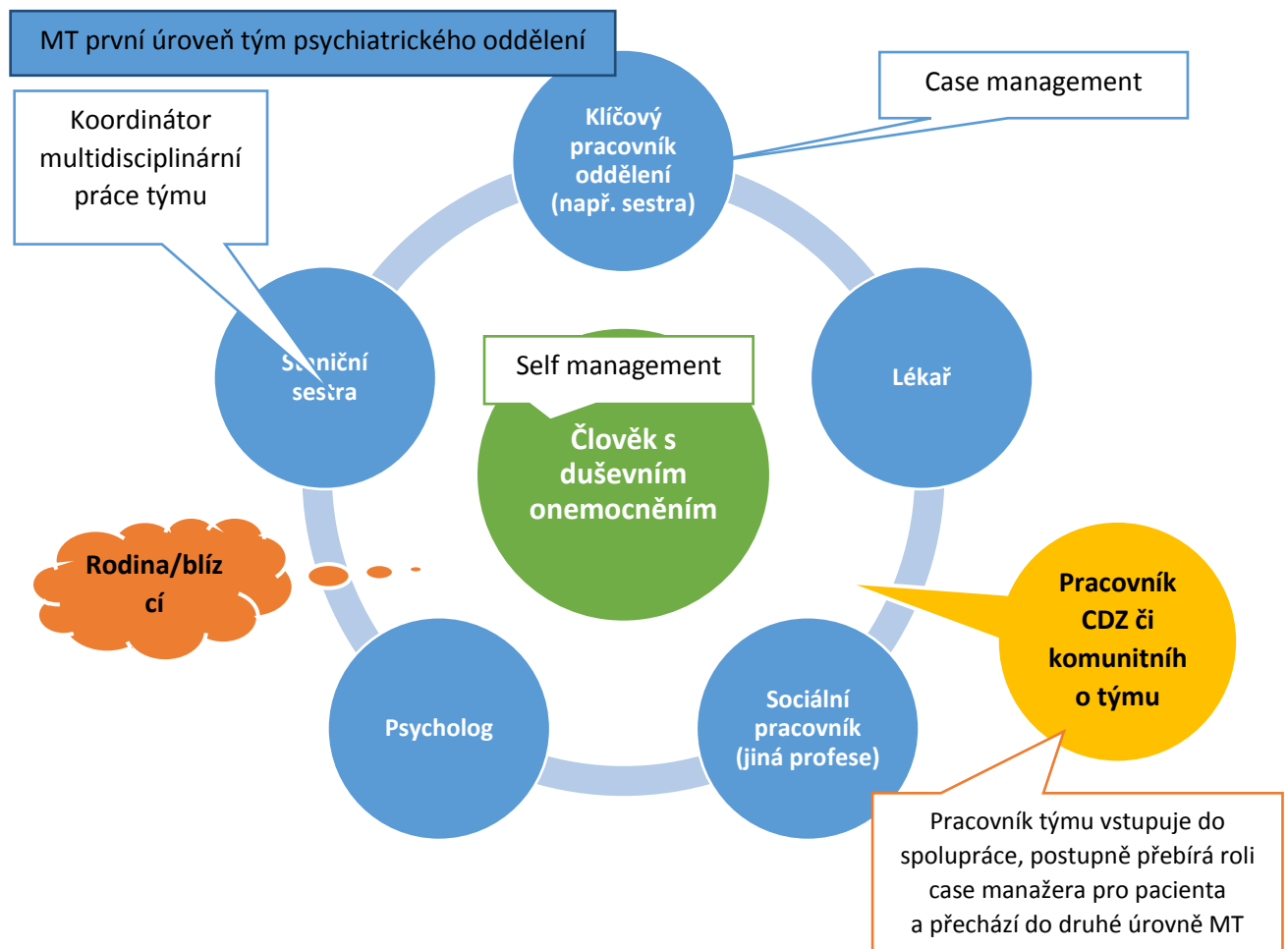
1. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,
2. v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině,
3. používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
4. zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení.

Společná **formulace hodnot a postojů** týmu je často opomíjenou činností, jako by všem bylo zřejmé, jaké hodnoty a postoje v týmu sdílíme. V praxi se nám pak stává, že při rozhodování o podpoře a intervencích mají různé profese v týmu rozdílnou představu o tom, jakou podporu a intervenci realizovat. Na počátku je proto žádoucí hodnoty a postoje ozvučit, vyjednat si vzájemné porozumění v týmu, dojednané hodnoty a postoje napsat na veřejně dostupné místo a následně postupně integrovat do pracovních postupů, manuálů ale především intervencí, které tým v praxi bude realizovat. Následně naplňování postojů a hodnot podrobit pravidelné evaluaci a integrovat je do managementu kvality v daném zařízení.

**Opatření 3. Zavedení principu case managementu a s tím spojené zavedení role klíčového pracovníka.** Z výše popsané činnosti sestry pro péči v psychiatrii, především v odstavci a) v bodu 2, vyplývá, že dle současné legislativy můžeme postupně zavádět do týmu roli case manažera, kde nositelem může být setra, na což je potřeba nastavit organizační uspořádání chodu oddělení. Sestra jako klíčový pracovník spolu s pacientem a jeho rodinou vytváří plán zotavení a koordinuje aktivity zaměřené na jeho naplnění, včetně zapojování dalších členů týmů i dalších zdrojů. Pro zavedení multidisciplinárního přístupu v týmu je tento proces klíčovým. Mít vzdělání sestry pro práci v psychiatrii, či sociálního pracovníka je jedním, nikoliv však jediným předpokladem k plnohodnotnému case managementu. Člověk, který bude realizovat case management orientovaný na zotavení, musí profesionálně věřit ve smysl a naději v zotavení se z duševního onemocnění. Praxe proto přináší řadu příběhů, kdy člověk, u něhož je absence specializačního vzdělání je lepším case manažerem, než člověk s vysokou specializací. Nerozporujeme zde hodnotu dosaženého vzdělání, jen víme, že k práci s lidmi je potřeba také **talent**. Nechceme proto uzavírat roli case manažera i pro jiné profese, než jsou sestry, či sociální pracovníci. Jsme si ale vědomi toho, že ve zdravotní péči, budou sestry stěžejními naplňovateli této role. Během naší společné práce chceme vést diskusi nad tímto problémem, stejně tak diskutovat o roli v case managementu u sestry všeobecné a sestry se specializací pro práci v psychiatrii. Ve třetí verzi metodiky bychom formou příloh rádi popsali společné výstupy z této práce.

**Příklad z praxe:**

Na akutním lůžkovém oddělení má každý pacient určenou sestru, která přebírá roli klíčového pracovníka. Rozdělení jednotlivých pacientů mezi sestry koordinuje staniční sestra tak, aby byly počty vyrovnané, a to i s ohledem na rozsah potřeb, závažnost stavu pacienta a míry již navázané spolupráce mezi sestrou a pacientem. Sestra, v roli klíčového pracovníka, hodnotí funkční schopnosti pacienta, společně stanoví deficit jeho potřeb a reálné možnosti plánu dalšího postupu. Příklad pacienta pravidelně přináší na týmovou poradou. Je case manažerem pro pacienta, a to i při spolupráci na druhé úrovni multidisciplinarity, tedy ve spolupráci s CDZ či komunitními týmy.



Obr. 2: Složení MT týmu oddělení a role jednotlivých členů:





**Opatření 4. Ustavení systému týmových multidisciplinárních porad s přímou participací člověka s duševním onemocněním, jejich frekvence a obsah.** Na oddělení je možné využít již současné systémy porad a vizit. Na každém oddělení již probíhá řada činností, kde se setkávají pracovníci daného oddělení. Procesy je možné využít nově, dát jim týmový multidisciplinární charakter a nový způsob řízení. Pro multidisciplinární týmovou práci je klíčové ustavení každodenních porad, kde jsou přítomni všichni členové týmu uvnitř daného oddělení. Porada je určená ke vzájemnému předávání informací o pacientech a stručné domluvě dílčích intervencí jednotlivých profesí. Na odděleních následné péče je porada cca 1x týdně a je prioritně spojená především s prací virtuálního týmu, kde dochází k propojení na MT již druhé úrovně. Strukturu porady si každý tým může organizovat podle své potřeby. Jako příklad může sloužit následující struktura:

- ✓ informace o pacientech k plánovanému přijetí a určení, kdo zajistí jejich vyšetření
- ✓ stručná informace o přijatých pacientech z předchozího dne
- ✓ sdílení důležitých informací o hospitalizovaných pacientech (plánované překlady, vyšetření, důležitá pozorování, nové informace o situaci klientů, jejich úspěchy na cestě zotavení, nové informace od rodiny aj.)
- ✓ případné základní informace o tom, co se daří (včetně informací o propuštěných pacientech)
- ✓ hlubší diskuse nad vybranými, složitějšími případy. U zcela nespolupracujících pacientů, kteří odmítají hospitalizaci i léčbu, je třeba intenzivnější spolupráce týmu, motivačních intervencí zaměřených na okolnosti přijetí k hospitalizaci, na rodinu a blízké osoby nebo další faktory, které by mohly spolupráci zlepšit.
- ✓ na setkání MT jsou probíráni i ti pacienti, u nichž je pracovníky oddělení zvažován překlad na lůžko následné psychiatrické péče. Prioritně jsou hledány alternativy, jak tomuto předejít.
- ✓ 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.
- ✓ evaluace individuálního plánu péče.
- ✓ informování o zahájení spolupráce s CDZ či komunitním týmem (zkušenost ze zahraničí poukazuje na včasnost zahájení spolupráce). Tento přístup je možné charakterizovat myšlenkou „den propuštění začíná dnem přijetí“. Je tedy odpovědností profesionálů včasnou spoluprací zabezpečit kontinuitu péče.
- ✓ informační tabule – každodenní aktualizace informační tabule.



**Opatření 5. Zavedení principu sdílení informací a vedení dokumentace pro všechny členy týmu.** V duchu opravdového partnerství a transparentnosti mají všechny strany přístup k totožným informacím, aby odpovědnost za plán zotavování mohli nést všichni zúčastnění. Pacientům/klientům jsou automaticky nabízeny kopie písemné podoby plánů zotavení, výsledků vyhodnocování a zpráv o průběhu jejich zotavování. Když všichni v týmu vědí předem, že dokumentace plánování bude k dispozici všem zúčastněným, je to jednoduchá a účinná strategie, jak ovlivnit nejen jazyk plánu, ale i jeho obsah co do záměrů a cílů. **Informační tabule:** Vytvoření a každodenní používání a aktualizace přehledného informačního systému o klientech/pacientech formou tabule. Systém musí jednoduše a rychle poskytnout informace o klientech/pacientech týmu, fázích, v kterých se člověk nachází (příjem, krize, hospitalizace, proces propouštění atd.), kdo je klíčový pracovník, informace o klíčových intervencích, o které je potřeba se postarat (krizové návštěvy, depotní medikace aj.) Tabule je umístěna tak, aby byla dodržena ochrana osobních údajů pacientů/klientů.

**Opatření 6. Zavedení procesů pro tvorbu plánu zotavení spolu s pacientem a jeho rodinou.** Individuální plánování jsou realizovaná opakovaným setkáváním a rozhovory pacienta/klienta s klíčovým pracovníkem, který je v roli case managera. Po přijetí člověka k hospitalizaci je prioritou pro klíčového pracovníka hovořit s pacientem a navázat s ním důvěryhodný vztah, zhodnotit aktuální funkční schopnosti a deficit potřeb. Klíčový pracovník a pacient vedou dialog o různých oblastech jeho života, o potřebě změny a reálných možnostech. Součástí je i vyjednávání podpory o motivaci pacienta/klienta ke spolupráci s poskytovateli komunitní péče. Rozhovory a postupné vyjednávání podpory a intervencí se postupně vyvíjí v individuální plánování, realizuje se opakovaně dle potřeb, schopností a stavu pacienta. Revize nastaveného plánu realizuje klíčový pracovník spolu s pacientem minimálně jednou za 7 dnů s pravidelnou dokumentací. Jako metodu lze využít některé z nástrojů metodiky psychosociální rehabilitace **CARe** (Comprehensive Approach to Rehabilitation), či jiné nástroje, např. kolo života.

Klíčový pracovník probírá s pacientem i možné **časné varovné příznaky a předem vyslovená přání**. Jde o rozhovor na téma, co budu dělat, pokud se objeví některý z časných varovných příznaků, vedou spolu rozhovor o předem vyslovených přáních. Vše je postupně zaznamenáno **do individuálního (krizového preventivního plánu)**. Při ukončování hospitalizace klíčový pracovník kopii plánu s písemným souhlasem klienta předává do centra komunitní péče, či komunitnímu týmu, kde pacient navázal spolupráci, a ambulantnímu psychiatrovi.

**Opatření 7. Zavedení multidisciplinární spolupráce 2. úrovně v propojení na spolupráci s CDZ či komunitními týmy.** Příprava propouštění klientů je plánované celým multidisciplinárním týmem. O propuštění a překládání člověka je rozhodováno společně na poradě týmu, společně s ním. Propuštění pacienta je ve „správný čas“ vyjednáváno i s CDZ či komunitním týmem. Pokud je plánováno propuštění pacienta do míst, kde není fungující komunitní tým, je žádoucí, aby nejbližší komunitní tým alespoň zprostředkoval navázání na potřebné služby, které v místě bydliště existují. Dále viz následující text, multidisciplinární spolupráce 2. úrovně.

**Opatření 8. Zavedení principu supervizí a případových konferencí pro všechny členy týmů.** U komplikovaných pacientů je třeba zavést tzv. případové multidisciplinární



konference, které tým motivují k hledání optimální terapie a podpory pacienta. Na případové konferenci jsou přítomni nejlépe všichni pracovníci týmu, kteří pracují s daným pacientem. **Intervize a supervize týmu jsou metodickou součástí MT spolupráce.** Alespoň jednou za tři měsíce probíhají intervizní či supervizní setkání určená k řešení problematických situací ve vztahu k pacientům a jejich blízkým nebo i vztahů uvnitř týmu. Těchto setkání by se měli účastnit všichni pracovníci týmu. Intervizní setkání je snazší zorganizovat. Supervize zajištěná neutrální, v dovednosti supervize proškolenou osobou zajišťuje větší nadhled zvláště nad týmovou problematikou.

## 3.2 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ – KOMUNITNÍ TÝMY

Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Právě tímto pilířem se rozšiřuje systém péče v ČR a přibližuje ji tak pacientům/klientům s duševním onemocněním. CDZ poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným – Severe Mental Illness (SMI), koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů/pacientů v jejich přirozeném prostředí. Je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem CDZ vytváří potřebné programy, zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Multidisciplinární tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům/pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby. Při zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů (recovery), spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.

Pro dobu, kdy klient bude veden týmem CDZ, bude ošetřujícím lékařem pacienta/klienta psychiatr CDZ. Výjimku tvoří pacienti, kteří odmítají přejít k jinému psychiatrovi, a toto by bránilo poskytování indikované péče CDZ. Nicméně kontakt mezi pacientem/klientem a jeho ambulantním psychiatrem by neměl být zcela přerušen, aby bylo možno po propuštění klienta z péče CDZ zajistit jeho následnou ambulantní péči, stav pacienta by měl být vzájemně konzultován.



## Opatření, která povedou k nastavení multidisciplinární týmové práce CDZ či komunitního týmu:

### Opatření 1

**VEDOUcí TÝMU:** Ustanovení vedoucího týmu. V počátku rozvoje týmu, respektive spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků, může nastat situace, kdy je strategicky a politicky složité určit jen jednu osobu (sestru či sociálního pracovníka). Na přechodnou dobu mohou být „dva vedoucí“, nicméně je důležité definovat jejich vzájemné role, zodpovědnosti a způsob spolupráce.

### Opatření 2

**PORADY:** Zavedení každodenních porad, kde jsou přítomni všichni členové týmu. Jasně definovat a hlídat čas, který je věnován technickým věcem a který je věnován klientům. „Technické problémy“ mají tendenci zabírat čas, který má být věnován klientům. Vyjasnit roli vedoucího porad (strukturace více než řízení) a určit osobu, která poradou vede. Je s výhodou, pokud se v této roli jednotliví členové

### Opatření 3

**INFORMAČNÍ TABULE:** Vytvoření a každodenní používání a aktualizace přehledného informačního systému o klientech (tabule). Systém musí jednoduše a rychle poskytnout informace o klientech týmu, fázích, v kterých se klienti nacházejí (příjem, krize, hospitalizace, proces propouštění atd.), kdo je klíčový pracovník, případně o klíčových intervencích, o které je potřeba se postarat (krizové návštěvy, depotní medikace aj.).

### Opatření 4

**CASE MANAGEMENT (CM):** Zavádění principu case managementu může probíhat v krocích, se stanoveným časovým harmonogramem, pokud je to možné. Sociální pracovníci mají povětšinou více zkušenosti s rolí CM, včetně práce týkající se na zotavení orientovaného individuálního plánování než zdravotnický personál. Na počátku probíhá velká spolupráce a edukace členů týmu. Roli case managementu v týmu mají jak sociální pracovníci, tak sestry. Zvláště v počátku rozvoje týmu je vhodné pacientovi/klientovi nabídnout i participaci klíčového

### Opatření 5

**VIZE, POSLÁNÍ, METODY PRÁCE:** V rámci celého týmu pracovat na definici filosofie a metodách práce týmu včetně aplikace principů zotavení do konkrétní praxe. Tyto oblasti je potřeba pravidelně hodnotit, revidovat, a pokud je to potřeba, také upravovat. Za účelem této práce je dobré mít cca jednou za 6 měsíců týmový



### Opatření 6

**SPOLUPRÁCE S RELEVANTNÍMI PARTNERY:** Definovat všechny potřebné partnery a zdroje (zdravotní a sociální služby, služby komunity, potencionální zaměstnavatelé klientů, sociální odbor samosprávy, policie atd.), které jsou potřebné k celostní práci týmu. Definovat kroky jakými bude tato spolupráce utvářena a udržována. Zde dochází již k propojování na MT 2. úrovni.

### Opatření 7

**INTERVIZE – SUPERVIZE.** Je zaveden pravidelný čas věnovaný intervizím a to jak v celém týmu, tak případně v menších skupinách (ke konkrétnímu klientu). Nicméně intervize nemůže nahradit role „externí“ nezávislé supervize“, která je nezbytnou komponentou práce týmu. Supervize bude zaměřena jak na případová, tak i týmová témata

### Opatření 8

**STABILITA ČLENŮ TÝMU:** Pro dobrý chod týmu je zapotřebí jistá personální stabilita. Pokud dochází k vyšší fluktuaci, je zapotřebí hledat její příčiny a snažit se je odstranit. U nově přichozích členů týmů, zvláště pokud nemají zkušenost s prací v multidisciplinárním týmu (CDZ), je důležité zajistit jejich hladké zařazení, mimo jiné formou individuálního mentoringu.

### Opatření 9

**TEAMBUILDING:** Je zapotřebí se cíleně starat o kulturu týmu, týmové komunikace atd. Jedním z nástrojů jsou teambuildingové aktivity.

### Opatření 10

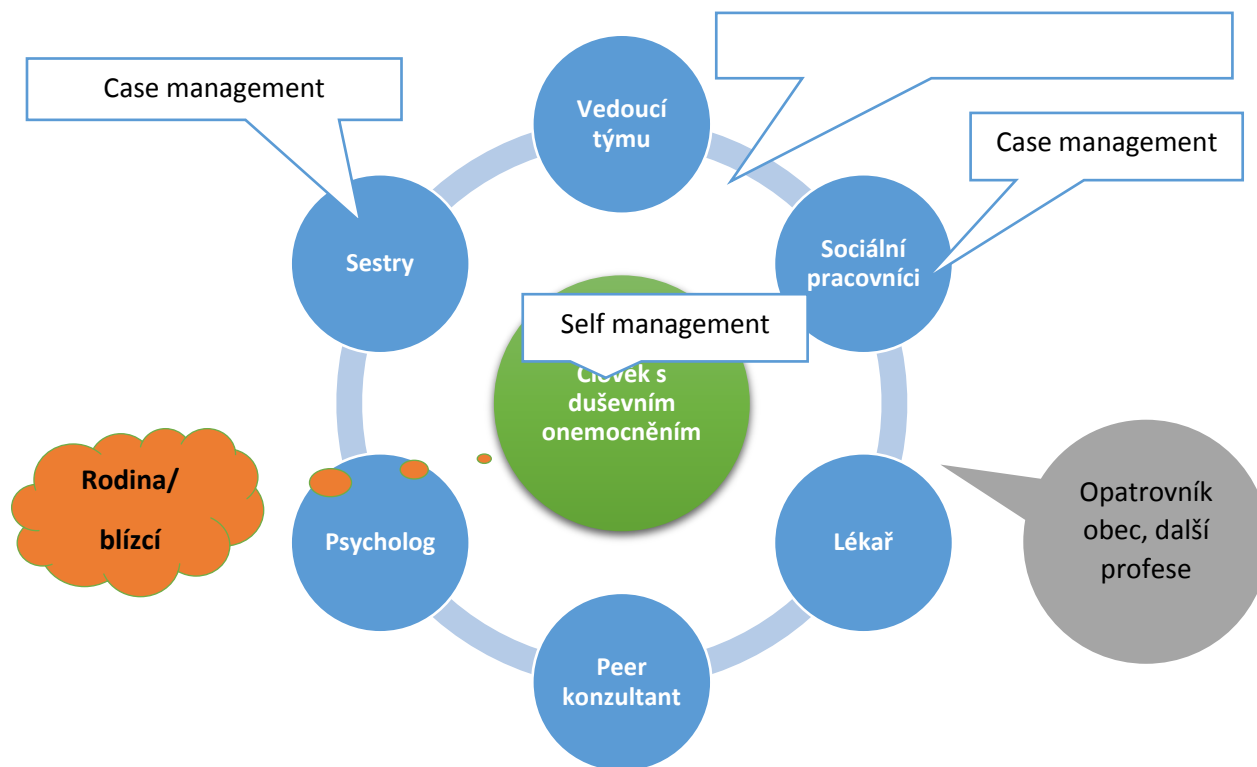
**STÁŽE:** V počáteční fázi rozvoje týmu zařídit stážování členů týmu v místech, kde

### Opatření 11

**INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁNY:** Pravidelně probíhá hodnocení vzdělávacích potřeb jak jednotlivců, tak týmu jako celku. Je hodnoceno, jaké dovednosti a znalosti jsou zapotřebí, aby tým jako celek ovládal možnou problematiku pacientů (např. práce s lidmi s duální diagnózou, s hraniční poruchou osobnosti, práce s rodinou atd.), případné mezery jsou zaplňovány v individuálním vzdělávacím programu

Další opatření, které týmy shledají podstatnými....

**MT první úroveň tým Centra duševního zdraví/komunitního týmu**



Obr. 3: Multidisciplinární tým



## **Závěrečné desatero otázek**

- 1. Máte zpracovaný popis současného způsobu řízení oddělení, dohodli jste se na modernějším využití porad a vizit, podařilo se vám určit člověka, který bude mít MT spolupráci u vás na starosti?**
- 2. Podařilo se vám ustavit členy týmu a definovat jejich role, odpovědnosti a kompetence?**
- 3. Vyjednali jste si vzájemně hodnoty a postoje, podle kterých se tým bude rozhodovat?**
- 4. Podařilo se vám seznámit se s principem case managementu a zavést ho do práce týmu prostřednictvím klíčových pracovníků?**
- 5. Máte zavedený pravidelný systém porad pro celý tým?**
- 6. Má váš tým přístup k potřebným informacím, které může vzájemně sdílet, máte přehlednou tabuli, která poskytne celému týmu rychlé informace?**
- 7. Rozhodli jste, jaké metodické nástroje budete používat pro plánování zotavení pacienta, a máte plánování integrováno do dokumentace pacienta?**
- 8. Máte prostory a vyhrazený čas na rozhovory a plánování s pacientem a spolupráci s jeho rodinou?**
- 9. Dali jste svému týmu prostor pro zasíťování s jinými provozovateli služeb?**
- 10. Děláte vyhodnocení toho, jak jste spolu s pacienty úspěšní?**



# DRUHÁ ÚROVEŇ SPOLUPRÁCE – VIRTUÁLNÍ TÝM; MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE MEZI DVĚMA 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 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.

## 1. HLAVNÍ CÍL

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. Pobyt 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.

## 2. DÍLČÍ CÍLE

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

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

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

**2.4** 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 nejsnadněji dosaženo, pokud je pacient/klient účastníkem jednání obou týmů.

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

**2.6** 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).





**2.7** 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 nespolupracuje. Respektive k hospitalizaci dochází až poté, kdy byly vyčerpány všechny možnosti podpory klienta/pacienta v jeho přirozeném prostředí.

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

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

**2.10** 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.

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

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

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

**2.14** 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.

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

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

**2.17** **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.



**2.18** Mezi týmy existuje systém **bezpečného sdílení informací**.

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

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

### **Příklad dobré praxe: dopis od pacientů pacientům**

Dobrý den, ahoj,  
rádi bychom vám všem, kdo máte podobnou zkušenost s duševním onemocněním jako my, sdělili své zážitky a popsali svůj život, který se zlepšil díky spolupráci a spojení lidí z psychiatrické kliniky a Centra Podskalí, kde pracuje tým Fokusu Praha.  
V Centru Podskalí i na klinice pracují lékaři – psychiatři, zdravotní sestry, některé jsou i specializované v oboru psychiatrie, sociální pracovníci a psychologové. Na klinice je také oddělení rehabilitace, kde probíhají různé aktivity a tréninky dovedností pro skupiny i jednotlivě, účast je podle toho, co je pro člověka důležité a přispívá k brzkému propuštění z hospitalizace. Abychom nemuseli trávit v nemocnici moc času, nabízí sestry i lékaři z kliniky možnost společného rozhovoru s lidmi, kteří poskytují podporu duševně nemocným po propuštění z hospitalizace, to je třeba Centrum Podskalí. Tito lidé chodí na kliniku za nemocnými již během hospitalizace, spolu pak vymýšlíme, jak se zas jednoduše vrátit domů, do práce nebo do školy, kam chodit na kontroly, co dělat ve volném čase nebo z čeho vlastně žít. Tým Fokus Praha má také peer konzultanty, což jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním, a proto mají větší pochopení, trpělivost a vědí, jak všechno vysvětlit nebo vám řeknou, jakou mají svou zkušenost, například s depotními injekcemi nebo žádostmi na úřadech. Centrum Podskalí nabízí pomoc při různých potížích, spojených s duševním onemocněním, pracuje tam řada lidí různých profesí a všichni se navzájem informují o potřebách nás klientů. To poznáte snadno, protože není v centru nikdo, kdo by o klientech nevěděl. Poskytují profesionální pomoc a podporu, ale nepřipadáte si jako méněcenná osoba, jednájí vždycky s respektem a všechno je zdarma.  
Rozsah podpory a pomoci se plánuje podle naší aktuální situace a mých potřeb, věnují se mi vždycky individuálně a společně se snažíme o nastavení reálných cílů. Nabídka je široká a značně individuální, protože každý potřebujeme něco jiného. Ale můžeme jejich nabídku shrnout, poskytují:  
ambulantní psychiatrickou péči, terénní psychiatrickou péči, doprovody k lékařům i na úřady, odborné sociální služby  
v oblastech práce a zaměstnávání, pomoc s bydlením, nabídku volnočasových aktivit, krizovou pomoc.  
Rádi jsme oslovili i další klienty, které podporuje Centrum Podskalí nebo jiná podobná služba, a v pokračování tohoto motivačního projektu/dopisu najdete konkrétní popis jejich spolupráce a zkušenosti.  
Jestli se chcete přidat, uvítáme vaše příspěvky na...



### 3. POSTUP ZAVÁDĚNÍ – OPATŘENÍ

#### Opatření 1

ZASÍŤOVÁNÍ TÝMŮ VE „SPÁDOVÉM“ ÚZEMÍ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE

#### Opatření 2

VSTUPNÍ MOTIVAČNÍ SETKÁVÁNÍ SPÁDOVÝCH TÝMŮ A TÝMŮ V NEMOCNICÍCH

#### Opatření 3

USTAVOVÁNÍ VIRTUÁLNÍCH TÝMŮ

#### Opatření 4

VYJEDNÁNÍ NÁSTROJŮ PRO PLÁNOVÁNÍ. Metodika CARE

#### Opatření 5

INDIVIDUÁLNÍ SETKÁVÁNÍ S PACIENTEM A PLÁNOVÁNÍ V TRIÁDĚ KLÍČOVÝCH PRACOVNÍKŮ A PACIENTA

#### Opatření 6

STÁŽE A PŘÍPADOVÉ KONFERENCE

#### Opatření 7

VYHODNOCENÍ ÚSPĚŠNOSTI INTERVENČÍ

#### Opatření 8

ZHODNOCENÍ SPOLUPRÁCE VIRTUÁLNÍHO TÝMU

#### Opatření 9

PÍSEMNÁ SMLOUVA O SPOLUPRÁCI MEZI ORGANIZACEMI VE SPÁDOVÉM ÚZEMÍ



**Opatření 1 ZASÍŤOVÁNÍ TÝMŮ VE SPÁDOVÉM ÚZEMÍ NEMOCNICE.** Prvním krokem je zasíťování partnerských týmů, tedy týmů lůžkového zařízení a jeho partnerských – spádových komunitních týmů, nebo již vzniklých Center duševního zdraví. Pro tyto potřeby je zpracována databáze sítě komunitních týmů a CDZ, která je k dispozici prostřednictvím koordinátorů reformy na krajích. V každé psychiatrické nemocnici pracuje – metodik stáží a v každém kraji metodik multidisciplinárního přístupu. Obě tyto pozice jsou pro práci při zasíťování týmů i další práci při zavádění multidisciplinárního přístupu využitelné.

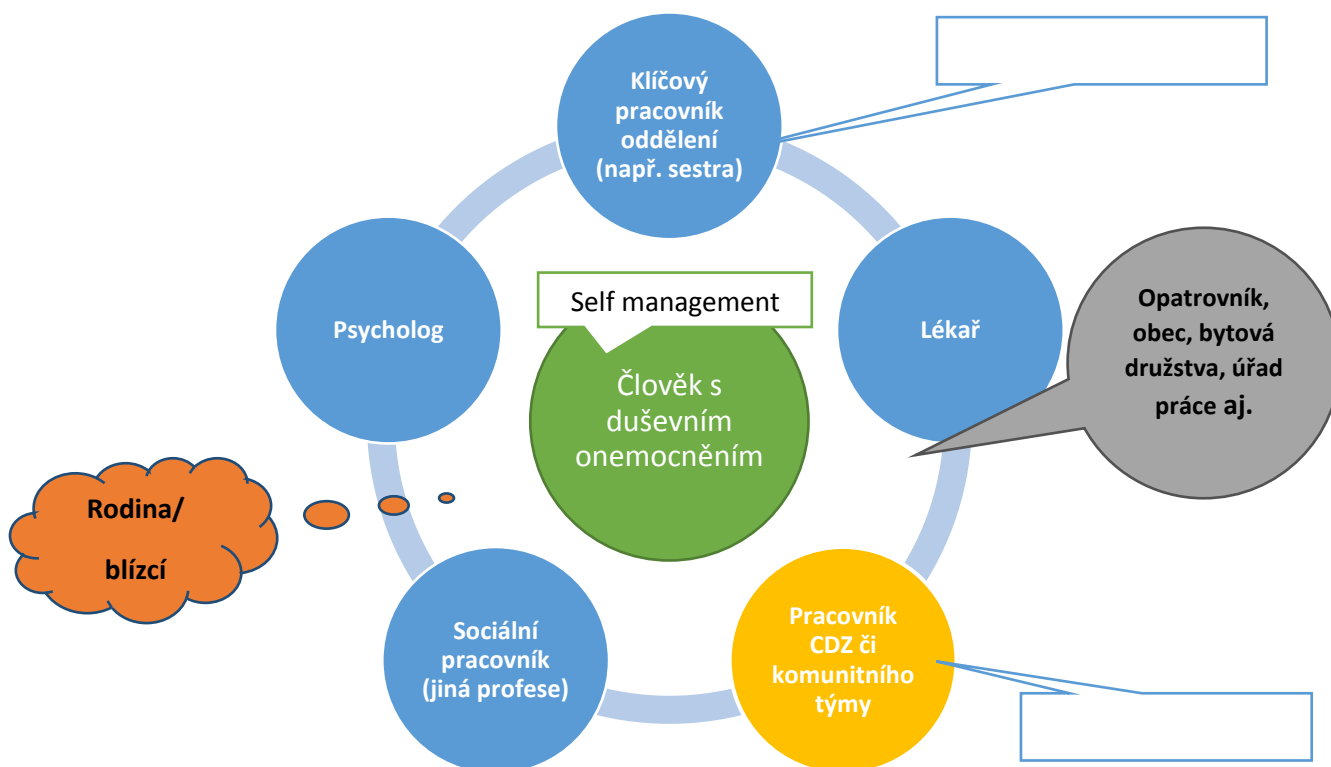
**Opatření 2 VSTUPNÍ MOTIVAČNÍ SETKÁVÁNÍ SPÁDOVÝCH TÝMŮ A NEMOCNICE**  
Druhým krokem je realizace několika setkání lůžkového zařízení psychiatrické nemocnice či všeobecné nemocnice s komunitními týmy ve spádové oblasti. Tato setkání organizuje metodik multidisciplinarity ve vzájemné spolupráci s krajským konzultantem reformy a specialistou transformace. V řadě míst již setkávání probíhají.

Pracovní setkání koordinuje metodik multidisciplinarity s metodikem stáží, obsahem setkání je:

- představení týmů,
- představení nemocnice,
- identifikace počtu pacientů dle spádových území – výstupy z cenzů PN a PL,
- audit již existující spolupráce včetně příkladů dobré praxe,
- vyjednání dohody, jak nastavit další spolupráci, jejímž obsahem by mělo být:
  - a) nastavení poměrně přesného plánu časového rozvrhu pro jednotlivá oddělení a komunitní týmy,
  - b) vyhrazení místa pro setkávání v psychiatrických nemocnicích, či odděleních akutní péče,
  - c) příprava vstupních podkladů bez osobní identifikace pacientů krátkodobě, střednědobě i dlouhodobě hospitalizovaných – s výstupy z hodnotících škál GAF, HONOS, AQoL, 8D,
  - d) týmové vyjednání s jakými pacienty se společně začne pracovat. Postupně by se mělo začít pracovat **se všemi pacienty se SMI** hospitalizovanými v psychiatrických nemocnicích dlouhodobě, střednědobě i krátkodobě,
  - e) propojení komunitních týmů na konkrétní oddělení, kde jsou pacienti hospitalizováni, dohoda s oddělením a jeho týmem a ustavení **virtuálního týmu**.

**Opatření 3 USTAVOVÁNÍ VIRTUÁLNÍCH TÝMŮ.** Jednotlivé organizace a týmy se vzájemně dohodnou, na jakém oddělení vytvoří virtuální tým. Postupně bude v psychiatrické nemocnici vyrůstat řada virtuálních týmů, a to i pro jiné cílové skupiny, než jsou SMI. Členem virtuálního týmu je klíčový pracovník realizující case management pacienta, lékař, psycholog, sociální pracovník či sociálně zdravotní pracovník, pracovník týmu CDZ či komunitního týmu a člověk se zkušeností s duševním onemocněním.

### MT druhé úrovně virtuální tým



Obr. 4: Multidisciplinární spolupráce druhé úrovně

Virtuální tým pracuje již na konkrétním oddělení, kde je pacient hospitalizován, a vzniká propojením týmu oddělení a centra duševního zdraví či komunitního týmu. Před ustavením jednotlivých členů týmu by mělo předcházet rozhodnutí managementu oddělení v nemocnici o aplikaci přístupu první úrovně multidisciplinární spolupráce. Minimálně o zavedení case managementu a směřování ke konceptu klíčového pracovníka, který bude nositelem case managementu na daném oddělení – viz předchozí text.

Pravidelná spolupráce probíhá jedenkrát týdně u akutních oddělení (ev. jednou za 14 dní u oddělení následné péče). Spolupráce se realizuje **pravidelně probíhajícími poradami virtuálního týmu, jejichž obsahem je:**

- ✓ plánování zařazování nových (aktuálně hospitalizovaných) klientů do péče komunitní služby
- ✓ plán – rekapitulace společného postupu s již zařazenými (stále hospitalizovanými) pacienty/klienty
- ✓ reference o vývoji situace společných pacientů/klientů kteří budou propouštěni z hospitalizace



- ✓ prezentace situace klientů komunitní služby, kteří jsou ve svém prostředí, ale ve stavu akutního zhoršení, bude nutné domlouvat plán případné hospitalizace
- ✓ vytipování pacientů, s kterými začnou týmy společně pracovat
- ✓ projednávání pacientů s komplexními potřebami, kteří jsou v psychiatrické nemocnici hospitalizováni dlouhodobě a u kterých bude potřeba synergie i s třetí rovinou multidisciplinární spolupráce, tedy primárně obcí a opatrovníky
- ✓ Při spolupráci týmů jsou postupně probíráni všichni hospitalizovaní lidé s duševním onemocněním, včetně dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Týmy motivují člověka ke spolupráci, postupují trpělivě, citlivě a postupnými kroky podporují člověka s duševním onemocněním v naději na vlastní život. Pokud týmy po opakované dlouhodobé práci s člověkem s duševním onemocněním vyhodnotí, že bude nutné poskytnout člověku velmi intenzivní 24 hodinovou denní podporu, sedm dnů v týdnu, začnou sestavovat vícezdrojový plán osobní podpory složený z řady komunitních služeb. Pokud potřebná profilace služeb v kraji chybí, propojují se týmy na metodika multidisciplinarity a následně krajského koordinátory reformy k potřebné revizi sítě komunitních služeb v daném kraji. Ta je následně zaznamenána do příslušných krajských plánů a je vyjednáváno její potřebné vyprofilování.
- ✓ U pacientů, u kterých je zamýšleno přeložení z akutního oddělení na následnou péči, je tato situace na společné poradě obou týmů probírána a jsou hledány alternativy k předcházení této situaci.
- ✓ I když pacient je intramurálním týmem shledán vhodným do pobytové služby s dvaceti čtyř hodinovou péčí sedm dnů v týdnu, je potřeba, aby týmy spolu s pacientem udělaly detailní mapování potřeb a kompetencí pacienta a začaly pracovat na jednotlivých etapách zotavení (naděje, zplnomocnění, odpovědnost, nové role) a hledaly spolu s pacientem i další alternativy podpory a péče směřované do přirozeného prostředí.
- ✓ Pokud není dosaženo souhlasu pacienta se sdílením informací o jeho osobě, jsou zde pacienti probíráni (formou kazuistického popisu případu bez bližší osobní identifikace) intramurálním a extramurálním týmem. Pokud zúčastnění dojdou k závěru, že by navázání spolupráce bylo pro pacienta žádoucí a potřebné, dohodne se, kdo bude pacienta informovat. Týmy si sdělí, kdo je klíčovým pracovníkem pacienta, který bude pacienta průběžně motivovat ke společné práci pacienta s oběma týmy. Pokud se podaří probudit pacientovu motivaci a ten udělí souhlas s navázáním spolupráce s CDZ či komunitním týmem, včetně předávání potřebných informací, a de facto je osobně součástí již všech konzultací vyjednávání a společného plánování.
- ✓ Porad virtuálního týmu se účastní, pokud to situace dovolí, všichni zástupci týmu. V práci s pacientem je nezbytná opakovaná asertivní práce.
- ✓ Důležitým parametrem setkávání virtuálního týmu je, že se uskutečňuje v reálném prostředí, tam, kde je pacient hospitalizován. Důvodů je několik. Jednak je to čas a organizace provozu oddělení, protože pečující personál zpravidla nemůže opustit pracoviště. Dalším důvodem jsou nezbytnost vlastní zkušenosti pracovníků z terénu se stavem pacientů hospitalizovaných a praxí potvrzená skutečnost, že pacient začíná vnímat oba dosud oddělované světy jako jeden. Z téhož důvodu je přínosné,



pokud může být u setkání pacienta se zástupcem komunitní péče i někdo z týmu lůžkového oddělení.

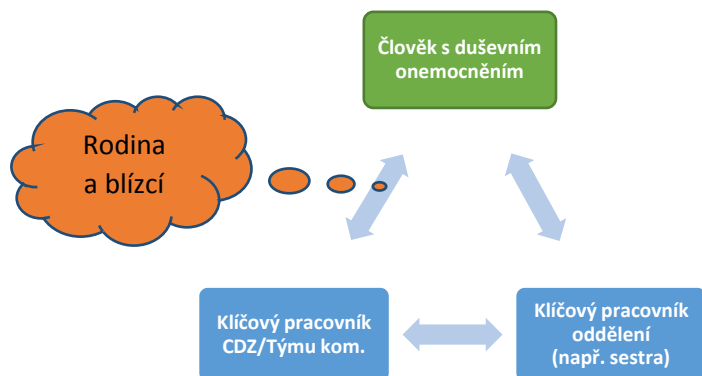
- ✓ Multidisciplinární virtuální tým koordinují zpravidla staniční sestry, které mají přehled o všech hospitalizovaných pacientech a o jejich poskytnutí souhlasu s navázáním spolupráce. MT tým navazuje spolupráci s motivovanými pacienty, podílí se na plánu uspokojování potřeb a dalším postupu v době hospitalizace a po propuštění.
- ✓ Frekvence doporučení – ideálně jednou týdně, minimálně jednou za 14 dnů. Méně častá frekvence je neefektivní. Z porady vznikne pojmenování triády (pacient, klíčová sestra, klíčový pracovník oddělení, klíčový pracovník komunitního týmu, či CDZ), kteří dále spolupracují v individuálních plánovacích setkáních.

**Opatření 4 VYJEDNÁNÍ NÁSTROJŮ PRO PLÁNOVÁNÍ.** Týmy si mezi sebou dohodnou, jakou metodu pro plánování budou používat. Do plánování je zapojen člověk s duševním onemocněním. Jednotná metoda, ze které budou všechny zainteresované strany vycházet a společně využívání nástrojů pro mapování potřeb a plánování, usnadňuje srozumitelnost pro klienta i pracovníky a umožňuje kontinuitu péče během hospitalizace, pro propuštění či při případném dalším přijetí pacienta k hospitalizaci. Využívání společné metodiky a nástrojů vede také ke snadnějšímu porozumění zainteresovaných stran, ke sblížení používaného jazyka a také hodnot a postojů. Pro pacienta je díky tomu vytvářen bezpečný prostor, je motivován k zapojení se do vytváření a realizace svého plánu zotavení. K přijetí jednotné metody a nástrojů, které budou pracovníci oddělení psychiatrických nemocnic a pracovníci komunitních týmů společně využívat, je potřeba setkání metodika a zástupců managementu příslušné nemocnice a spádových komunitních týmů. Na tomto setkání společně zanalyzují nástroje, které již jsou používány, a jejich využitelnost pro komplexní spolupráci s klientem. Vždy je však nezbytné, aby společná metodika splňovala následující parametry:

- vychází z konceptu zotavení,
- podporuje zplnomocňování pacientů/klientů,
- do vytváření plánů 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 to vždy společně se zapojenými pracovníky a pacientem/klientem.

Vhodnou komplexní metodou, která je již v řadě českých lůžkových zařízení i komunitních službách využívána, je metoda psychosociální rehabilitace CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation), kterou jsme popsali v první kapitole metodiky multidisciplinarity. Výstupem bude vyjednaná dohoda o nástrojích, které budou týmy společně využívat pro proces plánování zotavení člověka z duševního onemocnění.

**Opatření 5 INDIVIDUÁLNÍ SETKÁVÁNÍ S PACIENTEM A PLÁNOVÁNÍ V TRIÁDĚ.** Pátým opatřením je série plánovacích setkání směřující k pacientovu/klientovu zotavení, které organizují klíčový pracovník oddělení spolu s klíčovým pracovníkem CDZ či komunitního týmu a pacientem. Vytváří se tak uskupení, kterému můžeme říkat triáda. Při prvním setkání mezi pacientem a pracovníkem komunitní služby je přítomen klíčový pracovník oddělení, např. sestra s psychiatrickou specializací.



Obr. 5: Setkání v triádě

V souladu se zásadou nejednat „o nás bez nás“ pracovníci s pacientem/klientem aktivně a partnersky spolupracují na všech plánovacích schůzkách anebo případových poradách, na nichž se projednávají vhodné služby a možnosti podpory pacientova/klientova zotavení. Počet plánovacích schůzek s pacientem/klientem je individuální. Vyjednané intervence a výstupy jsou zaznamenávány do plánu zotavení, který vlastní především pacient/klient a který se stává součástí zdravotní i sociální dokumentace. Výpovědi pacienta/klienta jsou v plánu zaznamenávány nejlépe doslovně, nejsou tedy překládány do odborného jazyka.

Pracovníci mají na paměti, jak velkou moc má jazyk a způsob vyjadřování a snaží se vyhnout stigmatizujícím formulacím v plánu zotavení. Používání jazyka person-first vždy slouží k zotavování. Plánování se zaměřuje na určování jednotlivých kroků a jejich posloupnost, díky čemuž má pacient/klient možnost ze svých předností čerpat a kráčet po cestě za zotavením a postupně naplňovat svou vizi budoucnosti. Všichni lidé, kteří jsou do plánování zahrnuti pacientovi/klientovi napomáhají, aby těchto dílčích cílů dosáhl. Vytváří prostor ke zplnomocňování pacienta/klienta, který přebírá odpovědnost za svou roli v realizaci celého plánu. Skutečně efektivní plán zotavení pacientovi/klientovi umožní se této výzvy zhostit bez ohledu na to, jak závažná jeho disabilita je. Ohniskem veškerého plánovacího průběhu zotavení jsou diskuse nad silnými stránkami pacienta/klienta. Předpokladem vyhodnocování pacientovy/klientovy situace je, že sám pacient/klient je tím největším odborníkem na své zotavení a že se za tu dobu, po kterou se se svým onemocněním potýká, mnohému naučil. Tým se opakovaně schází podle potřeby, aby se zabýval pacientovými/klientovými životními cíli, úspěchy a překážkami.

V duchu opravdového partnerství a transparentnosti mají všechny strany přístup k totožným informacím, aby odpovědnost za plán zotavování mohli nést všichni zúčastnění. Klientům jsou automaticky nabízeny kopie písemné podoby plánů zotavování, výsledků vyhodnocování a zpráv o průběhu jejich zotavování. Když všichni v týmu vědí předem, že dokumentace plánování bude k dispozici všem zúčastněným, je to jednoduchá a účinná strategie, jak ovlivnit nejen jazyk plánu, ale i jeho obsah co do záměrů a cílů.





**Opatření 6 STÁŽE A PŘÍPADOVÉ KONFERENCE.** Další opatření směřuje ke zvýšení vzájemného povědomí o partnerských pracovištích, kdy je vhodné zajistit kolektivní návštěvy a individuální (vzájemné) stáže. To zajišťuje „malý“ metodik stáží a multidisciplinarity pracující v nemocnici či týmu. Odborný metodik stáží má zpracovaný průběžný plán stáží, kde budou podchyceny všechny týmy z regionu a který akceptuje podmínky projektu multidisciplinarity. Prioritně je zmapován a zasíťován region, druhotně jsou zasíťovány další místa pro specifickou spolupráci v ČR. Vše je zpracované do společného plánu. U komplikovaných pacientů je třeba zavést tzv. případové multidisciplinární konference, které tým motivují k hledání optimálního léčebného postupu a podpory pacienta. Na případové konferenci jsou přítomni, pokud je to možné, všichni pracovníci týmu, kteří pracují s daným pacientem.

**Opatření 7 VYHODNOCENÍ PLÁNU.** Diskuse o pacientových/klientových silných stránkách je hlavním tématem každého vyhodnocování situace, plánování dalšího průběhu péče i závěrečného shrnutí celého případu. Vyhodnocování se realizuje na společných setkání zástupců obou týmů spolu s pacientem/klientem. Situace, ve kterých není možné dosáhnout společného vyhodnocování spolu s pacientem/ klientem, je třeba minimalizovat.

**Opatření 8 ZHODNOCENÍ SPOLUPRÁCE.** Součástí práce týmů je pravidelná evaluace společné práce. Je vytvořen formulář, do kterého metodik zaznamenává práci týmu a zaznamenává s kolika pacienty/klienty pracoval, kolik individuálních plánů bylo vytvořeno, zaznamenává překlady, s týmem diskutuje, proč došlo k překladům pacientů/klientů, zda s nimi byla před překladem navázána spolupráce s CDZ či komunitním týmem, pokud se nezdařila tak z jakého důvodu, společně monitorují opakované hospitalizace, a proč k nim dochází. Do hodnocení je zapojen i pacient/klient. Virtuální tým si vytvoří evaluační dotazník.

**Opatření 9 PÍSEMNÁ SMLOUVA O SPOLUPRÁCI.** Formalizování spolupráce je v určité fázi, která bude v každém místě individuální, žádoucí. **Spolupráce může být formalizována** uzavřením dohody o spolupráci mezi organizacemi a týmy. Podrobněji příloha dobré praxe Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice a komunitních týmů Fokus Labe, které pracovní skupina Výkonného výboru reformy psychiatrické péče MZ ČR dopracovala k obecnému využití pro zavádění multidisciplinárního přístupu v ČR. Dokument obsahuje:

- ✓ úvodní informace.
- ✓ smlouvu o spolupráci.
- ✓ dohodu o úpravě práv a povinností společných správců osobních údajů.
- ✓ pravidla a podmínky spolupráce PN Horní Beřkovice s pracovníky sociálních služeb.
- ✓ schématický popis vývoje rolí smluvních stran při zpracování osobních údajů.
- ✓ vzor souhlasu pacienta s předáním kontaktních údajů sociální službě.
- ✓ vzor souhlasu pacienta s předáváním jeho osobních údajů partnerovi.
- ✓ specifická rizika typická pro areál a objekty.
- ✓ zřizovací listina.

Podrobněji viz příloha č. 2 této metodiky.



### **Příklad dobré praxe, Pan Vladimír:**

„Slyšíš hlasy a myslíš si, že je to fakt, a jednáš podle toho. Já jsem měl ze začátku ty halušky prima, já jsem s nima vykecával, bavili jsme se, smáli jsme se. To sedíte a teď spolu mluvíte. Teď si vyprávíte. A to jsou debaty na celé noci a dny. A nejvíc se to rozjíždí, když je člověk sám doma. Pak si třeba pustí muziku a pak slyší, že vlastně on ani nezpívá anglicky, že se se mnou ON baví přes písničky. Ten je pěkně vykutálenější říkáš. Takhle to začínalo pomalu jít hloub a hloub. Je to jako „pábění“. A pak to šlo to, do té agresivity. ON začal víc útočit a já se víc bránit. A takhle se to stupňovalo. Udělal mi prostor ten imaginární člověk na jeden krok a pak mi zase dva kroky ubral. A tak mě víc a víc tlačil ke stěně, kdy já jsem nemohl. A pak už to nebylo rozumový, ale pudový, už to byl extrém, kdy to není rozumový. Paradoxně pak, ten člověk, když se brání, a teď se brání a chtěl by zaútočit, tak ten zbytek toho, ty člověčiny, co tam zůstane, to dobrý, to zrníčko toho dobra, se obrátí proti nám. Než abyste útočila na někoho jinýho, tak si řeknete, to nejde a ublížíte sobě. To je prostě zákon. Já jsem si ubližoval, zmlátil jsem se jak pes“

Když přišel pan Vláška do komunitního týmu Fokusu, byl mladý 45letý muž, který měl za sebou mnohaletou psychiatrickou historii. 35 hospitalizací, kterými v součtu strávil 5 let svého života v psychiatrických léčebnách a nemocnicích. Jako malý chtěl být učitelem, ale táta moc brzy opustil rodinu a máma vše s kluky nezvládala. Začalo záškoláctví, ulice, tvrdé drogy, duševní onemocnění, svatba, selhávání v roli rodiče... Dětství svých dětí si příliš nepamatuje. Pan Vláška prošel poměrně velkou částí psychiatrických nemocnic u nás v republice. „Vždy to selhalo, když jsem vyšel ven, za několik měsíců jsem byl zpátky“. „Nevěděl jsem, co je za den, kam se mám vrátit, co si mám vzít na sebe a kde zase budou číhat policajti. Nejvíc mě nakoplo, když přede mě položili klíče a řekli, v podkroví máš pokoj a my tě podpoříme, abys to zvládl. Nebylo to lehkých 10 let. Ale dnes mám práci, ženu a malého syna, byt, rodinu, přátele, lidi kolem sebe. Žiju na úrovni. Naděje se objevila, když se mezi sebou všichni spojili, všichni co se o mě starali“ Zabralo to, až když se to orientovalo na mě, někdo ve mě věřil, někdo se na mě díval jak na člověka...“ Spojila se dohromady snaha VŠECH profesí, která přinesla nové příležitosti po 25 letech...



### **Závěrečné desatero otázek:**

- 1. Proběhlo u vás zasíťování na spádové týmy, znáte jejich kontakty, máte propojení emaily, potkali jste se společně?**
- 2. Probíhají u vás vstupní motivační a vyjednávací setkání? Mluvíte společně o hodnotách a přístupech? Máte je společně popsané?**
- 3. Podařilo se vám nastavit pravidla spolupráce? Potkáváte se jednou týdně? Máte prostory a komfort pro vaši společnou práci? Využíváte pro spolupráci moderní média?**
- 4. Vytypovali jste oddělení, kde se ustaví virtuální tým? Na jakém oddělení se vám ho podařilo ustavit, probíhají pravidelné porady a sdílení společného postupu? Kolik virtuálních týmů máte ustaveno?**
- 5. Je součástí vyjednávání a plánování pacient/klient, plánujete v triádě, daří se vám integrovat do podpory rodinu a blízké? Máte vyhrazený čas na rozhovory a plánování s pacientem?**
- 6. Jezdí zaměstnanci na vzájemné stáže, poznávají kolegy, realizujete případové konference?**
- 7. Máte ve virtuálních týmech vyjednáno, jakou budete využívat metodologii pro plánování zotavení?**
- 8. Vyhodnocujete s pacientem společné úspěchy?**
- 9. Vyhodnocujete ve virtuálním týmu pravidelně spolupráci? Daří se vám integrovat pacienty do komunitní podpory? Realizujete kontinuální péči?**
- 10. Máte uzavřenou písemnou smlouvu o spolupráci?**



## TŘETÍ ÚROVEŇ SPOLUPRÁCE – KOMUNITNÍ SÍŤ

Třetí část metodiky je orientovaná na mezisektorovou spolupráci 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 (avšak ne jen oni) 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), tak v prevenci duševních problémů a léčbě lidí.

### 1. HLAVNÍ CÍL

Multidisciplinární spolupráce na třetí úrovni spočívá v ustavení týmu, 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.

### 2. DÍLČÍ CÍLE

Předpokládáme nastavení dvou typů spolupráce na třetí úrovni MT. Prvním je platforma pro mezisektorovou spolupráci – setkávání významných představitelů jednotlivých odvětví. Druhým jsou případové workshopy.

#### 2.1 Platforma pro mezisektorovou spolupráci – platforma významných představitelů jednotlivých odvětví. *(dále jen platforma)*

1. Uvnitř definované „regionální“ oblasti (cca 100 000 obyvatel) by se měli pravidelně ke vzájemné spolupráci scházet významní představitelé ze všech odvětví systému péče o duševní zdraví a reagovat na potřeby mezisektorové multidisciplinární spolupráce všech zainteresovaných.
2. Lídrem při ustavování platformy se stává krajský koordinátor, nebo metodik multidisciplinarity v kraji, a to především po dobu realizace projektu Ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s centrem duševního zdraví či komunitní tým v propojení na obec a kraj. Vhodná četnost setkávání členů platformy by měla být dvakrát ročně. V nastaveném časovém období bude setkání svoláváno v domluveném „prostředí“ určeným pracovníkem (s největší pravděpodobností zainteresovaným pracovníkem odboru sociálních věcí obce, či kraje, ve spolupráci s pracovníkem centra duševního zdraví). Pracovníci společně zajišťují všechny logistické věci, které budou pro zajištění setkání platformy potřeba. Program, pozvánky, vedení jednání, zápis aj.

3. Členy platformy jsou zástupci: složky integrovaného záchranného systému, městská policie, opatrovník, obec (OSPOD, kurátoři, sociální pracovníci), zástupci dalších komunitních zdrojů, další úřady, instituce, podnikatelé, správci bytového fondu, sociální služby, včetně služeb pobytových, zdravotní služby, včetně home care, zástupce ambulance – ošetřující psychiatr, primární péče, pracovník CDZ či komunitního týmu, zástupci uživatelů, rodičů.



obr. 6: Příklad členů platformy

4. **Propojení na primární péči.** Jednou z významných rolí platformy, tedy multidisciplinarity třetí úrovně, je silnější začlenění péče o duševní zdraví již na úroveň primární péče. Mnoho preventivních intervencí může být užíváno v domácím prostředí uživatele. Včasná identifikace duševních problémů (včetně vyšetření a diagnóz) může být vykonávána v primární péči praktickými lékaři ve spolupráci se specializovanými odborníky. Praktičtí lékaři jsou často těmi, kteří buď onemocnění pacienta zvládnou řešit sami, nebo pacienta směřují do specializované péče. V mnoha evropských zdravotních systémech jsou prvními články vstupu do zdravotního systému. Proto mají praktičtí lékaři důležité role v odkazování pacientů na specializovanou službu duševního zdraví. Praktičtí lékaři jsou pro poskytování integrované péče klíčovými partnery. Propojení mezi



specializovanou péčí, primární péčí a sociálními službami – jejich blízká spolupráce může mnoha pacientům, u kterých se ještě plně neprojevíly nebo nebyly rozpoznány vznikající duševní problémy, poskytnout včasnou intervenci. Blízká spolupráce mezi praktickými lékaři a CDZ či komunitními týmy duševního zdraví v regionální síti může také navýšit dovednosti primární péče v léčbě duševních nemocí. Klíčovými elementy dobré spolupráce jsou společné cíle, jasné a nestranné rozhodování a otevřená a pravidelná komunikace. V kontextu omezených lidských zdrojů je ještě důležitější, aby služby duševního zdraví upřednostňovaly spolupráci s primární péčí a poskytovaly podporu praktickým lékařům a sociálním službám, kteří nemusí být v běžném a pravidelném kontaktu s lidmi s duševním onemocněním. Posilování péče o duševní zdraví poskytované v primární péči, a stejně tak i všechny jiné úrovně léčby, by měly opět klást důraz na perspektivu uživatelů, používat přístup společného rozhodování a podporovat osobní zotavování lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

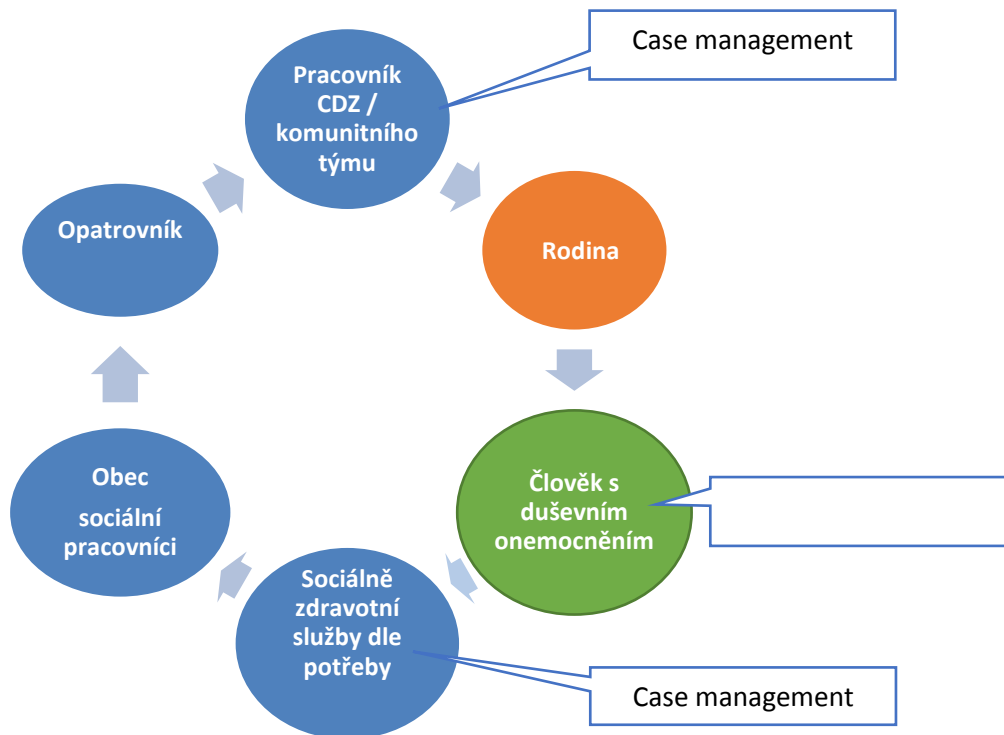
5. **Platforma je využívána i pro vyjednání etického kodexu při poskytování asertivní pomoci a asertivní péče** u lidí s duševním onemocněním, či v riziku duševního onemocnění, kteří mají nedostatek motivace k léčbě a je pro ně těžké se do systému péče zapojit, i když jsou těmi, kteří léčbu a podporu potřebují nejvíce. Obdobně pak platforma vyjednává postupy vzájemné spolupráce u pacientů/klientů, kteří se ocitnou v krizových situacích. Jak budou členové platformy postupovat při nutnosti hospitalizace člověka s duševním onemocněním, jak bude zapojen case manažer z CDZ, nebo komunitního týmu, jak bude naplňován pacientův/ klientův krizový plán, jak bude hospitalizace co nejvíce hospitalizací řízenou, a jiné dohody spolupráce členů platformy, které povedou k procesu zotavení člověka s duševním onemocněním.
6. **Platforma pro duševní zdraví je u dětí a adolescentů** určena k pravidelnému setkávání pracovníků školského, zdravotního a sociálního sektoru. Slouží primárně k nastavení mechanismů spolupráce všech klíčových aktérů, dále ke společnému plánování multidisciplinárních intervencí a k monitoringu efektivity realizovaných opatření. Působnost platformy se vztahuje jak k dětem a adolescentům s již diagnostikovaným duševním onemocněním, tak k těm, jež jsou v riziku jeho rozvoje. Ve výrazném riziku rozvoje duševního onemocnění se nachází děti bez adekvátně zajištěných vývojových potřeb, děti traumatizované a deprivované. Platforma by měla svou působnost směřovat k nastavení preventivních mechanismů ohrožení zdravého psychosociálního vývoje dětí a adolescentů v daném území, vytvoření systému depistáže (včasné identifikace) dětí v riziku, nastavení systému včasné koordinované intervence (dle charakteru identifikované zátěže) a přístupu ke specializované péči. Důležitými zástupci platformy budou praktičtí lékaři pro děti a dorost, zástupci školských služeb (včetně ústavních – dětských domovů, dětských domovů se školou, diagnostických a výchovných ústavů – a poradenských – speciálně-pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče), zástupci sociálních služeb (dětská krizová centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, stacionáře pro děti a adolescenty) a služeb zdravotních (ambulance dětských psychologů, pedopsychiatrů, stacionáře pro děti a adolescenty, dětské



psychiatrické nemocnice a všeobecné nemocnice s pedopsychiatrickými lůžky). Do působnosti platformy patří vedle nastavení a koordinace systému prevence, depistáže a včasné intervence na pomoc dětem v psychosociálním riziku, rovněž zajištění efektivní odborné pomoci dětem s duševním onemocněním (včetně následné podpory po ukončené léčbě). Nedílnou součástí aktivit platformy je pak i systematický rozvoj kompetencí pracovníků napříč jednotlivými segmenty pro efektivní multidisciplinární spolupráci.

## 2.2 Případové workshopy

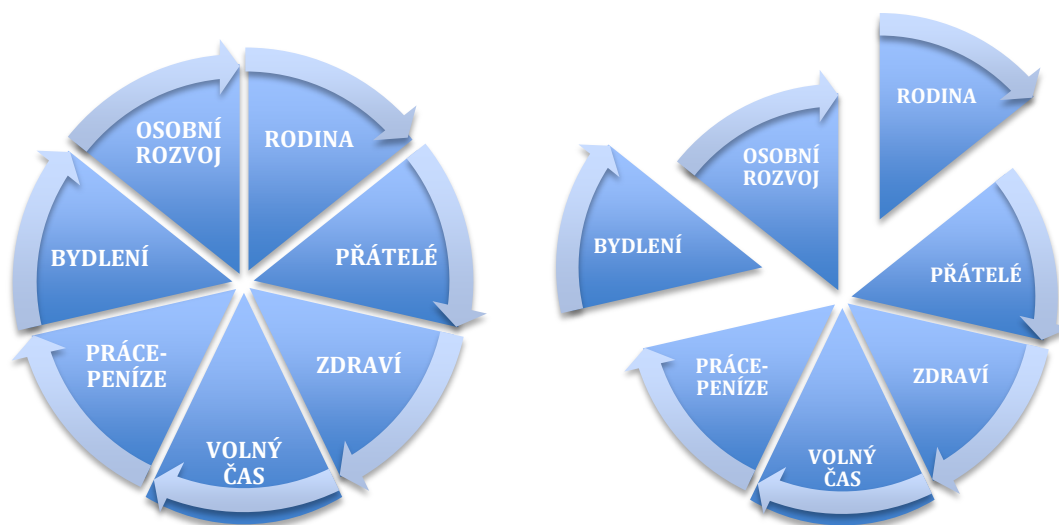
1. **Tato setkání budou svolávána podle potřeb jednotlivých lidí se zkušeností s duševním onemocněním, ve spolupráci s klíčovým pracovníkem CDZ či komunitního týmu.** Případový workshop je setkáním člověka se zkušeností s duševním onemocněním, jeho rodiny, případně blízkých osob a pracovníků pomáhajících profesí, případně obcí. **Cílem** je výměna informací, zhodnocení situace člověka, vytvoření a propojení podpůrné sítě, hledání a stanovení optimálního řešení a plánování společného postupu, který povede k **naplňování potřeb člověka**. Konečným výstupem je vyřešení obtížné situace. Postup řešení je naplánován v **individuálním plánu péče**.
2. **Stěžejní role opatrovníka v týmové multidisciplinární spolupráci. Opatrovnictví** (zastarale **kuratela** z lat. *Curator* – opatrovník) je jednou z forem zastoupení, kdy je soudem *opatrovanci* jmenován *opatrovník*, aby hájil jeho zájmy. Opatrovník může být určen jak pro obecné zastupování, tak i pro jedno konkrétní řízení. O ustanovení opatrovníka rozhoduje pouze soud. Právní institut opatrovnictví představuje ochranný prostředek pro osoby, které jsou považovány za neschopné spravovat své osobní záležitosti, a to například v důsledku neznámého pobytu, duševního onemocnění, mentálního postižení, generativního onemocnění nebo těžkého tělesného či smyslového postižení. Soud může opatrovníka jmenovat rovněž v situacích, kdy to vyžaduje veřejný zájem. Soud jmenuje opatrovníka člověku v případě, je-li to potřeba k ochraně jeho zájmů nebo vyžaduje-li to veřejný zájem. Opatrovník je potřeba zejména, jde-li o osobu omezenou ve svéprávnosti; není-li známo její místo pobytu; o neznámého člověka zúčastněného při určitém právním jednání; nebo o osobu jejíž zdravotní stav jí působí obtíže při správě jmění nebo hájení práv. Soud jmenuje opatrovníkem osobu, kterou navrhl opatrovanec. Není-li to možné, jmenuje soud opatrovníkem zpravidla příbuzného, nebo jinou osobu opatrovanci blízkou, která osvědčí o opatrovance dlouhodobý a vážný zájem a schopnost projevovat jej i do budoucna. Není-li možné ani to, jmenuje soud opatrovníkem jinou osobu, která splňuje podmínky pro to, aby se stala opatrovníkem, nebo *veřejného opatrovníka* (zejména obec). Opatrovník musí dbát zájmů a vůle opatrovance, jedná zpravidla společně s ním. Opatrovníci se podílí jak na spolupráci v týmu – na úrovni platformy, kde se podílí na zlepšení systému péče o duševní zdraví ve vymezeném území, tak na úrovni případových workshopů, kde jsou opatrovníci součástí zotavovacího procesu člověka s duševním onemocněním.



Obr. 7: Příklad členů případového workshopu

3. Smyslem případového setkání je sjednocení všech výše zmíněných různých plánů péče s cílem zajištění cílené práce s klientem. Je žádoucí, aby se (sjednocený) smysluplný individuální plán zabýval komplexně potřebami klienta. Pro případové setkání je klíčové zajištění přítomnosti člověka se zkušeností s duševním onemocněním a jeho rodiny či blízkého okolí. Pokud klient/pacient nenavrhne či nesouhlasí s účastí členů rodiny (bazální, jím vytvořené), je třeba tento požadavek respektovat.
4. Je žádoucí, aby případové setkání bylo **facilitováno** jiným než klíčovým pracovníkem klienta. Ideálně facilite setkání vedoucí CDZ či komunitního týmu. Během projektu multidisciplinarity je k setkání možné využívat metodiků multidisciplinarity a metodiků stáží a mutlisiciplinarity, kteří pracují v projektu. Zápisy a výstupy z případových setkání budou zaznamenány v souladu s platnými právními předpisy v dokumentaci/spisech klientů/pacientů.
5. **Obsah spolupráce při případových setkáních.** Obsahem případových setkání bude společná koordinovaná činnost zaměřená na naplňování potřeb klienta dle sjednoceného plánu zacíleného na naplnění identifikovaných potřeb znázorněných v kole života.





Obr. 8: Kolo života

6. Při společném přemýšlení a vyjednávání nad potřebami nám může pomoci kolo života, ve kterém z celého spektra životních potřeb vybíráme ty oblasti, které jsou pro člověka v daný čas důležité a na kterých mu dává smysl pracovat tak, aby se zajistila jeho životní pohoda, která podpoří jeho proces zotavení. Například bydlení a rodina. Pro společné plánování pak opět doporučujeme pro celý tým využívat metodiku CARE a z ní **Osobní plán klienta, nebo Plán osobní podpory**, či další nástroje – viz kapitola 6 v úvodu metodiky.



## 3. POSTUP ZAVÁDĚNÍ – OPATŘENÍ

### 3.1 Platforma pro spolupráci

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

#### Opatření 1

**Identifikace subjektů** a regionální oblasti pro meziresortní spolupráci

#### Opatření 2

**Seznámení subjektů** s transformací psychiatrické péče. Postupné oslovování identifikovaných aktérů metodikem MT spolupráce, vyjednávání rolí, míry zapojení, odpovědnosti, představení metodiky MT spolupráce osloveným – IZS, městská policie, úřady všech stupňů... včetně metodiků veřejných opatrovníků (zde jde hlavně o edukaci pro zapojení do spolupráce na 2. úrovni MT spolupráce)

#### Opatření 3

Iniciování a **příprava setkání k meziresortní spolupráci**

#### Opatření 4

**Uskutečnění meziresortního setkání.** Svolává metodik multidisciplinarity či krajský koordinátor ve spolupráci se zainteresovanými subjekty, obsahem sdílení dobré praxe, řešení složitých systémově a mezioborově složitých situací..., 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

#### Opatření 5

**Realizace vzájemných stáží, edukace, a destigmatizačních aktivit**



### 3.2 Případové workshopy

Případový workshop je 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 meziřesortní 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:

#### Opatření 1

**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.

#### Opatření 2

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

#### Opatření 3

**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)

#### Opatření 4

**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.

#### Opatření 5

**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.



### Opatření 6

**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.

### Opatření 7

**Četnost.** Setkávání dle individuální potřeby zachycené v plánech

#### Příklad dobré praxe:

Pan J., narozen 1954, 15 hospitalizací, poslední trvala 13 let, diagnóza F. 20 + somatické onemocnění, omezení k právním úkonům ve velkém rozsahu, má veřejnou opatrovnicí, s rodinou není v kontaktu.

Cíl: pronajatá vybavená garsonka, mít partnerku, docházet do centra denních aktivit, chodit na ryby.

S pacientem, opatrovnicí a pracovníky psychiatrické nemocnice dohodnuto, že s panem J. bude komunitní tým ve spolupráci s opatrovnicí trénovat cesty do rodného města, kde by mohl navštívit chráněné bydlení a v případě zájmu si podat žádost a zkusit žít mimo léčebnu.

Pan J. žil cca 1,5 roku bez větších potíží v chráněném samostatném bytě, následně se objevily somatické komplikace (bolesti a omezená hybnost dolních končetin), bohužel vzhledem k věku a silné obezitě nemohlo dojít k operaci, která by vyřešila potíže s hybností pana J., ve spolupráci s opatrovnicí, obvodní lékařkou, se domluvila Pečovatelská služba – pětikrát týdně obědy, dvakrát týdně nákupy, úklid, jednou týdně vozila pana J. k opatrovnicí a jednou měsíčně k lékaři. U pana J. byly stále přítomny hlasy a halucinace, někdy v noci křičel (to přes něj křičeli jiní lidé), po dohodě s panem J., je domluvena zdravotnická služba – podávání medikace každý den jako preventivní opatření a zároveň kontrola somatických obtíží. V současné době je zažádáno o městský byt, pokud se vše podaří, bude žít pan J. ve svém vlastním bytě a bude dál využívat navázaných služeb a zůstane v podpoře komunitních služeb.



### Závěrečné desatero otázek:

1. Máte **Identifikace subjektů** a organizací, se kterými budete spolupracovat?
2. **Přizvali jste ke spolupráci praktické lékaře?**
3. **Spolupracujete s policií a záchranou službou?**
4. Spolupracujete s obcemi, opatrovníky, zvete je na stáž?
5. Využíváte kompetence každé instituce a organizace pro posilování týmu a jeho kapacity pomoci řešit problémy?
6. Realizujete i neformální akce a setkávání? Využíváte podnikatele ke spolupráci?
7. **Realizujete vzájemné stáže, edukaci a destigmatizační aktivity?**
8. **Realizujete případové workshopy?**
9. Prezентujete své úspěchy?
10. Podporujete svého lídra v komunitě?



### **Literatura:**

Amador, X.: Nic mi není! Pomoc nepotřebuju!, Jak pomoci duševně nemocnému, který odmítá léčbu, Potrál, Praha, 2019. ISBN: 978-80-262-1525-7

Davidson, L. a kol.: Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2017, ISBN: 978-80-906574-0-3

Hollander, D. den, Wilken, J. P.: Podpora zotavení a začlenění Úvod do metodiky CARE, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, 2016, ISBN: 978-80-260-9945-1

Ragins, M.: Cesta k zotavení, Fokus Praha, 2019

### **Autorský tým:**

Lenka Krbcová Mašínová

Johan Pfeiffer

Simona Papežová

Michaela Urbánková

Zuzana Fišarová

Helena Herbstová

duben 2020