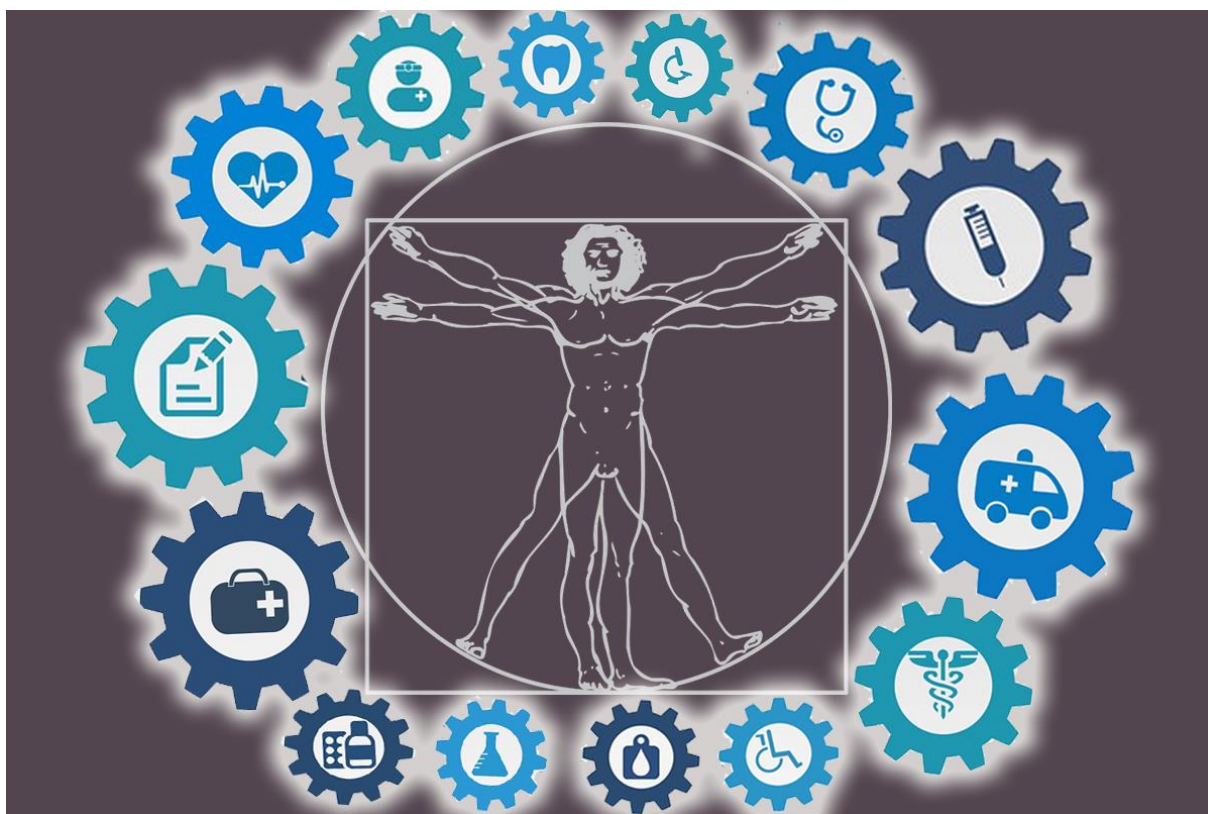




Metodika dobré praxe č. 1: Řízení multidisciplinární péče

MOTTO:

Integrovaná multidisciplinární péče není chiméra.



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.





ZPRACOVATELSKÝ A REALIZAČNÍ TÝM

PhDr. Lenka KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ

MUDr. Jan PFEIFFER

Tomáš KREJČÍ

Jan LOUŽENSKÝ

Obsah

Úvod	3
Kapitola 1: Koncept a realita tři úrovní multidisciplinární spolupráce	6
Kapitola 2: Klíčové organizační nástroje pro řízení multidisciplinární spolupráce a jejich přínosy ke změně systému.....	11
Závěrečná doporučení pro udržitelnost nastavené multidisciplinární spolupráce a její další rozvoj ...	48
Souhrn metodických doporučení dle okruhů a gescí pro jejich řešení	49





Úvod

Multidisciplinarita není jen více odborníků na jednom pracovišti. Člověk není jen soubor diagnóz, z nichž si s každou jednotlivou má poradit jeden specialista. Jednotlivé složky naší osobnosti – fyzické, psychické, sociální a spirituální – vzájemně souvisí a ovlivňují se, v dobrém i ve zlém. Na tento fakt moderní medicína reaguje propojením spolupráce mezi jednotlivými profesemi a integrováním pacienta a jeho rodiny do středu zájmu.

V péči o duševní zdraví si již nevystačíme s biomedicínským modelem. Nemoc je třeba vnímat jako událost lidskou, ne jen biologickou. Na tento fakt reaguje péče o duševní zdraví zapojením různých profesí a služeb, které svůj postup vzájemně s pacientem koordinují. Lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychoterapeuti, adiktologové, peer konzultanti, opatrovníci, učitelé, úředníci, duchovní, rodina a pacient pracují ve vzájemně propojeném a koordinovaném systému péče.

Aby vše probíhalo hladce a smysluplně, je třeba multidisciplinární spolupráci mít jako hodnotu, princip práce, dobře ji organizovat a v maximální možné míře ji legislativně zakotvit.

Na počátku projektu jsme zpracovali *Metodiku zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* a pilotně ji 3 roky ověřovali. Dnes, po třech letech, přinášíme klíčové momenty v oblasti koordinace a řízení multidisciplinární spolupráce s doporučeními pro její udržitelnost. Do projektu bylo zapojeno přes cca 170 týmů, kterým všem děkujeme za jejich práci při hledání možností systémové multidisciplinární spolupráce a za změnu myšlení, kterou jsme všichni společně prošli.

Pozitivní zprávou pro odpovědné instituce a plátce je zjištění, že máme v systému velký potenciál odborníků a služeb. Nezačínáme vytvářet systém tzv. na zelené louce. Nemusíme budovat velké spektrum zcela nových služeb. Výzvou však zůstává:

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

Metodika, kterou čtete, je zastřešujícím dokumentem. Dílčí témata z dobré praxe, kterou jsme během projektu s malými i velkými metodiky načerpali, jsou zpracována v 13 dalších metodikách dobré praxe. Tyto jsou koncipovány tak, že daný odborník nebo odborníci dobrou praxi prezentují v nahrávce s powerpointovou prezentací, která je zároveň součástí každé písemně zpracované metodiky, ta pak obsahuje doporučení k postupům, procesům a hodnotám, které je zapotřebí naplňovat a realizovat při implementaci obdobné dobré praxe na jiném místě v systému péče o duševní zdraví v ČR. Metodiky dobré praxe lze tedy vidět,





slyšet i číst. Všechny 14 metodik schválil výkonný výbor reformy psychiatrické péče MZ ČR. Děkujeme všem za spolupráci, zejména protagonistům, kteří se ujali prezentování dobré praxe.

Přehled 14 dílčích metodických materiálů a protagonistů prezentujících v nich dobrou praxi k daným tématům:

- Metodika dobré praxe č. 1:** **Řízení multidisciplinární péče**
PhDr. Lenka Krbcová Mašínová, MUDr. Jan Pfeiffer
- Metodika dobré praxe č. 2:** **Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací**
PhDr. Lenka Krbcová Mašínová, Tomáš Krejčí, Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček
- Metodika dobré praxe č. 3:** **Multidisciplinární přístup v zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním**
PhDr. Lenka Krbcová Mašínová, Jan Švehla, Eva Kropáčková, Vladimír Conk
- Metodika dobré praxe č. 4:** **Zavádění multidisciplinární spolupráce na všech úrovních v Moravskoslezském kraji**
Mgr. Hana Vlhová, Radek Liška, Michal Jandl, Bc. Pavlína Bednarzová, Bc. Gabriela Lhotská, Bc. Gracián Svačina, Mgr. Rostislav Honus, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
- Metodika dobré praxe č. 5:** **Multidisciplinarita na druhé úrovni a její zavádění v hlavním městě Praha**
Bc. Ondřej Staroba, MUDr. Zuzana Barboríková, MBA, Bc. Andrea Honetschlägerová, Mgr. Veronika Marie Žižková, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
- Metodika dobré praxe č. 6:** **Zavádění multidisciplinarity v akutní psychiatrické péči v hlavním městě Praha**
Mgr. Zuzana Fišarová, Mgr. Magdaléna Flaková, MgA. Ivan Jurečka, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
- Metodika dobré praxe č. 7:** **Case management a systém MD péče. Dobrá praxe v Ústeckém kraji**
Mgr. Jana Hostovská, Mgr. Iva Kašpárková, Bc. Lenka Kocourková, Bc. Jaroslav Papež, Bc. Andrea Sahulová, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
- Metodika dobré praxe č. 8:** **Případová práce a zavádění multidisciplinární spolupráce ve Zlínském kraji**
Mgr. Michaela Urbánková, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
- Metodika dobré praxe č. 9:** **Recovery housing**
PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
- Metodika dobré praxe č. 10:** **Life coaching**
MUDr. Jan Pfeiffer
- Metodika dobré praxe č. 11:** **Mobilizace a využívání přirozených zdrojů komunity, multidisciplinární spolupráce na třetí úrovni**
Tomáš Krejčí, Mgr. et Mgr. Drahomíra Franzová, Bc. Lucie Kudrnáčová, Mgr. Judita Kachlová





Metodika dobré praxe č. 12: *Multidisciplinarita u osob s duální diagnózou*

Mgr. Ilona Šulcová, Mgr. Jana Živná, Eva Kubičková, Bc. Jaroslav Papež,
PhDr. Lenka Krbcová Mašínová

Metodika dobré praxe č. 13: *Zavádění MD II. úrovně u dětí a mladistvých v ohrožení duševního zdraví v Jihomoravském kraji*

PhDr. Marie Zimmermannová, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová

Metodika dobré praxe č. 14: *Zapojování rodin do multidisciplinární spolupráce. Dobrá praxe v Karlovarském kraji*

Jaroslav Hodboď, PhDr. Lenka Krbcová Mašínová

Všechny dílčí metodiky najdete v textové i audiovizuální podobě na webu Reformy péče o duševní zdraví: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/multidisciplinarita/vystupy-z-projektu>.

*PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
a MUDr. Johan Pfeiffer,
gestoři projektu*

*Tomáš Krejčí,
koordinátor klíčové aktivity projektu*





Kapitola 1: Koncept a realita tři úrovní multidisciplinární spolupráce

Koncept tří rovin multidisciplinarity se ukázal nosným zvláště díky své komplexnosti, kdy pojímá celou problematiku potřebné spolupráce. V zavádění konceptu se jednotlivé tři úrovně multidisciplinarity vzájemně propojují. Jedná se o přirozený, možno říci, cyklický proces. Jako klíčová se ukázala konkrétní spolupráce pracovníků lůžkových služeb a pracovníků komunitních služeb s konkrétním pacientem/klientem na tvorbě a realizaci jeho plánu zotavení, tedy práce tzv. virtuálních týmů. Změna na II. úrovni začala vytvářet výzvy a posléze proměnu v rovinách I. a III. úrovně. Ty pak následně posilovaly další proměny práce na druhé úrovni virtuálních týmů.

Metodicky a podrobně se konceptu multidisciplinarity věnuje zpracovaná *Velká metodika zavádění multidisciplinární spolupráce* odsouhlasená výkonným výborem reformy psychiatrické péče MZ ČR v roce 2020, která byla v rámci projektu implementována, a metodika č. 1, kterou čtete, přináší poznatky z dobré praxe a doporučení, jež z ní vzešly.

Doporučení jsou zpracována u jednotlivých tematických bodů a v závěru jsou strukturována do 4 oblastí:

- ❖ Doporučení koncepčního charakteru vedoucí k přijetí hodnot a zavádění metodik, procesů a postupů do praxe
- ❖ Doporučení k ustavení a zavádění změn ve vzdělávání
- ❖ Doporučení v oblasti financování a změny řízení na centrální úrovni
- ❖ Doporučení v oblasti řízení na místní úrovni

1.1 Vývoj na I. úrovni multidisciplinarity

Komunitní týmy

Komunitní týmy pro kombinovaná mentální postižení (SMI), tak jak historicky vznikaly, byly složeny převážně ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Byly od počátku zacíleny na osoby se SMI, s prioritou dlouhodobé následné péče v oblasti sociální rehabilitace. Taktéž způsob vnitřní spolupráce měl spíše charakter skupinové než týmové práce. Každý case manager byl soustředěn na „své klienty“ a práce všech členů byla více paralelní než společná. Novou výzvou byl rozvoj center duševního zdraví (CDZ) v propojení zdravotnických a sociálních pracovníků pod jednou střechou. Rozvoj multidisciplinární spolupráce v CDZ byl více předmětem projektů rozvoje CDZ (I-II).

Nicméně projekt multidisciplinarity (MD) přinesl do práce týmů CDZ a dalších komunitních týmů soustředění se na práci „s chronickými pacienty“ v psychiatrických nemocnicích (PN), větší důraz na podporu osob v akutním stavu a kontinuity péče ze strany komunitních týmů i v čase „hospitalizace“ osob z jejich spádové oblasti. Nároky na zvládnutí těchto situací a podpora ze strany MD projektu přinesly větší komplexnost práce týmů, intenzivnější multidisciplinární spolupráci v rámci týmu, včetně spolupráce sociálních a zdravotnických pracovníků. MD projekt taktéž posílil koncept na zotavení orientovaného individuálního plánování a zapojování komunitních zdrojů.

Přínosem pro rozvoj multidisciplinární spolupráce v rámci komunitních týmů (včetně CDZ) byly kazuistické semináře, webináře se zahraničními tutory/lektory, pravidelná setkávání všech komunitních týmů v rámci krajů, která sloužila i k vzájemné výměně dobrých MD, mentoring a coaching gestorů projektu, vzdělávání v metodice CARE, v principech otevřeného dialogu, zavádění supervizí u virtuálních týmů a zahraniční stáže.





Týmy lůžkových zařízení

V hrubých obrysech je možno konstatovat, že koncept práce v lůžkových psychiatrických zařízeních byl hierarchický. Na vrcholu pomyslné pyramidy stál lékař. Sestry jsou lékařům tzv. k ruce. I když se v jednom prostoru vyskytuje „více profesí“, způsob jejich spolupráce by se těžko dal nazvat „multidisciplinárním“. Programy pro klienty měly spíše skupinový charakter.

Zavedení metody práce virtuálních týmů začalo přinášet výzvy pro reorganizaci práce na vlastních odděleních (I. úrovni multidisciplinarity). Byla zjevná potřeba více individualizované práce, potřeba mít na obou stranách styčné osoby – klíčové pracovníky. Byl zaveden systém primárních sester. Ty začaly za pomoci nově zavedených, avšak jednoduchých nástrojů (CARE, GAF, Kolo života) hodnotit funkční schopnosti pacientů a spolu s nimi vytvářely plán aktivit zaměřených na naplnění potřeb pacientů. Změnil se formát vizit. Byla zavedena práce v triádě, respektive klasické vizity nahrazovalo setkání lékaře, pacienta a jeho primární sestry. Toto vše vedlo na odděleních, kde byla multidisciplinární práce zaváděna, k výrazné emancipaci sester, zvýraznění týmové práce a fakticky k daleko větší horizontální spolupráci na rozdíl od předešlého hierarchického uspořádání.

Zaměstnanci nemocnic se od komunitních týmů dozvěděli, jak se vede pacientům po propuštění. Měli možnost vidět práci komunitních týmů během stáží. Napojovali se na další služby v komunitě potřebné pro naplnění plánu zotavení klientů. Tím vším se nemocnice začaly více otvírat vnějšímu světu a toto přinášelo i proměnu práce týmů nemocnic směrem k orientaci na princip zotavení, princip multidisciplinární práce v týmech nemocnic.

Intenzivní mentoring, edukace a strukturovaná koordinace s komunitními týmy realizovaná odbornými setkáními k implementaci zpracované metodiky webináři, kazuistickými semináři, vzděláváním v oblasti přístupu CARE, otevřeném dialogu, to vše posilovalo změnu paradigmatu práce. Medicínský a ošetrovatelský model byl obohacován komplexnějším přemýšlením. Stále více se ozřejmovala situace, že ten, kdo s pacientem tráví nejvíce času na odděleních, je také nositelem bezpečného, partnerského vztahu a podstatných informací a změn u pacienta. Ukazuje se tím klíčová role sester a ošetrovatelského personálu v celém systému péče o duševní zdraví, kterou je nutné více v systému posilovat a zvyšovat jejich kompetence. Tento fenomén mění kulturu uvnitř týmů psychiatrických nemocnic i psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic.

1.2 Vývoj na II. úrovni multidisciplinarity

Zavádění multidisciplinární spolupráce na II. úrovni v psychiatrických nemocnicích a na akutních psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic mělo řadu podobných rysů, zároveň však i odlišností. Pacienti na akutním oddělení zůstávají krátkou dobu, tudíž i způsob multidisciplinární spolupráce musí mít jiný charakter a dynamiku.

Procesy nastavení multidisciplinární spolupráce mezi psychiatrickými nemocnicemi (léčebnami) a komunitními týmy

Zavádění multidisciplinární spolupráce mělo v různých místech různou dynamiku danou historií předešlé spolupráce, prereformním nastavením managementu psychiatrické nemocnice atd.

Pokud někde existovala předešlá spolupráce mezi komunitním týmem a PN, byla spíše redukována na možnost návštěvy „svých klientů“ členy komunitních týmů. Vyšší úrovní bylo, že pracovníci PN dle svého uvážení doporučovali klientům podporu ze strany komunitních týmů po jejich propuštění.





Postup nastavování multidisciplinární spolupráce se v zásadě sestával z řady kroků, které jsou v další části metodiky detailněji zpracovány.

Zavádění multidisciplinarit na akutních odděleních

Ačkoliv jistá forma spolupráce mezi komunitními týmy a PN (hlavně následnými odděleními) existovala již před projektem, spolupráce mezi komunitními týmy a akutními odděleními byla minimální. Bylo to mimo jiné proto, že původní komunitní týmy složené převážně ze sociálních pracovníků (pracovníků v sociálních službách) byly soustředěny více na dlouhodobější sociálně rehabilitační práci s chronicky duševně nemocnými klienty a otázku krizí a akutní péče ponechávaly stranou své pozornosti. Rozvojem CDZ (propojením sociálních a zdravotnických pracovníků v jednom týmu) se práce terénních týmů rozšířila i o podporu klientů v akutní, krizové fázi onemocnění. Tím se i spolupráce s akutními lůžky ukazovala více jako potřebná či nezbytná.

Na začátku projektu formálně akutní oddělení existovala jen v rámci všeobecných nemocnic, včetně fakultních nemocnic. Formalizace akutních oddělení v PN vznikala až později. Proto naše pozornost cílila nejdříve na akutní oddělení všeobecných nemocnic a tato zkušenost byla následně přenášena i do vznikajících akutních oddělení v PN.

Tomuto tématu se samostatně věnuje metodika č. 6, která popisuje příklad dobré praxe z psychiatrické kliniky 1. VFN v Praze na Karlově, která byla vůbec prvním místem, s kterým jsme začali na zavádění multidisciplinarit I. i II. úrovně intenzivně pracovat, a to ve spolupráci s komunitním týmem CDZ Podskalí Fokusu Praha.

Zavádění multidisciplinarit u dalších cílových skupin

V textu strategie reformy je hlavní důraz kladen na dospělé osoby se závažným chronickým duševním onemocněním. Tato skupina byla tradičně vnímána jako nejvíce potřebná a rovněž komunitní služby péče o duševní zdraví se historicky soustředily převážně na tuto skupinu.

Jedním z reformních projektů bylo tedy i pilotování komunitních týmů, respektive CDZ, i pro další cílové skupiny (gerontopsychiatrie, děti, oblast závislostí, forenzní psychiatrie, týmy včasné intervence). Replikovatelnost multidisciplinární spolupráce zavedené u cílové skupiny SMI do dalších cílových skupin, využití silných stránek současných sítí sociálních služeb v krajích, role neziskového a občanského sektoru ve vytváření páteřních sítí služeb pro duševní zdraví v krajích, to vše je popsáno blíže v bodě 18 této metodiky a speciálně jsou tomuto tématu věnovány metodiky č. 12 a 13.

1.3 Vývoj na III. úrovni multidisciplinarit

Při intenzivní práci na reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných pacientů sílila potřeba zapojovat „všechny zdroje komunity“. Více se odhalovala skutečnost, jak je nutné zdroje, které v komunitě jsou a kterých často není málo, znát a vědět o jejich možnostech, vytvořit prostor pro spolupráci a zahájit spolupráci a následně koordinaci tak, aby byly dlouhodobé a systémové.

Jedním z prvních úkolů metodiků bylo v jejich kraji mapovat hlavní potřeby pacientů, překážky a zároveň zdroje na budování multidisciplinární sítě III. úrovně. Postupně se metodici napojovali na relevantní existující platformy či pracovní skupiny v kraji svého působení, někdy i sami „platformy“ vytvářeli či napomáhali jejich vzniku. Napojovali se na obce, opatrovníky, integrovaný záchranný systém, školy, poradny, sociální služby v dalších cílových skupinách. Spolupracovali s kraji, obcemi, městy. Byli zapojeni do procesu plánování, neboť přinášeli výstupy z podrobného mapování potřeb





pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích, které jednotlivé týmy zapojené do multidisciplinární práce realizovaly. Viz metodika č. 8, Multidisciplinární spolupráce ve Zlínském kraji, která popisuje mapování potřeb v PN Kroměříž.

1.4 Role metodiků v koordinaci multidisciplinární práce

Souhrnně lze konstatovat, že metodici postupně působili jako zprostředkovatelé a koordinátoři mezi všemi úrovněmi multidisciplinární spolupráce. Jejich role byly rozděleny do dvou úrovní velkého krajského metodika, kde každý kraj měl jednoho svého a několik malých metodiků, kteří byli alokováni do psychiatrických nemocnic, přičemž každá nemocnice měla jednoho svého metodika, několik metodiků bylo alokováno na akutní psychiatrická oddělení a několik metodiků bylo alokováno do komunitního sektoru služeb.

Zřízená nová role metodika v systému péče, motivace a nasazení lidí, metodické vedení gestory a strukturovaná práce v rámci zpracované *Velké metodiky zavádění multidisciplinární spolupráce* byly klíčem k nastavení multidisciplinární spolupráce průřezově v celé ČR. Systémová důsledná práce vedla ke změnám myšlení, procesů a měla konkrétní hmatatelné dopady na pacienty a jejich kvalitu života.

Pro další pokračování změn je žádoucí pracovat dál, udržet nastavené procesy, přistupovat k zavádění multidisciplinární práce systémově, ctít zákonitosti a respektovat odbornost, kterou s sebou přináší.

1.5 Změna myšlení a změna systému

Jako klíčové se ukázalo, že pro změnu systému je nutná změna základního paradigmatu – **z orientace na léčení přejít na princip zotavení, kde léčba je součástí celého procesu zotavení.**

V řadě míst jsme procházeli různými fázemi změny tohoto paradigmatu. Často se sice hodně hovořilo o zavádění principu zotavení, ale de facto se jednalo spíše o změny názvů než o skutečnou změnu přístupu. I proto jsme tématu zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací věnovali samostatnou metodiku č. 2.

Důležitou roli v tomto procesu měli i uživatelé a uživatelské organizace. Uživatelé sami zřetelně artikulovali, že z jejich pohledu je klíčové udržení kontroly nad vlastním životem, přestože mají (někdy i celoživotně) závažný problém se svým duševním zdravím. Proto jsme zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním věnovali samostatnou metodiku č. 3, která popisuje nejen procesy zapojování osob do vlastní údravy, ale i do dalších vrstev multidisciplinární spolupráce, zapojování peer konzultantů, ovlivňování veřejných politik, plánů, i financování a kvality celého systému profesionální i neformální pomoci.

Dalším důležitým výstupem ve změně myšlení v rámci projektu bylo, že komunitní péče musí být založena na místních strukturách a systémech, které integrují zdravotnické služby se sociálními systémy a komunitními organizacemi. Neměla by sestávat z izolovaných a oddělených částí služeb, ale měla by budovat kontinuitu péče, individualizované cesty péče a léčby pro uživatele v definované populaci na základě potřeb a zdrojů směřujících k jejich zotavení. Měla by být koncipována, plánována a rozvíjena jako celistvý systém, v němž jednotlivé zdravotní a sociální služby plní „určitou“ roli a tvoří kontinuální systém jen s dalšími přirozenými zdroji v komunitě. Tento kontinuální systém jsou schopni všichni naplnit prostřednictvím udržitelných, na spolupráci postavených partnerství.

V rámci projektu bylo patrné, že v českém prostředí koncept celistvého přístupu není neznámým, nicméně stálým problémem našich služeb duševního zdraví je jejich fragmentace.





Výše zmíněné cíle jsou často artikulovány, do praxe v rámci řízení a financování však nejsou prozatím propisovány do finančního a manažerského prostředí. To je výzvou a následnou povinností pro donátory odpovědné za řízení a financování péče o duševní zdraví.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 1. Schválit *Metodiku zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* ve formě doporučujícího/závazného dokumentu pro práci zdravotních a sociálních služeb v rámci systému péče o duševní zdraví v ČR.**
- 2. Ustavit roli metodiků multidisciplinární spolupráce v psychiatrických nemocnicích, komunitních službách, akutních odděleních všeobecných nemocnic a zajistit tuto funkcionalitu i na úrovni krajů a obcí.**
- 3. Nastavit systém financování tak, aby podporoval a bonifikoval multidisciplinární spolupráci v péči o duševní zdraví ve všech typech zařízení, nikoliv pouze v CDZ či multidisciplinárních týmech.**





Kapitola 2: Klíčové organizační nástroje pro řízení multidisciplinární spolupráce a jejich přínosy ke změně systému

Na počátku projektu byl pojem multidisciplinarity, a hlavně koncept a praxe multidisciplinárního přístupu v rozsahu, které s sebou přinesl, v našich podmínkách ojedinělý a spíše neznámý. Na konci projektu všechny zapojené služby duševního zdraví, všechny zapojené relevantní profese koncept přijímají.

Metodika multidisciplinarity se stala nosným a používaným materiálem a koncept tří úrovní multidisciplinarity se zaběhl v běžné praxi. Na úrovni výkonného výboru reformy MZ ČR se hovoří o multidisciplinarity jako o novém přístupu, který musí být principem všech budoucích plánů, činností a mechanismů financování.

V projektu byla implementována *Velká metodika multidisciplinární spolupráce*, která byla zpracována na jeho počátku. Všechny zapojené týmy, kterých bylo v souhrnu 170, realizovaly zavádění multidisciplinární spolupráce v rámci této metodiky. Metodika prošla pilotáží, stala se nosným metodickým materiálem a je aplikovatelná pro další práci i pro další cílové skupiny v systému péče o duševní zdraví v ČR.

V dalším textu uvádíme vybraných **23 klíčových principů** a **65 doporučení** pro udržitelnost nastavené multidisciplinární spolupráce a její další rozvoj.

Souhrnný přehled klíčových organizačních nástrojů pro řízení multidisciplinární spolupráce vycházející z dobré praxe při implementaci metodiky multidisciplinárního přístupu:

1. Změna myšlení a přístupu k duševně nemocným lidem
2. Nastavení multidisciplinárního přístupu v různých typech zařízení
3. Nastavení multidisciplinární spolupráce místními komunitními službami a zdroji
4. Propojení a sjednocení přístupu různých subjektů poskytujících služby v oblasti duševního zdraví
5. Sdílení dobré praxe
6. Rozvoj spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami
7. Kvalita života osob s duševním onemocněním jako klíčový nástroj pro hodnocení multidisciplinárního systému služeb
8. Posilování principů na zotavení orientované multidisciplinární spolupráce jako nástroj ke snižování používání omezujících prostředků
9. Zlepšení vztahu mezi pacienty/klienty a personálem
10. Zlepšení kontinuity péče
11. Snižování délky a počtu hospitalizací
12. Zavedení multidisciplinárního vzdělávání
13. Zavádění supervize
14. Zotavení je nadějí pro všechny pacienty, práce v rámci tzv. miniprojektů
15. Smlouvy o spolupráci multidisciplinárního přístupu
16. Stáže, vzájemné poznávání prostředí a vytváření důvěry
17. Posilování role psychiatrických sester
18. Spolupráce s kraji
19. Zavedení case managementu





20. Společné plánování

21. Zapojování rodiny

22. Zapojování uživatelů péče

23. Pozice koordinátorů multidisciplinární spolupráce v psychiatrických nemocnicích a zřízení oddělení pro reformu péče





1. Změna myšlení a přístupu k duševně nemocným lidem

Ze zahraničních příkladů dobré praxe bylo zřetelné, že ke změně systému je v první řadě zapotřebí změna přístupu a základních hodnot. Cesta od klasického modelu orientovaného dominantně na léčení a využívání velkých lůžkových zařízení k modelu orientovanému na zotavení s maximem podpory v běžném prostředí osob s duševním onemocněním vede skrze změnu myšlení všech dominantních subjektů.

Projekt svým zacílením na společnou práci zdravotnických a sociálních pracovníků orientovanou na individualizovanou podporu a pomoc konkrétním pacientům/klientům ve všech oblastech jejich potřeb napomohl ke značné harmonizaci obou sektorů. Koncept zotavení, přinášeno a posilováno řadou aktivit projektu (včetně zavádění přístupů a metod modelu CARE), výrazně přispěl jak k tvorbě společného jazyka mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky, tak i ke změně perspektivy, myšlení, přístupu k pacientům/klientům a v konečném důsledku k pozitivní změně samotné každodenní praxe.

Dle hodnocení samotných zaměstnanců psychiatrických nemocnic, zvláště těch zařazených přímo do MD projektu, došlo díky řadě aktivit projektu v mnoha oblastech ke změně jejich perspektivy a myšlení. Nyní vnímají svou práci jako součást procesu podpory svých pacientů, která překračuje hranice areálu psychiatrické nemocnice. Vnímají komunitní služby jako zdroj a potenciál, nikoliv již jako „možné ohrožení“. I přes někdy přetrvávající rezervovanost k cílům reformy, respektive deinstitucionalizace, více rozumí celému procesu a v řadě případů si umí představit svou roli v nově nastavované komunitní síti služeb.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 4. V budoucích strategiích i dalších koncepčních a metodických dokumentech (zdravotního i sociálního sektoru) nastavit orientaci na zotavení osob s duševním onemocněním a multidisciplinární spolupráci jako hlavní paradigmatu péče o osoby s duševním onemocněním.**
- 5. Na úrovni vzdělávání, řízení a financování péče o osoby s duševním onemocněním podporovat a rozvíjet aktivity vedoucí k propojování psychiatrické lůžkové péče a center duševního zdraví a multidisciplinárních týmů, které spolupracují s pacientem/klientem na jeho zotavení v přirozeném prostředí.**





2. Nastavení multidisciplinárního přístupu v různých typech zařízení

V úvodní části projektu, při oslovování řady poskytovatelů služeb, převládal názor, že multidisciplinární práce „je již realizována“. Realita však během projektu ukázala několik hlavních problémů, které byly počáteční překážkou, ale zároveň přinesly velký potenciál pro zkvalitnění multidisciplinární práce:

- ✓ spolupráce byla spíše nahodilá, nebyla ve většině případů strukturovaně vyjednána mezi managementy jednotlivých poskytovatelů služeb;
- ✓ nebyla v dobrém slova smyslu formalizována, často neexistovaly jakékoliv smlouvy o spolupráci;
- ✓ pro potřeby pacientů byla práce málo intenzivní, odborníci se potkávali v příliš dlouhých intervalech;
- ✓ práce probíhala více formou sdělování informací, nikoliv společným plánováním zotavení;
- ✓ realizoval se předvýběr pacientů „vhodných pro terénní práci, nepracovalo se se všemi pacienty, kteří jsou hospitalizováni v lůžkových zařízeních;
- ✓ do spolupráce nebyly zapojeny, a tedy využívány všechny komunitní služby a týmy a různé typy dalších zařízení;
- ✓ spolupráce probíhala více mezi pobytovými sociálními službami, především domovy se zvláštním režimem a psychiatrickými nemocnicemi, s malým využitím již existujících krajských služeb terénních komunitních týmů;
- ✓ akutní lůžková psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic byla zapojena v minimální míře.

Během projektu se podařilo nastavit systematickou a pravidelnou spolupráci především mezi lůžkovými zařízeními (jak následnými, tak akutními) a již existujícími komunitními službami/týmy, včetně všech CDZ a nových MD týmů. Podařilo se zapojit různé formy bydlení, domovy se zvláštním režimem, adiktologické týmy, sociálně aktivizační služby pro děti, domácí péči (home care) a další typy formálně ustavených služeb sociálního a zdravotního charakteru. Multidisciplinární spolupráce se tak nestala doménou pouze nově vzniklých center duševního zdraví a multidisciplinárních týmů, ale principem a přístupem mezi všemi subjekty poskytujícími péči o duševní zdraví. Svět izolovaných „pilířů“ jednotlivých typů služeb se stal světem propojené sítě. Síť ve 4 dimenzích, na nichž je potřebné dále pracovat.

Rozvoj multidisciplinární spolupráce, která zajišťuje kontinuitu péče, se tak podařilo nastavit v následujících dimenzích:

1. **Mezi různými typy služeb** – následnou péčí zdravotní i sociální – akutní a krizovou péčí především zdravotního typu – komunitní péčí CDZ, multidisciplinárních týmů a komunitních terénních týmů sociálních služeb – sociálními službami především typu bydlení – neformální péčí komunity a rodiny – a ve třetí úrovni pak policie, záchranné zdravotní péče a úřadů, včetně opatrovníků.
2. **Mezi jednotlivými cílovými skupinami** – tak, aby péče umožňovala vývojovou kontinuitu orientovanou na různorodé potřeby lidí v případě různých komorbidit onemocnění, například u duálních diagnóz se rozvinula spolupráce mezi CDZ, adiktologickým multidisciplinárním týmem a psychiatrickou nemocnicí. U dětské populace se rozvinula spolupráce mezi CDZ, dětským týmem sociální rehabilitace či sociálně aktivizačních služeb a psychiatrických nemocnic pro děti. V péči o vážně duševně nemocné v seniorském věku zase spolupráce mezi





MD týmem pro gerontopsychiatrickou populaci, psychiatrickou nemocnicí a domácí pečovatelskou službou.

3. **Na úrovni jednotlivých území** – integrované modely péče na jednotlivých územích, kde ve vzájemné kooperaci pracují všechny služby a komunitní zdroje ve prospěch zotavení pacienta. Každá ze služeb plní určitou roli, kterou má v systému určenou a je za ni honorována, ale zároveň ví, že všechny potřeby člověka s duševním onemocněním nevyřeší sama, ale potřebuje k tomu další partnery na svém území. K tomuto účelu má ustavena „regionální partnerství“, případně regionální organizační uspořádání, která sledují efektivitu využívání lidských a finančních zdrojů v daném integrovaném modelu péče. V rámci projektu jsme učinili první krok tímto směrem.
4. **Spolupráce mezi jednotlivými sektory** – klíčovým byl sektor zdravotní a sociální, později v oblasti péče o dětské duševní zdraví sektor školský a další.

Tím, že se podařilo do projektu zapojit takřka všechny psychiatrické nemocnice a cca 170 týmů, tedy většinu existujících komunitních týmů orientovaných na podporu osob se závažným duševním onemocněním, včetně všech nově vznikajících CDZ, se nový způsob práce zdařilo implementovat na celém území republiky.

Detailní metodické přístupy platné pro všechny typy služeb popisuje *Velká metodika*, která vznikla na počátku projektu a byla pilotně ověřována.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

6. **Multidisciplinární princip práce** ustavit jako standard práce dle schválené *Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním* na úrovni vnitřních směrnic a standardů u poskytovatelů zdravotní a sociální péče, kteří pracují s pacienty a klienty s duševním onemocněním.





3. Nastavení multidisciplinární spolupráce s místními komunitními službami, organizacemi, institucemi a dalšími neformálními zdroji v komunitě

Problematika péče o duševní zdraví se bezesporu i díky projektu multidisciplinarity ve všech krajích značně zviditelnila. Spolupráce s důležitými subjekty, jako jsou úřady místní samosprávy, policie, zdravotní záchranná služba, se v řadě míst posunula kvalitativně na vyšší úroveň. Důležitou roli zde sehrálo vytvoření nové pozice krajského koordinátora na každém ze 14 krajů České republiky a obdobně vytvoření role transformačního specialisty v každé z psychiatrických nemocnic v ČR. Týmová spolupráce metodiků multidisciplinarity s krajskými koordinátory a transformačními specialisty byla klíčem k oné významné kvalitativní změně v oblasti péče o duševní zdraví obyvatel v ČR.

Pro představitele obcí došlo poprvé ke zpřehlednění hospitalizovaných pacientů z jejich spádové oblasti v psychiatrických nemocnicích. Obce si velmi cenily toho, že byly systematicky ke spolupráci přizývány, byly součástí mapování potřeb pacientů, zjišťovaly, jaké služby v daném území chybí, a mohly je integrovat do svých komunitních plánů péče. Tento proces byl započat, není ještě nastaven jako systémová práce, v ní se musí dále pokračovat. Co však bylo průlomové, je práce s anonymizovanými „cenzy“, tj. přehledy hospitalizovaných pacientů, které umožňují všem poskytovatelům plánovat kapacity pro dostatečnou péči.

Třetí úroveň multidisciplinarity poukázala na důležitost spolupráce s integrovaným záchranným systémem. Prioritně s policií, městskou i státní. Dále se zdravotnickou záchrannou službou a hasičským záchranným sborem.

Neformální komunitě, která je vhodná pro využití přirozených zdrojů občanské společnosti, je věnována metodika č. 11, Mobilizace a využívání přirozených zdrojů komunity.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 7. Zajistit v psychiatrických nemocnicích a komunitních službách pokračování kontinuity nastavené III. úrovně multidisciplinární spolupráce s obcemi, městy a kraji, pro tuto činnost zřídit, vyčlenit pozici metodika multidisciplinární práce v psychiatrických nemocnicích a komunitních týmech.**
- 8. Analyzovat potřeby hospitalizovaných pacientů, ideálně dále dle metodiky CARE, a sdílet anonymizované výstupy o potřebách dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s kraji a obcemi pro potřeby komunitního plánu obcí a střednědobých plánů krajů (vedení nemocnice 1x za 3 měsíce předá tento výstup vedoucímu zdravotního odboru na příslušném krajském úřadu).**
- 9. Vyjednat a navázat v místě působení dané služby systémovou spoluprací se zdravotnickou záchrannou službou a městskou a státní policií, s cílem uzavření smlouvy o spolupráci.**
- 10. Poskytovat anonymizovanou analýzu tzv. cenů o všech hospitalizovaných pacientech příslušným spádovým týmům (vedení psychiatrické nemocnice 1x měsíčně poskytne anonymizované cenzy kurčitému datu o hospitalizovaných pacientech daným spádovým týmům, s nimiž má uzavřenou smlouvu o spolupráci).**





4. Propojení a sjednocení přístupu různých subjektů poskytujících služby v oblasti duševního zdraví

Během realizace MD projektu se ve většině podpořených týmů podařilo zavést jako standardní praxi řadu nových aktivit. Jednalo se především o tvorbu plánu zotavení v „triádě“ (pacient/klient, case manager – pracovník lůžkového zařízení, case manager – pracovník komunitní služby), vzájemné stáže pracovníků mezi jednotlivými zařízeními, společné kazuistické semináře, společné supervize. Všechny tyto zmiňované aktivity jako celek významně přispěly k prolomení časté počáteční animozity mezi světem lůžkové péče a světem komunitních služeb. Virtuální týmy takzvané II. úrovně mají nyní velmi přátelské pracovní nastavení.

Plán zotavení a používání metodiky CARE (i jí podobných nástrojů) se ukázaly jako cesta společné práce pro osoby s duševním onemocněním s pracovníky lůžkových zařízení i komunitních služeb. Ukázaly se jako vhodný nástroj k propojení a sjednocení přístupů různých subjektů poskytujících služby v oblasti duševního zdraví.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 11. Zavádět plány zotavení a vyhodnocování kvalitativních ukazatelů přístupů zotavení do vnitřních směrnic všech služeb v oblasti péče o duševní zdraví, a to jak lůžkových, tak komunitních. Doporučujeme využívání nástrojů metody CARE (případně podobných) jako standardního postupu napříč všemi službami v oblasti péče o duševní zdraví.**





5. Sdílení dobré praxe

Díky rozdílnosti situací napříč kraji, různým lokálními zdroji a iniciativám postupně vznikaly během realizace projektu na různých místech inovativní přístupy a postupy. Jen například v Jihomoravském kraji vzniklo originální zapojení cca 20 sociálně aktivizačních služeb pro rodiny pečující o děti s duševním onemocněním, v Karlovarském kraji intenzivně pracovali se zapojením rodinných příslušníků, v Ústeckém kraji byla dobře nastavena spolupráce mezi komunitním týmem pro SMI a adiktologickými službami, velmi dobře byla MD spolupráce nastavena v PN Bohnice a další příklady dobré praxe viz 14 zpracovaných metodik dobré praxe. Tyto příklady dobré praxe multidisciplinární spolupráce byly prezentovány na pravidelných setkáváních metodiků, na setkávání krajů a při dalších různých příležitostech. Finálně byly tyto příklady dobré praxe zapracovány do dílčích metodických materiálů.

Sdílení dobré praxe z českého prostředí a inspirace z dobré praxe ze zahraničí se ukázaly jako klíčový nástroj pro změnu myšlení o systému péče o duševní zdraví. Jak z hodnocení účastníků zahraničních stáží, webinářů i seminářů, tak i z dobré tuzemské praxe vyplývá značný dopad a vliv sdílené dobré praxe na představu možností, jak péči poskytovat, organizovat, využívat již zdroje, které v systému existují, novým, na zotavení zaměřeným způsobem.

V rámci udržení a pokračování nastavených trendů a procesů dobré praxe u jednotlivých poskytovatelů služeb vznikla v závěru projektu myšlenka vytvořit minimální kritéria dobré praxe multidisciplinární spolupráce a nastavit sebehodnotící procesy u poskytovatelů. Kritéria dobré praxe multidisciplinarity by se měla zpracovat do stručné metodiky a k ní nastavit sebehodnocení pro jednotlivé poskytovatele. 1x ročně by poskytovatel ustavil hodnotící skupinu ze svých zaměstnanců a peer pracovníků a dle nastavených kritérií by prošel sebehodnotícím procesem se zpracováním sebehodnotící roční zprávy. Tímto procesem, založeným na vnitřní motivaci, poskytovatel služby deklaruje svou společenskou odpovědnost poskytovat služby multidisciplinárně. Systém by následně mohl být využíván pro stáže, vzdělávání, destigmatizační aktivity. Koncept sebehodnocení je postaven na síle vnitřní motivace, která posiluje společensky odpovědné jednání a chování a snižuje závislost poskytovatelů na vnějších pobídkách, kterými jsou v současné době zatíženi. Praxe projektu nám ukázala, že mnoho pracovníků, pokud mohou fungovat v dobře nastaveném systému, má vnitřní motivaci jej naplnit smysluplnou prací.

Příklad kritérií dobré praxe:

1. Uzavřené smlouvy o spolupráci virtuálních týmů
2. Zavedený systém klíčových pracovníků – průvodců zotavením
3. Zavedený systém zpracovávání plánů zotavení (doporučení dle metodiky CARE), realizovaný spolu s pacientem
4. Zavedený systém plánování v triádě
5. Pravidelné zpracovávání celkových anonymizovaných údajů o potřebách pacientů
6. Zavedený systém spolupráce s krajem a obcemi





METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 12. Na národní i krajské úrovni vytvořit systém (platformu) na sběr, dokumentaci a šíření dobré praxe.**
- 13. Vytvořit systém sebehodnocení/sebeevaluace poskytovatelů v naplňování multidisciplinární spolupráce v systému péče o duševní zdraví.**
- 14. Organizačně a finančně zajistit možnost stáží v místech (licencované) dobré praxe multidisciplinární spolupráce**





6. Rozvoj spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami

Před rozvojem projektů zaměřených na budování sítě CDZ pro SMI a další cílové skupiny existovaly terénní komunitní týmy, ale byly složeny převážně ze sociálních pracovníků a pracovníků sociálních služeb. Tyto týmy se snažily navazovat spolupráci s místními ambulantními psychiatry v podstatě jako s externími spolupracovníky. Zdravotní sestry, zvláště pak psychiatrické sestry, byly jako členové těchto týmů spíše výjimkou. Proto sociální a zdravotní sektor existovaly jako dva paralelní světy. Synergií projektů rozvoje CDZ a projektu multidisciplinarity došlo k vzájemnému pochopení jednak toho, jaká profese je v čem specifická, a jednak toho, v čem jsou sociální a zdravotní pracovníci vzájemně komplementární. Postupně docházelo a dochází k pochopení toho, že duševní onemocnění je komplexním problémem, který v sobě nese somatické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Sociální determinanty duševního onemocnění jsou významné pro celkové zotavení člověka a jejich závažnost roste s mírou délky duševního onemocnění. Je tedy nemožné přistupovat k celkovému zotavení člověka redukcionistickým způsobem. Pochopení a přijetí toho, že stabilizace zdravotního stavu je jedním, nikoliv však jediným předpokladem pro cestu zotavení, vedlo k výrazně kvalitativní proměně komunitní (mimonemocniční) sítě služeb jako takové.

Pro rozšíření multidisciplinárního principu na celonárodní úroveň se práce jen s týmy CDZ ukázala jako nedostatečná. Projekt zavádění multidisciplinární spolupráce se tedy zaměřil na všechny existující komunitní týmy. Byla využita kapacita týmů sociální rehabilitace pracujících po celé České republice ve všech krajích. Řada těchto týmů má vysokou motivaci i kompetenci rozvinout své služby do zdravotně-sociálního pomezí, avšak vzhledem k personálnímu nedostatku zdravotnických pracovníků je pro ně naplnění standardů CDZ aktuálně nedosažitelné. Jako reálná se proto jeví strategie postupného rozšiřování existujících týmů sociální rehabilitace o zdravotnické pracovníky, především sestry se specializací ošetrovatelství v psychiatrii. Zvýšení rolí a kompetencí sester se specializací v systému péče multidisciplinárních týmů směrem k jejich větší samostatnosti a odpovědnosti, to je směr, který umožní využít potenciál a zajistit dostupnost systému péče CDZ a MD týmů po celé ČR. Tento koncept by měl být plánovaným a řízeným procesem.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 15. Vytvořit organizační a finanční podmínky k možnosti postupného začleňování psychiatrických sester do existujících komunitních týmů.**
- 16. Pro další rozvoj CDZ a multidisciplinárních týmů a možnost zaměstnat sestry se specializací v psychiatrii v multidisciplinárních týmech realizovat změny v délce specializačního vzdělávání sester a rozvoj nových specializací ve vzdělávání sester potřebných na trhu např. v oblasti dětských multidisciplinárních týmů.**
- 17. Hledat řešení pro zvýšení kompetencí sester v multidisciplinární práci a multidisciplinárních týmech pro duševní zdraví vytvořením systému, kde všeobecná sestra bude nositelem vybraných výkonů v multidisciplinárních týmech a CDZ, což umožní všeobecné sestry zaměstnat v týmech, finančně pokrýt jejich náklady a co nejrychleji zajistit jejich specializaci v oblasti psychiatrie.**





7. Kvalita života osob s duševním onemocněním jako klíčový nástroj pro hodnocení multidisciplinárního systému služeb

V našem systému péče o osoby s duševním onemocněním existuje řada standardů, pravidel a norem. Některé z nich upřednostňují hodnocení a odměňování služeb dle měřítek, která ne vždy sledují to, jestli intervence a způsob nastavené práce vedou ke zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. Může se jednat o mechanismy posilující „obložnost“ lůžkových zařízení, výkonový způsob práce atd.

V rámci MD projektu se dařilo dosáhnout dramatického zlepšení kvality života u řady pacientů, kteří byli z nemocnice „bezpečně“ propuštěni s podporou komunitních týmů sociální rehabilitace a CDZ. Často i po mnohaleté hospitalizaci se podařilo člověka s duševním onemocněním integrovat do přirozených životních podmínek.

Řada z nich byla schopna s podporou komunitních týmů bydlet v běžných bytových podmínkách, najít si práci, a to i na otevřeném pracovním trhu.

Ke zlepšení kvality života došlo bezesporu i tím, že zaváděním MD spolupráce se dařilo předcházet hospitalizacím či se zkracovala jejich délka.

Zavedení principu přístupu orientovaného na zotavení pacientů/klientů u zdravotnických pracovníků (včetně pracovníků lůžkových zařízení) se promítlo nejen do kontroly a léčení nemoci, ale i do podpory všech oblastí života, které jsou duševní nemocí zasaženy a paralyzují člověka v normálním životě – od práce s nadějí přes zplnomocnění až po oblast bydlení, práce, nové sociální role.

Celkový přístup se stal komplexnější a ve svém důsledku daleko soustředěnější na celkovou kvalitu života osob s duševním onemocněním.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

18. Zařadit multidisciplinární hodnocení kvality života ve všech oblastech životních potřeb pacienta jako jeden ze základních nástrojů hodnocení kvality služeb a následně i jejich financování.
19. Zapracovat do vnitřních směrnic poskytovatelů služeb lůžkového typu princip, kdy při propouštění pacienta je při respektování všech jeho potřeb a přání zajištěna bezpečná podpora a potřebná následná psychiatrická a sociální rehabilitace v přirozeném prostředí pacienta. Kontinuita péče a podpory je zajištěna tak, aby se maximalizovala možnost návratu pacienta do běžného života po hospitalizaci. Tato multidisciplinární práce je uplatňována zvláště u pacientů s anamnézou suicidálních pokusů. V indikovaných životních a klinických situacích je realizována asertivní práce multidisciplinárních týmů.





8. Posilování principů na zotavení orientované multidisciplinární spolupráce jako nástroj ke snižování používání omezujících prostředků

Jak je zřejmé z výzkumů zahraničních zkušeností a výpovědí samotných osob s duševním onemocněním, je aplikování omezujících prostředků jak během převozu do nemocnice, tak během hospitalizace v lůžkových psychiatrických zařízeních značně traumatizujícím zážitkem a je komplikovaným nástrojem při nastavování bezpečného vztahu, který je jedním z principů při cestě zotavení se člověka z duševního onemocnění. Z pohledu zaměstnanců záchranného systému i lůžkových služeb se v klasickém způsobu práce jeví používání omezujících prostředků v některých situacích jako nezbytné a nevyhnutelné.

Během MD projektu se ukázalo, že i bez větších personálních a finančních nákladů je možno frekvenci a délku užití omezujících prostředků snížit. V rámci sdílení zahraničních zkušeností se jako velmi efektivní ukázalo zavádění přístupů pro terapii psychomotorického neklidu.

Na základě sdílení praktických zkušeností lze konstatovat, že ke snížení používání omezujících prostředků (kromě klasických přístupů, jako je trénink v deeskalačních technikách) přispívají zejména následující systémová opatření či přístupy zaváděné v rámci multidisciplinární práce:

1. Zavedení role primárních sester, kdy jedna sestra má individuálně na starosti kolem 5 osob, vede ke značné proměně jejich angažovanosti a porozumění „svým klíčovým“ pacientům.
2. Větší nastavení MD spolupráce, zplnomocňování psychiatrických sester, respektování jejich postřehů týkajících se možných spouštěčů rušivého chování a možností jejich snížení.
3. Zapojení klíčových pracovníků komunitních služeb do podpory hospitalizovaných pacientů hned po jejich přijetí, dosažení kontinuity bezpečného vztahu v době nekomfortní situace pro pacienta.
4. Asistence klíčových pracovníků komunitních týmů v procesu přijímání pacientů na psychiatrická lůžková zařízení.
5. Vnímání rušivého chování nejen jako projevu „nemoci“, ale jako reakce na nepříjemné situace, kterým je osoba v roli pacienta lůžkového oddělení vystavena v propojení na své prožívání.
6. Pravidelné hodnocení situací, kdy bylo nutno použít omezující prostředky, hledání alternativní strategie do budoucna v rámci MD týmu.
7. Proaktivní zapojení osoby, u které bylo použito omezujících prostředků, do vytváření budoucích alternativních plánů.
8. Cílené hledání pobytových alternativ hospitalizace.
9. Multidisciplinární spolupráce a adekvátní terapie neklidu dokážou významně ovlivnit bezpečí pacienta, prognózu onemocnění a zkrátit dobu léčby.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

20. Vypracovat a do standardů akutních i následných psychiatrických oddělení zavést komplexní metodiku multidisciplinárního přístupu kontroly a snižování používání omezujících prostředků dle sestavených 9 témat, včetně rozhovoru s pacientem o zhodnocení použitého přístupu a terapie a zpracování krizového plánu (doporučení dle metody CARE) pro potencionální další obdobné situace psychomotorického neklidu.
21. Zavést vzdělávací programy orientované na komplexní multidisciplinární přístup jako prevenci užívání omezujících prostředků s využitím již zpracovaných podkladů v rámci projektu deinstitutionalizace.





9. Zlepšení vztahu mezi pacienty/klienty a odborným personálem

V průběhu projektu byla značná pozornost věnována roli **vztahu**. Vztahu mezi personálem a pacienty/klienty na všech úrovních MD spolupráce. Široké zavedení metody CARE a zavádění prvků na zotavení orientovaného životního koučinku velmi přispělo k pochopení role vztahu mezi odborným personálem a pacienty jako hlavního nástroje bezpečné podpory a pomoci.

Tvorbou plánu zotavení v „triádě“ se dříve kolektivní péče proměnila v péči značně individualizovanou. K vnímání „pacienta“ jako lidské bytosti jistě přispěly i kazuistické semináře orientované na práci s celým životním příběhem pacientů/klientů.

Zavedení role primárních sester vedlo k posunu od dříve často i vyžadovaného profesionálního odstupu mezi pacientem a sestrou k více osobnímu, vzájemně partnerskému vztahu. Pacienti měli příležitost nevnímat sestry pouze jako pracovníky v „uniformě“, ale také jako lidské bytosti s vlastním příběhem.

Důležité bylo i to, že pracovníci lůžkových oddělení dostávali i po propuštění pacientů informace o tom, jak se jim vede (samozřejmě s jejich vlastním souhlasem). A pokud byla nutná další hospitalizace, dotyčná osoba byla již osobou s příběhem „lidského života“, nejen s příběhem dekompenzovaného pacienta.

Inspirativní byly domácí i zahraniční zkušenosti z některých lůžkových zařízení, kde zaměstnanci odložili uniformy a chodili v civilním oblečení. Ve společných prostorách visely fotografie pracovníků oddělení s krátkým textem popisujícím je jako civilní osoby s vlastními zájmy, tužbami, přáními.

Celkově lze shrnout, že kvalita vztahu mezi pacienty a pracovníky psychiatrických lůžkových zařízení, zvláště na odděleních, kde byly týmy přímo zapojeny do MD podpory, prošly výraznou proměnou.

Bezpečný vztah využívající partnersky neformální nástroje s profesionálními hranicemi a respektující způsob s orientací na zplnomocňování a zkompetentňování pacientů/klientů se ukázal jako jeden z klíčových nástrojů podpory osob s duševním onemocněním na jejich cestě zotavení.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 22. Zařadit do pregraduálního, postgraduálního a kontinuálního vzdělávání zdravotních a sociálních pracovníků a pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví rozvoj dovedností pro práci v partnerském a zplnomocňujícím vztahu s pacientem/klientem jako klíčový nástroj práce.**
- 23. V psychiatrických lůžkových zařízeních zavádět opatření snižující institucionální atmosféru a zmenšující odstup mezi zaměstnanci a pacienty/klienty.**
- 24. Zavést supervize v psychiatrických nemocnicích jako nástroj pro podporu profesionálů v multidisciplinární spolupráci.**





10. Zlepšení kontinuity péče

Před zavedením MD spolupráce byla sice snaha ze strany lůžkových zařízení zajistit kontinuitu péče pro propuštěné pacienty, ale v realitě se povětšinou jednalo o doporučení k návštěvě ambulantního psychiatra nebo o přeložení pacienta do pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem.

Zavedením MD spolupráce **virtuálních týmů**, nastavením tvorby plánu zotavení v triádě a zavedením systému navazování partnerského vztahu mezi pacientem a jeho budoucím klíčovým pracovníkem komunitních služeb se kvalita kontinuity péče dramaticky změnila k lepšímu. Role klíčových pracovníků komunitních týmů jako průvodců a koordinátorů péče pokračovala, i když dotyčná osoba byla paralelně v péči další služby, například typu chráněného bydlení.

Kontinuita péče byla nastavena i v případech, kdy klient komunitní služby potřeboval hospitalizaci. Ta byla, pokud to z časových důvodů bylo možné, připravována spolu s lůžkovým zařízením. Pokud byla vyhodnocena potřeba, spolupráce se nastavila i se záchrannou službou, případně policií. Tímto se často podařilo předejít dramatickým situacím před hospitalizací. Velmi často někdo z komunitního týmu asistoval při celém procesu hospitalizace. Před zavedením těchto opatření docházelo i k tomu, že zavolaná záchranná služba převoz do nemocnice odmítla, jelikož dotyčná osoba aktuálně neprojevovala známky toho, že je nebezpečná sobě či svému okolí.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

25. Finančními a organizačními nástroji podporovat a dále rozvíjet princip, kdy case manager (respektive komunitní tým / tým CDZ) doprovází podporovanou osobu i v situacích, kdy je paralelně či časově ohraničeně v péči jiné služby.
26. Organizačními a legislativními nástroji podpořit a dále rozvíjet princip osobního plánu zotavení jako rámec pro kontinuitu nastavování individualizované péče i napříč různými typy služeb.





11. Snížení délky a počtu hospitalizací

Před rozvojem MD spolupráce mezi lůžkovými a komunitními službami v psychiatrických nemocnicích panovalo přesvědčení, že některé dlouhodobě hospitalizované pacienty nebude možno nikdy propustit a jejich hospitalizace bude mít v podstatě doživotní charakter, takže není ani zapotřebí, aby se do péče o tyto osoby komunitní týmy zapojovaly. Byl používán termín „nepropustitelný“ pacient. Nastavení spolupráce na úrovni virtuálních týmů (včetně takzvané práce v triádě dle *Metodiky multidisciplinární spolupráce*) a zacílení na všechny dlouhodobě hospitalizované pacienty vedlo k tomu, že cca stovky „nepropustitelných“ pacientů byly z nemocnic integrovány do běžnějších či zcela běžných životních podmínek.

Ukázalo se taktéž, že na základě hodnocení stavu pacientů (jejich schopností a dovedností) v nemocničních podmínkách není možno dobře stanovovat jejich schopnost sebezpečí, samostatnosti a adaptace v běžných životních podmínkách. Adaptace na podmínky nemocnice (institucionalizace – E. Gofmann hovoří o čtyřech typech či strategiích adaptace na život v instituci) je zřetelně jiný proces než adaptace v běžných životních podmínkách. Jako velmi užitečné se ukázalo, když přechod z nemocnice do běžné komunity byl pozvolný a „návčik“ potřebných dovedností probíhal formou zkušebních postupných pobytů v co nejnornálnějších podmínkách.

Zpočátku se taktéž stávalo, že někteří dlouhodobě hospitalizovaní pacienti nebyli zařazeni do práce s komunitními týmy s argumentem, že se „nechtějí nikam posunout“ a jsou v psychiatrické nemocnici spokojeni. Často se však ukázalo, že nechuť k opuštění nemocničního prostředí není dána „spokojeností“ s vlastní situací, ale spíše obavou z neznámého. Odpovídající reakcí nebyla rezignace na možnost „propuštění“, ale nastavení pozvolné, bezpečné a individualizované cesty zotavení s podporou komunitních týmů a CDZ.

Zpočátku byl ve většině lůžkových zařízení ustanoven princip, že pracovníci zařízení vybírali, kdo by měl a kdo by neměl být doporučen pro „zařazení“ do podpory ze strany komunitních týmů. Jako efektivní se ukázaly, zvláště na akutních odděleních, týdenní porady mezi komunitními týmy a pracovníky lůžkového oddělení, kde se na společných poradách či konziliích vzájemně hovořilo o plánu zotavení pro všechny pacienty, kteří jsou hospitalizováni na lůžkovém oddělení. Nedochozí tak k „předvýběru“ pacientů, ale k práci a přemýšlení nad všemi pacienty. Celý systém tak ví o všech pacientech a jednotlivé týmy mohou plánovat své časové a odborné kapacity potřebné k práci. Díky popsánému posunu mohla být kapacita komunitních týmů využita efektivněji. Kapacita týmů byla nabízena většímu množství klientů, než bylo dříve indikováno pracovníky lůžkových oddělení. Podstatná změna pohledu spočívala v tom, že fakt hospitalizace byl vnímán nejen jako důsledek „dekompenzace“ duševního onemocnění, ale jako důsledek toho, že aktuální životní strategie té které osoby/pacienta prochází krizí a je zapotřebí změn, kterých není možno dosáhnout jen pobytem „na lůžku“.

Jako důležitá se taktéž ukázala intenzivní podpora osobám, u kterých se blížila situace jejich překlada z akutního na následné lůžko. Včasným zapojením komunitních týmů se překlada na následná lůžka dalo často předejít a předešlo.

V počátcích projektu byly způsob a intenzita spolupráce lůžkových psychiatrických nemocnic a komunitních týmů ne zcela organizovány. PN často argumentovaly nepřehledností sociálních služeb, jejich velkým množstvím a neznalostí toho, co která služba dělá.





V projektu jsme tedy přistoupili k určité míře organizace systému. Efektivní a přehledná se osvědčila organizace týmů po 100 000 „spádových“ územích. V každém takto velkém regionu byl ustaven/vyjednán jeden spádový tým. Simulovala se tak budoucí práce 100 CDZ v systému péče. Týmy a nemocnice měly uzavřenou smlouvu o spolupráci. Komunitní týmy a CDZ pak dále organizovaly potřebnou péči a podporu pro pacienta v komunitě, včetně dalších potřebných sociálních a zdravotních služeb.

Byl tak nastavován systém, který můžeme nazvat „výstupní branou“ ze systému lůžkové péče a „vstupní branou“ do systému komunitní péče.

Tento systém přispěl ke snižování počtu hospitalizací, ke zkracování doby hospitalizace, ke kontinuitě péče i k asistovaným a řízeným hospitalizacím s podporou CDZ a komunitních týmů.

Často se na počátku projektu opakovala situace, kdy u člověka s duševním onemocněním se stupňující se nepohodou v jeho životě docházelo i ke zhoršování jeho duševního zdraví. Nastavený systém však neměl jak dopravit informace o potřebách člověka v ohrožení duševního zdraví do CDZ či komunitního týmu. Docházelo tak ke ztrátě cenného času, kdy systém prostřednictvím CDZ či komunitních týmů mohl realizovat řadu intervencí ve prospěch člověka/pacienta. Pokud se tento čas využil a tým se efektivně a včas dozvěděl informace, pacienta viděl, mohl s ním začít pracovat a provést vyhodnocení potřeb, mohl komplexněji rozhodnout o dalším postupu, často bez potřeby hospitalizace.

Bylo důležité, aby se tým s pacientem sešel, provedl zmapování potřeb a následně mohli situaci společně vyhodnotit. Pokud tým zjistil, že nejsou adekvátní zdroje pro řešení situace v přirozeném prostředí, tým spolu s pacientem a jeho rodinou plánoval a realizoval hospitalizaci s podporou. Plánování jednotlivých kroků probíhalo vždy spolu s pacientem a s jeho souhlasem. Často měl tým i prostor a čas pracovat s celým zázemím a blízkým okolím pacienta, což mělo významný vliv na pozitivní vývoj celé situace směrem k její stabilizaci.

Ze zkušeností ze zahraničí vyplývá, že hospitalizaci pacientovi často musí doporučit více odborníků než pouze jeden lékař. Vstup do systému nejdražší části, kterou je lůžková péče, prochází poměrně precizním filtrem proto, aby nebyla lůžková péče nadužívána a systém zotavení byl efektivní. Maximální snaha je podporovat a poskytovat péči v přirozeném prostředí, přirozenými prostředky.

Je tedy žádoucí organizačními opatřeními rozvíjet systém péče o duševní zdraví tak, aby než dojde k plánu na hospitalizaci pacienta v lůžkové psychiatrické péči, byl vytvořen postup, kdy CDZ či multidisciplinární tým realizují kontrolní vyšetření. Tým vyhodnotí situaci a potřeby pacienta a nastaví krizový plán s poskytnutím podpory v přirozeném prostředí. Pokud tým spolu s pacientem a jeho sociálním okolím nenajde potřebné zdroje, realizuje hospitalizaci s doprovodem.

Tým pak nadále zůstává ve spolupráci s týmem akutního oddělení, kde je pacient hospitalizován. Společně plánují propuštění pacienta s podporou CDZ či multidisciplinárního týmu. V případě, že by se uvažovalo o překladi pacienta do následné lůžkové péče, je tato situace probrána s CDZ či multidisciplinárním týmem a hledají se prostřednictvím společného plánování možnosti, jak této situaci předejít.

CDZ a multidisciplinární týmy se stávají součástí společného rozhodování o využívání lůžkové psychiatrické péče. Tedy rozhodování a plánování vstupu pacienta do lůžkové péče a výstupu pacienta z lůžkové péče, kdy CDZ a MD týmy aplikují kontinuální podporu pacientům od lůžka do přirozeného prostředí.





METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 27. S každým pacientem pracovat na plánu zotavení bez ohledu na délku hospitalizace, s cílem nastavení života v co možná nejběžnějších, mimonemocničních podmínkách.**
- 28. Organizačními a finančními opatřeními rozvíjet možnost multidisciplinární podpory ze strany CDZ, multidisciplinárních týmů, komunitních týmů a „home care“, a to i pro další cílové a věkové skupiny než pouze SMI. Postupně tak saturovat potřeby většiny hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích a všeobecných nemocnicích v celé jejich komplexnosti. Nastavovat tento systém práce jak při přípravě propuštění pacienta, tak následně po propuštění z hospitalizace na lůžkovém psychiatrickém zařízení. Tedy replikovat systém zavedený pro SMI i pro další cílové skupiny.**
- 29. Organizačními opatřeními postupně rozvíjet systém péče o duševní zdraví tak, aby byla možnost, než dojde k plánu na hospitalizaci pacienta a pacient vstoupí do systému lůžkové psychiatrické péče, využít potenciál i týmů CDZ či multidisciplinárních týmů při zhoršení zdravotní a sociální situace pacienta, a to stále v jeho přirozeném prostředí.**
- 30. Nastavovat systém ke vzájemné spolupráci ambulantních zařízení a lékařů s CDZ a MD týmy. Týmy realizují ve spolupráci s ambulantními lékaři screening potřeb a zpracování krizového plánu. Následně tým poskytne podporu pacienta v přirozeném prostředí, pokud nejsou dostatečné zdroje, realizuje hospitalizaci, kdy pacienta doprovází. Po dobu hospitalizace udržuje proaktivní spolupráci s pacientem i týmem akutního oddělení, kde je pacient hospitalizován. Plánuje společné propuštění. V případě uvažování o překladi pacienta do následné lůžkové péče je tým součástí opětovného zhodnocení potřeb a vytváření plánu podpory tak, aby k překladi pacienta nemuselo dojít a tato praxe se minimalizovala.**





12. Zavedení multidisciplinárního vzdělávání

Již na počátku projektu, a o to silněji během zavádění multidisciplinárních principů, se ukázalo, že jedním z hlavních témat, která je potřeba posilovat a rozvíjet, je sladění základního přístupu a společné porozumění pohledu na situaci klienta všech subjektů, jež té které osobě společně napomáhají na její cestě zotavení.

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

V lůžkových psychiatrických zdravotnických zařízeních je často hlavní pozornost kladena na diagnózu, symptomy, jejich kontrolu, kontrolu rizikového chování. V komunitních zařízeních je pozornost kladena na akci, řešení praktických problémů. Stále více je přijímán princip práce se silnými stránkami klienta. Nicméně práce se životním příběhem, klíčovými přesvědčeními klienta, propojování jeho životních zkušeností s jeho „nemocí“, to je zatím relativně vzácná praxe. A právě tyto komponenty se ve výzkumech a praxi orientované na zotavení ukazují jako poměrně klíčové a v projektu multidisciplinární práce byly hlavním přístupovým pilířem.

Metoda na zotavení orientovaných kazuistických seminářů byla vytvořena v rámci projektu multidisciplinarity s cílem napomoci multidisciplinárním týmům první a druhé úrovně ve sladování základních hodnot a cílů práce s klienty. Cílem semináře bylo nasměrování týmů na přemýšlení v rámci filozofie práce orientované na zotavení klienta, na práci s jeho životním příběhem nebo možno říci v jeho životním příběhu.

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

Vedle kazuistických seminářů se jako velmi užitečné ukázaly všechny další vzdělávací aktivity, které nebyly organizovány jen pro jednotlivé profese či typ zařízení, ale v „multidisciplinárním“ duchu. Podrobněji se tématu věnuje samostatná metodika č. 10, Life coaching.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 31. Za pomoci organizačních, legislativních a finančních nástrojů vytvářet podmínky pro rozvoj vzdělávání v multiprofesním multidisciplinárním rámci.**
- 32. Zařadit multidisciplinární vzdělávací programy do portfolia povinného kontinuálního vzdělávání jak sociálních, tak zdravotnických pracovníků, včetně lékařů v oblasti péče o duševní zdraví.**





13. Zavádění supervize

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

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

Před realizací projektu byla supervize v psychiatrických lůžkových zařízeních spíše výjimkou, nicméně tam, kde existovala, byla nemocnice schopna najít vlastní zdroje na hrazení této služby. Nicméně supervize prováděná pracovníkem z „vnějšku“ byla pro většinu zaměstnanců většiny psychiatrických lůžkových zařízení spíše neznámou a často byla spojená s obavami a nedůvěrou.

Supervize, která by byla poskytována na II. úrovni MD spolupráce pro virtuální týmy, tedy společně pro pracovníky nemocnice a pracovníky komunitních služeb, byla novinkou.

V rámci projektu se podařilo nově zavést externí supervizi do řady týmů I. a II. úrovně. Týmy ji hodnotily veskrze velmi pozitivně. Všichni vnímali, že supervize napomáhá v nacházení nových řešení problematických situací, uvolňuje tvořivé myšlení, přispívá k rozvoji nových perspektiv profesního chování a celkově výrazně přispívá k rozvoji a zlepšení multidisciplinární spolupráce. V neposlední řadě se projevuje efekt supervize na zlepšení vlastní práce s pacienty/klienty. Řada týmů projevila zájem o pokračování supervize i po skončení projektu. Někdy zaznívalo, že si účastníci supervize bez ní další práci neumí ani představit.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

33. Zavést supervize na I. i II. úrovni multidisciplinarity jako standardní nástroj v systému péče o duševní zdraví v ČR.
34. Zařadit supervize jako jednu z rozpočtových kapitol psychiatrických lůžkových zařízení.
35. Do smluv o spolupráci mezi lůžkovými psychiatrickými a komunitními službami zařadit kapitolu o mechanismu hrazení supervizí „virtuálních“ týmů.
36. Hledat možnosti financování supervizí ve zdravotním systému péče. Obdobně jako má nastavené hrazení supervizí systém sociálních služeb.





14. Zotavení je nadějí pro všechny pacienty

Počáteční praxe, při níž zaměstnanci psychiatrických nemocnic „vytipovávali“ pacienty „vhodné“ do komunitní práce, brzy ukázala své limity. Velmi záhy jsme tak v projektu změnili strategii a začali pracovat v maximální možné míře se všemi pacienty, kteří byli z daného území v psychiatrické nemocnici hospitalizováni. Neomezovali jsme se ničím, vedení základní hodnotou a zkušenostmi z komunitní práce, že každý člověk má právo žít normální život v přirozeném prostředí. Byl to základ pro nastavení nového přístupu a organizace práce.

Během realizace projektu byl zaveden model, kdy jednotlivé komunitní týmy z daného území (používejme pracovně „spádové týmy“) z psychiatrické nemocnice dostávaly anonymizované cenzy všech hospitalizovaných osob z oblasti SMI a postupně i dalších cílových skupin, které jsou z území, kde týmy poskytují péči. Tento model napomohl propuštění, respektive reintegraci stovek dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do normálního života, mimo zdi nemocnic.

Pacienti byli propuštěni do přirozeného prostředí, ale druhý cíl, který měl tento přístup vytyčený, se nedařilo naplnit. Uvolněná lůžka po pacientech se opět zaplnila pacienty jinými. Nedařilo se to, že by se uvolnila alespoň některá oddělení a případně některé z budov psychiatrických nemocnic by se přestaly využívat pro psychiatrickou péči. Dalším předpokládaným krokem pak mělo být hledání nového (neústavního) využití vyprázdněných prostor.

V konceptu bylo dále zamýšleno, že by se hledala cesta, jak na toto oddělení již nové klienty nepřijímat a v konečné fázi oddělení zcela „vyprázdnit“. Tento záměr jsme nazvali „miniprojektem“. Tedy že se pokusíme na malém modelu zahájit proces, který by v pozdější fázi mohl být příkladem pro další oddělení a posléze celou psychiatrickou nemocnici v její cestě deinstitutionalizace.

Uvažovali jsme o zařazení zhruba tří až čtyř psychiatrických nemocnic tak, aby vedení nemocnice bylo této myšlence nakloněno. Práce byly realizovány v PN Opava, PN Bohnice, PN Dobřany, PN Horní Beřkovice, PN Kroměříž. V první fázi gestoři spolu s příslušnými metodiky po předběžných telefonických konzultacích osobně jednotlivé předem vybrané psychiatrické nemocnice navštívili, jednali s jejich vedením, společně vybrali pavilon či oddělení, kde se „miniprojekt“ měl realizovat. Jednalo se vždy o oddělení dlouhodobé péče s osobami s velmi komplexními potřebami (často kombinace mentálního postižení a duševního onemocnění). U řady z nich byla sice snaha o přesun mimo psychiatrickou nemocnici, včetně umístění do domova se zvláštním režimem (DZR) dle jejich původního místa bydliště, ale často bezvýsledně.

V další fázi byli všichni klienti vybraných oddělení napojeni na komunitní týmy v místě bydliště a v triádě (klíčový pracovník oddělení – klíčový pracovník týmu – pacient) se začalo pracovat na jejich plánu „zotavení“, jehož součástí bylo hledání možných cest a zdrojů k cestě z psychiatrické nemocnice do běžnějšího prostředí.

Komunitní týmy za podpory metodiků i gestorů začaly intenzivně pracovat jak na krajské úrovni, tak úrovni jednotlivých ORP (místa původního bydliště pacienta) za účelem nalezení komunitní/místní podpory pro každého konkrétního pacienta. Nešlo jen o možnost umístění do DZR, ale i jiných forem bydlení, kontinuální odborné podpory a pomoci atd. Součástí bylo i jednání s opatrovníky pacientů, jelikož velká část jich byla omezena ve své svéprávnosti.



A protože velmi často značná část pacientů vybraných oddělení byla z kraje, kde se nacházela i psychiatrická nemocnice, snažili jsme se v daném kraji intenzivně zapojit přinejmenším pracovníky krajského oddělení sociálních služeb. V řadě případů se podařilo je přizvat na jednání přímo na konkrétní oddělení. Velmi často byli překvapeni, v jakých podmínkách občané jejich kraje žijí, a to i desetiletí.

I na úrovni některých ORP se povedlo dobře komunikovat s osobami zodpovědnými za sociální oblast/péči. Tito pracovníci velmi často neměli přehled, kolik jejich „občanů“ přetrvává v psychiatrické nemocnici, a v řadě případů už i jen toto poznání vedlo k jejich mobilizaci a hledání řešení v rámci daného ORP.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 37. Nastavit započatý systém, pracovat se všemi hospitalizovanými pacienty na všech odděleních. Uchopit a rozdělit tuto práci do menších celků jednotlivých oddělení, do tzv. miniprojektů, a ty zapracovat do konkrétních transformačních plánů psychiatrických nemocnic. Propojit plány miniprojektů jednotlivých oddělení na plánování s jednotlivými kraji ČR tak, aby kraj znal záměr a plán PN a mohl se propojit na dílčí transformační procesy uvnitř PN a maximálně využít kapacit stávajících sítí služeb či vytvářet cílené služby nové.**
- 38. Pracovat se všemi informacemi, které PN zpracovává do pravidelných anonymizovaných přehledů, tzv. cenzů, o všech hospitalizovaných pacientech, a pro jejich integraci do přirozeného prostředí využívat v maximální možné míře stávající služby, nové služby a služby, které se mohou transformovat do práce s lidmi a dětmi s duševním onemocněním či v riziku jeho vzniku.**





15. Smlouvy o spolupráci multidisciplinárního přístupu

Počátek zavádění MD spolupráce na II. úrovni mezi komunitními týmy a psychiatrickými nemocnicemi nebyl nijak formalizován. V některých případech se navazovalo na neformální druh spolupráce, který v daném místě historicky existoval.

Nicméně jak intenzita, tak i forma spolupráce se rychle začaly proměňovat a ukazovaly čím dál tím více zřetelné nedostatky tohoto přístupu. Objevil se problém s předáváním informací o pacientech. V některých psychiatrických nemocnicích nebylo jejich vedení příliš nakloněno prohlubování spolupráce na neformální úrovni s nejasností, kdo je za co zodpovědný.

Proto se ve spolupráci s PN Horní Beřkovice a poté i PN Bohnice a jejich právníky vypracoval návrh smlouvy mezi nemocnicí a jednotlivými právními subjekty zřizujícími komunitní týmy spolupracující s nemocnicí. Tento základní vzor byl případně dle místních podmínek upraven a následně byly smlouvy všemi relevantními stranami podepisovány.

Tento model se jevil i jako případná další cesta postupného vytváření většího propojení všech relevantních subjektů v daném regionu. Mohlo by se jednat o jakousi modifikaci „Mental Health Trusts“ tak, jak jsou zavedeny například ve Spojeném království. Smlouva byla zpracována jako příloha *Velké metodiky multidisciplinární spolupráce* a byla k dispozici všem subjektům.

Smlouva obsahuje: Dohodu o úpravě práv a povinností společných správců osobních údajů; Pravidla a podmínky spolupráce PN a pracovníků soc. služeb; Schematický 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 listinu.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

39. Pokračovat ve smluvním ošetření spolupráce mezi všemi psychiatrickými nemocnicemi a provozovateli týmů komunitních služeb.
40. Připravit další krok k legislativnímu a finančnímu prostředí pro vytváření krajských integrovaných modelů spolupráce v propojení na strategický rozvoj sociálně-zdravotního pomezí, realizovaný kompetentními ministerstvy ČR.





16. Stáže, vzájemné poznávání prostředí a vytváření důvěry

Vzájemná znalost praxe mezi nemocničními a komunitními službami byla na počátku projektu velmi nízká. Nebylo výjimkou, že pracovníci nemocnice nikdy nenavštívili komunitní tým, i když byl v bezprostřední blízkosti nemocnice. Pracovníci komunitních týmů nemocnice navštěvovali, ale jednalo se spíše jen o kontakt s pacienty a hlubší poznání a zážitek toho, co práce v psychiatrické nemocnici znamená, neměli.

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

Na počátku projektu bylo taktéž častým jevem, že pracovníci lůžkových zařízení vnímali větší nedostatek služeb v komunitě, než tomu reálně bylo. Práce na identifikaci potencionálních zdrojů a služeb ve spádové oblasti pro všechny skupiny pacientů lůžkového zařízení (která probíhala v rámci projektu deinstitucionalizace – aktivita *Sítě služeb*) a vzájemné poznávání včetně organizace výměnných stáží výrazně přispívaly ke zvýšení naděje na integraci do běžných podmínek i u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 41. Zavedení stáží mezi vzájemně již spolupracujícími – zvláště lůžkovými a komunitními – službami jako součást práce na lůžkovém zařízení, včetně zavedení stáží mezi identifikovanými komunitními zdroji a lůžkovými službami v daném regionu jako základ multidisciplinární spolupráce.**
- 42. Zavedení pozice koordinátora multidisciplinární spolupráce v PN s využitím zdrojů evropských projektů, jehož náplní bude mimo jiné sběr a evidence informací o síti služeb a mobilizace zdrojů v komunitě ze strany psychiatrických lůžkových zařízení.**





17. Posilování role psychiatrických sester

Téma hledání nové role psychiatrických sester v péči o osoby s duševním onemocněním se v řadě příkladů zahraniční dobré praxe ukazovalo jako důležité. Dochází k hledání řešení v oblasti vzdělávání, nového formálního zakotvení profese vedoucí k emancipaci role psychiatrické sestry jako více nezávislé a samostatné. Ve vztahu k lékařům jsou pak ve více partnerském postavení než v „klasickém“ modelu. V konečném důsledku toto vede k posílení efektivity a výkonnosti multidisciplinárních týmů a přispívá k řešení personálního nedostatku psychiatrů, který nejen u nás zažíváme.

Zavedení role primární sestry jak na akutních, tak následných lůžkových odděleních se během realizace MD projektu ukázalo po technické a organizační stránce jako možné i v rámci režimu směnného provozu. Vedlo k větší individualizaci práce s pacientem, včetně vytváření více individualizovaného vztahu. Došlo k lepšímu zacílení na všechny potřeby pacientů, zlepšení spolupráce s komunitními službami, zlepšení kontinuity péče. Zavedení role primární sestry také vedlo k většímu využití dovedností, v nichž jsou psychiatrické sestry vzdělávány, a v konečném důsledku sestry referovaly o větší pracovní satisfakci.

Na některých odděleních zavedení role primární sestry vedlo k reorganizaci „vizit“. Takzvané velké vizity byly nahrazeny novým formátem setkání ošetřujícího lékaře, primární sestry a pacienta. I tento model přispěl k dalšímu posílení multidisciplinárního přístupu a zlepšení individualizace péče.

V rámci práce sester v komunitních týmech (včetně CDZ) se ukázalo, že i zde je velký prostor pro formalizaci jejich větší samostatnosti a spíše pro partnerskou než hierarchickou spolupráci s lékaři.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

43. Zavedení role primární sestry jako standardního modelu práce na všech psychiatrických lůžkových odděleních jak všeobecných nemocnic, tak psychiatrických nemocnic a léčeben.
44. Reorganizovat systém „vizit“ směrem k lepší týmové multidisciplinární spolupráci.
45. Znovu otevřít prostor pro diskusi a postupně vyjednat dohodu, která by vedla ke zvyšování kompetencí sester se specializací v psychiatrii a směřovala by k systémové změně, jejímž cílem je zvýšení rozsahu výkonů, které mohou psychiatrické sestry vykonávat samostatně bez indikace lékaře dle § 64 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a propojit je s legislativní úpravou v § 18 zákona č. 48/1997 Sb. ve směru znění této vyhlášky.





18. Spolupráce s kraji

Spolupráce s kraji a se všemi poskytovateli, kteří již v krajské síti sociálně-zdravotních služeb existují, byla klíčovou pro zavedení MD, zajištění kontinuity péče pro pacienta/klienta a nastavování páteřní sítě po celou republiku. Klíčovou roli pro multidisciplinární spolupráci sehráli krajsí koordinátoři reformy péče o duševní zdraví. Byli propojujícím článkem mezi kraji a metodiky MD. Byli prvními, kdo poskytl zpracovaný přehled sítě služeb v jednotlivých krajích, propojovali výstupy z mapování potřeb na úrovni pacientů PN do komunitních a střednědobých plánů krajů. Přinášeli kvalifikované podněty pro rozvoj sítě služeb krajským představitelům, zakomponovali multidisciplinární práci jako pilíř do řízení transformace péče o duševní zdraví v jednotlivých krajích. Plánovitým způsobem vyjednali rozvoj jednotlivých 30 CDZ včetně rozvoje a posílení dalších komunitních týmů sociální rehabilitace, chráněných bydlení i dalších multidisciplinárních týmů pro další cílové skupiny, včetně dětí a mladých lidí.

Na počátku byl projekt veden myšlenkou, že klíčovými subjekty pro multidisciplinární spolupráci budou nově se rodící CDZ. Myšlenka měla své limity. Během projektu jsme ji rozšířili o cíl využít dostupné sítě všech služeb jednotlivých krajů v maximální míře a zapojit všechny komunitní týmy, které v daných ORP, okresech a krajích již existují. Využití potenciálu týmů, které již existují, a nastavení systémové spolupráce, logistiky práce virtuálních týmů a nové organizace prokázalo svou efektivitu v konečném dopadu na pacienty/klienty s duševním onemocněním. Bylo propuštěno přes 3 000 lidí s duševním onemocněním z psychiatrických nemocnic a léčeben, zkrátala se doba hospitalizací i jejich četnost. Podařilo se propustit řadu pacientů z dlouhodobých hospitalizací do přirozeného života. Změnila se zavedená praxe, kdy pro následnou péči o pacienta byla využívána především sociální lůžková péče s podporou „24/7“ prioritně v domovech se zvláštním režimem.

Na tomto dopadu multidisciplinární práce se podílel celý systém jak nově vznikajících služeb, tak služeb již existujících, kde stěžejní službou byly a jsou terénní komunitní týmy pracující v módu sociální rehabilitace dle zákona o sociálních službách. Do systému tak bylo zapojeno 30 CDZ, která vznikla z těchto týmů sociální rehabilitace propojením s týmy zdravotních zařízení či připojením zdravotní registrace ke své sociální registraci a spolu s dalšími 65 komunitními terénními týmy zapojenými do projektu vytvořila páteřní síť multidisciplinární spolupráce pro pacienty/klienty s vážným duševním onemocněním.

V každém kraji tak máme ustavenou páteřní síť pro komunitní práci s pacienty SMI, která má potenciál a kompetence zajistit kontinuální péči. Řada těchto týmů má další potenciál propojit se se zdravotní částí a transformovat se do CDZ. Řada těchto týmů zaměstnává všeobecné sestry či sestry se specializací v psychiatrii, avšak nemá uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami, tudíž hradí zdravotní profese z jiných (grantových) zdrojů. V jednom kraji se dokonce kraj rozhodl zaplatit mzdy sester vyhlášením grantového zdroje, aby umožnil vznik multidisciplinárních týmů.

Práce zkušených profesionálních komunitních týmů pracujících dlouhodobě v systému péče o duševní zdraví, které prokázaly svoje zkušenosti a efektivní práci při integraci pacientů z psychiatrických nemocnic do přirozeného prostředí, je nevyužitým potenciálem pro další rozšiřování systému CDZ v České republice. V těchto týmech pracuje přes 500 profesionálů, kteří již dnes realizují odbornou práci a jejich potenciál není v systému vnímán ani efektivně využit. Dělají svoji práci „jakoby“ mimo zorné pole reformních indikátorů. Avšak bez jejich zapojení a práce by reforma ani projekt





multidisciplinární práce neměly dostatečné výsledky a kvalita života lidí s duševním onemocněním by se pohybovala v mnohem silnější institucionální dimenzi.

30 CDZ a 65 komunitních týmů vytvořilo systém kontinuální spolupráce, včetně principu, který můžeme označit vstupní branou do systému komunitních služeb. Lůžková zařízení psychiatrických nemocnic na odděleních, kde byla multidisciplinární práce zavedena, mají dnes nastavený systém spolupráce s klíčovými službami z komunitních týmů a CDZ, které pak dále pacienta/klienta navazují na další potřebné, především následné sociální služby.

Ustavením tohoto systému bylo spolu s prací s cenzy a metodiky MD uvnitř psychiatrických nemocnic dosaženo zvýšení procenta pacientů, kteří odcházejí z hospitalizace s podporou komunitního týmu a CDZ do běžného života z 30 % na téměř 70 %. Tento fenomén systémové změny je stěžejní u všech pacientů, kteří využívají lůžkovou péči, a prioritně je důležitý u pacientů se suicidálními pokusy.

Systém multidisciplinární spolupráce, který jsme na počátku projektu zaměřili na SMI, jsme v pozdější fázi projektu replikovali na další cílové skupiny. Ne však již plošně po celé republice, ale v jednotlivých krajích.

Opět byla stěžejní již existující síť odborných služeb v jednotlivých krajích. V oblasti dětí a mladých lidí s duševním onemocněním či v jeho riziku jsme nastavili systémovou multidisciplinární spolupráci s Jihomoravským krajem. Využili jsme a zaktivizovali všechny sociálně aktivizační služby pro děti a rodiny v celém kraji. Kraj připravil a zafinancoval edukační program, zvýšil kompetence 17 týmů a velký metodik multidisciplinární spolupráce spolu s krajským koordinátorem začal se systémovým navazováním týmů na dětskou psychiatrickou léčebnu, dětské akutní oddělení fakultní nemocnice, na OSPOD, školy a další subjekty třetí úrovně multidisciplinární spolupráce. Podrobněji viz metodika č. 13, která na příkladu dobré praxe z Jihomoravského kraje popisuje proces zavádění principů multidisciplinarity do oblasti péče o děti a mládež, především na II. úrovni multidisciplinarity.

Opět se ukázal velmi silný potenciál již existujícího krajského systému sítě služeb, kde Jihomoravský kraj dále pokračuje v započatém systému. Obdobný systém je nastaven v Ústeckém kraji, kde je v každém stotisícovém území ustavena sociálně aktivizační služba pro děti a mladé lidi, která se rozvíjí směrem k multidisciplinárnímu týmu pro děti a mladé lidi v riziku duševního onemocnění a dále k dětskému centru duševního zdraví. Týmy jsou propojeny s psychiatrickou nemocnicí, OSPOD, školami a dalšími relevantními subjekty III. úrovně MD. Tento systém opět ukazuje na fenomén snižování hospitalizací, snižování „psychiatrizace problému“ a frekvence a délky hospitalizací.

Replikovatelnost multidisciplinární spolupráce se podařila i v oblasti osob s duální diagnózou, kde byl nastaven systém multidisciplinární spolupráce v multidisciplinárním adiktologickém týmu vzniklém z projektu nových služeb s CDZ a komunitními týmy, oddělením psychiatrické nemocnice pro léčbu závislostí a akutním psychiatrickým oddělením všeobecné nemocnice. Tato praxe je rozvíjena v Ústeckém kraji, v Plzeňském kraji a PN Bohnice v hlavním městě Praha. Podrobněji o zavádění multidisciplinarity v oblasti osob s duální diagnózou pojednává metodika č. 12 na příkladu dobré praxe z Ústeckého kraje.

I když hlavní koncentrace projektu byla (na II. úrovni multidisciplinarity) zaměřena na nastavení spolupráce mezi komunitními službami a psychiatrickými lůžkovými zařízeními, v některých místech se podařilo nastartovat či přinejmenším otevřít cestu ke spolupráci komunitních služeb se sociálními ústavy podobně jako s PN. Tato spolupráce byla zaměřena na podporu konkrétních osob v jejich cestě





mimo ústav a případné uvolnění kapacit pro osoby s velmi komplexními potřebami, aktuálně umístěnými v PN.

Cílem této spolupráce bylo méně „závažné“ klienty integrovat ze sociálních ústavů do komunity a na uvolněná místa umístit dlouhodobě hospitalizované pacienty z PN. Pracovníci PN intenzivně své chronické pacienty na tento krok připravovali a poskytovali asistenci a poradenské služby pracovníkům sociálních ústavů. Tak se podařilo z PN propustit, respektive přesunout osoby, které (pro „závažnost“ jejich stavu) DZR dříve odmítaly přijmout.

V tomto procesu bylo však důležité vidět riziko takzvané transinstitucionalizace, tedy přesunu dlouhodobých lůžek ze zdravotního sektoru do sektoru ústavních sociálních služeb. Před přesunem pacientů z PN do sociálního ústavu se tudíž vždy hledalo méně institucionální řešení.

Využití systému stávajících sítí sociálních služeb na **jednotlivých krajích je klíčem k dalšímu rozvoji multidisciplinárních týmů**. Je třeba reálnou personální situaci brát velmi vážně a pracovat s ní při nastavování nových metodik multidisciplinárních týmů. Manažersky a personálně pomoci poskytovatelům systém nastavit tak, aby měl reálné vývojové fáze. Odborné týmy, které máme v systému péče v České republice, musí mít prostor se postupnými kroky rozvinout – transformovat do týmů pracujících na sociálně-zdravotním pomezí. Potenciál cca 65 komunitních týmů pro SMI, potenciál cca 99 týmů pracujících v sociálně aktivizačních službách po celé ČR, potenciál cca 66 kontaktních center pracujících v oblasti adiktologických služeb a další potenciál pečovatelských služeb i „home care“ tak bude, pokud jej systém, donátoři a odpovědné osoby a instituce reálně a efektivně nevyužijí, „promarněným“ potenciálem v rámci multidisciplinární práce a reformě jako takové.

O nastavení systému multidisciplinární spolupráce na úrovni krajů pojednávají samostatně metodika č. 4 za Moravskoslezský kraj, metodika č. 7 za Ústecký kraj a metodika č. 8 za Zlínský kraj. O nastavení nových služeb orientovaných na zotavení pojednává metodika č. 9, Recovery housing.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 46. Využít stávající odborné sítě týmů a služeb jednotlivých krajů pracujících v gesci zákona o sociálních službách pro další rozvoj multidisciplinární spolupráce.**
- 47. Zajistit nastavení postupných fází pro rozvoj multidisciplinárních týmů v jednotlivých cílových skupinách tak, aby nastavené metodiky vycházely z reálných personálních předpokladů v ČR.**
- 48. Hledat cesty, kdy budou moci být do spolupráce s CDZ zapojeni i ambulantní lékaři a psychologové, včetně vytváření pilotního systému pro využití úvazků lékařů i z ambulancí a lůžkových zařízení nad současný limit jejich 1,2 úvazku na lékaře, a to plánovitým a řízeným způsobem.**





19. Zavedení case managementu

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

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

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

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

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

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

49. Redefinovat roli case managera směrem od vedení případu k roli člověka, který provádí pacienta cestou zotavení postavenou na jeho silných stránkách, dovednostech a schopnostech.
50. Zavést práci case managera (průvodce zotavením) do zdravotního systému v lůžkových zařízeních následné péče, akutní péče, krizové péče.
51. Ustavit pozice sester se specializací v psychiatrii jako case managerů (průvodců zotavením) ve všech službách péče o duševní zdraví lůžkového typu a v multidisciplinárních týmech / CDZ.
52. Zakomponovat do pracovní náplně case managera (průvodce zotavením) činnosti spojené s podporou pacienta/klienta v jeho procesu zotavení, prostřednictvím plánování a naplňování kroků vedoucích k jeho zotavení, včetně odpovědnosti za zapojování rodinných příslušníků do procesu plánování a realizace multidisciplinární práce ve prospěch klienta/pacienta.





20. Společné plánování

Nastavení společného procesu plánování bylo velkou výzvou v procesu multidisciplinární práce.

Potřebovali jsme začít individuálně plánovat s lidmi s duševním onemocněním a zároveň aplikovat samotný proces změny vedoucí ke společnému plánování týmů. Chtěli jsme nastavit model, kdy i hospitalizace a vše, co s ní souvisí, bude součástí celého příběhu pacientova života a povede to profesionály ke změnám systému.

Do doby zahájení projektu týmy ke spolupráci většinou přistupovaly tak, že jejich spolupráce začínala ve chvíli, kdy byl člověk propouštěný z psychiatrické nemocnice/léčebny. V tu chvíli přistupoval ke zdravotnickému týmu komunitní tým sociální rehabilitace. Doba, kdy se spolupráce měla navázat až krátce před propuštěním pacienta, se ukázala jako příliš krátká pro navázání bezpečného vztahu a vytvoření jakéhokoliv společného plánu, který je základem úspěchu pro další podporu v komunitě. Potřebovali jsme kontinuitu péče nastavit tak, aby terénní týmy duševního zdraví či centrum duševního zdraví mohly vstupovat do spolupráce nikoliv dnem propuštění, ale dnem přijetí na lůžko do zdravotnického lůžkového zařízení. Nastavená změna se ukázala jako velmi efektivní. U velkého množství pacientů se nyní daří propojit se, navázat spolupráci, vytvořit společný plán/postup, kdy krok za krokem doprovází komunitní týmy pacienta do přirozeného prostředí.

Klíčovým místem bylo systematické a **opakované** mapování a **porozumění potřebám** pacientů. Zástupci týmů duševního zdraví pravidelně dojíždějí, někde intenzivně **2x týdně**, někde 1x za 14 dnů, do psychiatrické nemocnice a v rámci anonymních cenů mapují potřeby **všech dlouhodobě hospitalizovaných pacientů** psychiatrické nemocnice.

Jako efektivní se ukázalo pracovat se všemi dlouhodobě hospitalizovanými pacienty. Museli jsme otočit myšlenkový model a přístup od služby k potřebě o 360 stupňů. Nejdříve pochopit potřeby, porozumět jim v celém kontextu pacientova života, zaměřit se na to, co může být silné a zdravé z dovedností, schopností, osobnosti člověka a co nám z jeho okolí může pomoci.

Nejdříve nejen zmapovat, ale hlavně pochopit, porozumět a až následně se zamýšlet nad možnou službou. A to nejen službou, která je poskytována v rámci veřejně dostupného systému zdravotních a sociálních služeb, ale i přirozených zdrojů komunity.

Často jsme se setkávali s tím, že člověk nebyl propouštěn z dlouhodobé hospitalizace právě proto, že panovalo přesvědčení, že nemá možnost následné služby. Ta však byla poměrně často spatřována pouze v lůžkovém typu sociální služby domovů se zvláštním režimem. Zaběhlý pohled, kdy pacient mohl odcházet „pouze“ do služby s intenzivní podporou „24/7“, se nám postupně dařilo změnit. Životy lidí ukazují, kolik toho jsou schopni zvládnout v přirozené komunitě s dobře nastavenou podporou komunitních týmů a CDZ. Rozkryla se nám tím nová perspektiva, s kterou jsme hleděli na současný systém v krajích ČR, a najednou se zdál bohatší, silnější a dokázal přijmout velkou řadu pacientů. Viz data o propuštěných pacientech v rámci projektu multidisciplinární spolupráce.

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





profesionálních služeb.

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

Práce v triádě

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

Součástí vyjednávání dalšího plánu zotavování pak mohly být i aktivity realizované ještě během hospitalizace (například zvládnout medikaci). Frekvence kontaktů pracovníků komunitních týmů s pacienty a jejich klíčovými pracovníky z psychiatrických nemocnic je odlišná. Často závisí na dostupnosti týmů. Snahou však je zajistit práci virtuálních týmů a následnou spolupráci v triádě minimálně 1x týdně. Tato frekvence dosáhne systémové změny.

Během projektu bylo důležité věnovat se „smyslu“ plánování. Nejsou nevýznamné tendence, kdy je plánování pojímáno spíše jako „povinnost, administrativní proces, pojetí ve smyslu mám splněno“.

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

V čem je podstata změny:

- ✓ plán a léčba jsou jeden proces;
- ✓ plánujeme, vyjednáujeme téměř vždy, když jsme s klientem;
- ✓ plán je člověka, ne nás profesionálů;
- ✓ asertivně rozvíjíme prvotní „zakázku“, se kterou člověk s duševním onemocněním přichází.

Co děláme:

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

Postupně v projektu docházelo k pochopení, že zotavení na individuální úrovni člověka znamená, že uživatelé služeb jsou partnery ve všech rozhodováních týkajících se jejich zotavení. Užívá se přístup





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

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

V tomto společném rozhodování se uznává, že odborník je větší expert v diagnóze a terapii a má i hluboké znalosti v důkazově založených přístupech; na druhé straně klient je expertem 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 na životní cíle a proces zotavení. To znamená přesun od cíle „*chci být méně úzkostný*“ k cíli „*chci být méně úzkostný, abych mohl jezdit autobusem a chodit do práce*“. Umožňuje to také zapojení dalších nefarmakologických, nesymptomatických intervencí, které budou integrovány do plánu zotavení.

Klíčové aspekty společného rozhodování

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 **potřeby, cíle, hodnoty, možnosti a schopnosti klienta**. 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).

Metodu CARE jsme využívali během projektu jako vyjednaný nástroj, který je prozatím nejvíce propracovaný jak ve svých nástrojích, tak především ve filozofii přístupu orientovaného na zotavení na základě silných stránek pacienta/klienta.

Metoda CARE disponuje řadou nástrojů účinných při práci s klientem/pacientem služeb. Pro základní použití v rámci multidisciplinární práce jsme využívali několik základních z nich. **Osobní profil**, **Osobní preference** a **Osobní plán**, což jsou nástroje, které jsou v ideálním případě psané jazykem i rukou klienta 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. Jeho 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 nazývaný **Podpůrný osobní profil**.





METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 53. Nastavit procesy společného plánování virtuálních týmů ve všech psychiatrických nemocnicích a komunitních týmech s doporučením metodologie CARE.**
- 54. Nastavit plánování zotavení v triádě tak, aby mohl být přítomen klient/pacient.**
- 55. Nastavit systém kvalitního mapování a porozumění potřebám a přáním pacienta/klienta před procesem plánování konkrétních služeb, minimalizuje se tím potřeba služeb pobytového charakteru typu domovů se zvláštním režimem.**
- 56. Nastavit plánování v rámci virtuálních týmů včas, hned po nástupu člověka na hospitalizaci, vytvořit tím prostor a čas na bezpečné navázání vztahu a vytvoření důvěry pro další následnou podporu v komunitě, zahájit proces navázání a plánování co nejdříve po přijetí člověka k hospitalizaci, se zachováním možnosti volby další spolupráce ze strany klienta.**





21. Zapojování rodiny

V práci s rodinou jsme se v projektu multidisciplinární práce dostali k závěrečné etapě. V rámci diskuse mezi metodiky jsme slyšeli změny přemýšlení, jak s rodinou pracovat. Přemýšlení by se dalo klasifikovat téměř jako paradigmatická změna v přístupu v práci s rodinou.

Rozměr, kterým je paradigmatická změna definována, je možné charakterizovat větou: **Rodina je vždy přizvána ke společným setkáním, aniž by u případu byla specifická indikace pro rodinnou terapii.** Rodiny a jejich role se mění. Rodiny nejsou **příjemci odborníků**, ale **aktivně ovlivňují** vzájemný **vývoj** mezi nimi, týmem a klientem. Pacient a rodina jsou součástí od samého začátku a celého průběhu zotavení.

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

Na praxi z Karlových Varů, kde je do systému práce s rodinou zahrnut i rodič v pozici peer rodiče, se můžeme inspirovat, jak přemýšlet a otevřít dveře rodinám a blízkým osobám pacientů/klientů s duševním onemocněním a diverzifikovat potřebnou energii pro cestu zotavení.

V inspiraci otevřeným dialogem a dobrou praxí na několika místech ČR jsme začali v rámci multidisciplinární spolupráce nastavovat systém na změnu přístupu. Pacient je přítomen od samého počátku zotavení/léčby, což v praxi znamená, že personál před setkáním s rodinou netvoří pro pacienta žádný plán nebo doporučení týkající se léčby, ale tvoří ho vždy společně. Dobrá praxe se začíná zaměřovat tak, aby rodina byla přizvána ke společným setkáním, aniž by byla specifická indikace pro rodinnou terapii. Místo toho, aby se problém nejprve definoval a pak se případně hodnotilo, je-li důvod přizvat rodinu do terapie, **je přijímáno/uznáno, že samotná hospitalizace a vstup do služeb duševního zdraví je dostatečným důvodem pro zapojení rodiny do diskuse.**

Setkání, na kterých se zotavení plánuje, jsou organizována tak, že pacient/klient je jejich součástí od samého počátku. To obrací naruby předešlou praxi, kde fungovaly plánování a léčba jako dva oddělené procesy. **V mnoha případech se dokonce samo plánování ukazuje jako nejlepší forma léčby.**

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

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

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

Podrobněji viz metodika č. 14, Zapojování rodin do multidisciplinární spolupráce, s příkladem dobré praxe v Karlovarském kraji.





METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 57. Nastavit setkání mezi klienty, rodinou a profesionály, což je přímý zásah do života klientů, a to s takovým minimálním požadavkem, aby klient, rodina či blízcí odcházeli více zplnomocněni, než přišli.**
- 58. Nastavit systém vnitřní MD práce u jednotlivých poskytovatelů tak, že je rodina přizývána ke společným setkáním co nejčastěji, aniž by u případu byla indikace pro rodinnou terapii.**
- 59. Nastavit systém práce uvnitř organizace péče jednotlivých poskytovatelů tak, aby byl otevřeným prostorem pro společný dialog od počátku setkání pro všechny zúčastněné. Rozhodnutí vyjednávat a uzavírat vždy společně. Přizývat rodinu a blízké až v době, kdy je indikován problém, se ukazuje jako nepartnerský a neefektivní přístup. Samozřejmým předpokladem je, že je to vždy za souhlasu a s vědomím pacienta/klienta.**





22. Zapojování uživatelů péče

Téma zapojování uživatelů péče se promítá do všech rozhodovacích procesů v rámci systému péče o duševní zdraví. Od rozhodování o tom, jaké konkrétní služby jsou jim poskytovány, až po kontrolu kvality služeb i plánování zotavení na individuální úrovni. Bylo zřetelné, že ve všech zemích, z nichž byly prezentovány zkušenosti i v rámci webinářů, toto téma procházelo historicky dlouhodobým vývojem a stále se hledá, jak nejlépe zapojování uživatelů nastavit. Mimo jiné, jak najít vyváženost mezi „neutralitou“ na jedné straně a „profesionalizací“ na straně druhé. Jak posilovat roli uživatelských organizací a zároveň vytvořit prostor i pro hlas uživatelů „neorganizovaných“.

Nicméně bylo patrné, že hnutí uživatelů, přinejmenším v zemích, jejichž zkušenosti byly na webinářích prezentovány, již desítky let ovlivňují služby v oblasti péče o duševní zdraví a podílejí se na změně myšlení, praxe, vládních opatření a strategií.

Zapojování uživatelů, pokud není nahodilé a není orientováno pouze na jednu aktivitu, je možné rozdělit do 5 oblastí:

Oblasti zapojování uživatelů:	
Zapojování uživatelů je možno shrnout do pěti klíčových oblastí (Hird, M, 2007):	
1. Přístup orientovaný na člověka	Participativní přístup ve všech fázích zotavení člověka.
2. Informované rozhodování	Dostatek objektivních informací o léčbě, včetně vedlejších účinků.
3. Obhajoba	Jedná se o oblast vlivu, který mají uživatelé na svou individuální situaci, ale i na politiku péče a její implementaci i vlastní řízení služeb.
4. Získávání názorů uživatelů	Účast uživatelů v monitorování a hodnocení kvality služeb.
5. Spolupráce v partnerství	Zapojení uživatelů do tvorby základních dokumentů, zapojení klientů do komunikace s médii, zapojování klientů do vzdělávání profesionálů.

Práce v projektu multidisciplinarity byla zaměřená prioritně na oblast přístupu orientovaného na člověka a na oblast informovaného rozhodování.

Zapojování uživatelů se stalo nejdůležitější výzvou při zavádění multidisciplinárního přístupu. I když si partnerské zapojení pacientů neseme jako hlavní, „zlatou hodnotu“, v procesu zavádění multidisciplinární spolupráce se ukázala řada situací a míst, kde pacient zapojen není. A také řada míst, kde je klient zapojen, avšak atributy partnerského zapojení nejsou naplněny. Uvádíme zde jednu z reakcí člověka se zkušeností s duševním onemocněním, který se účastnil sdílení dobré praxe se zapojováním uživatelů v rámci webinářů: „*To, co potřebujeme více než obecné konstatování a principy transformace, jsou konkrétní návodné postupy, diskuse nad tím, jak můžeme paradigma péče měnit. Jak posouvat myšlení v komunikaci s psychiatry, městskými úřady, veřejnými složkami, rodinami atd. Na co se zaměřit ve službách/organizacích, jak je stavět, abychom naplňovali tuto změnu, tzn. jak*





zapojovat klienty, rodinné příslušníky, lidi s vlastní zkušeností, jak oslovovat veřejnost. Ne na všechny otázky jsem v rámci seminářů dostala odpovědi, to asi není ani možné, ale řada konkrétních příkladů/postřehů mi velmi pomohla v lepším pochopení celé komplexnosti změny. Cítím se lépe vybavena na každodenní boj a práci s posouváním myšlení těch, kteří zatím svým myšlením zůstávají v minulém či předminulém století.“

Další oblasti zapojování uživatelů řešil projekt deinstitucionalizace – tvorba krajských sítí komunitních služeb a projekt tvorby transformačních plánů a projektu kvality služeb, kde v každém z nich měla role uživatelů služeb důstojné místo.

Zapojení uživatelů je věnována metodika dobré praxe č. 3, Multidisciplinární přístup v zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 60. Nastavit systém zapojení uživatelů do správních rad na úrovni všech 5 oblastí popsaných v metodice, nezužovat pozornost pouze na jednu oblast, včetně řídicích orgánů subjektů poskytujících zdravotní a sociální služby v oblasti duševního zdraví.**
- 61. Nastavit legislativní zapojení uživatelů do plánovacích procesů, hodnocení kvality, řídicích skupin na krajích, zakotvení pracovníků se zkušeností do přímé péče.**
- 62. Zakomponovat názory lidí se zkušeností s duševním onemocněním i do jednání odborných společností, jako je například psychiatrická společnost, asociace komunitních služeb a další. Naučit se vzájemně vyjednávat již nad přípravou návrhů, dokumentů, standardů, tedy naučit se společně pracovat. Neřešit spolupráci pouze v tzv. připomínkovacím procesu.**





23. Pozice koordinátorů multidisciplinární spolupráce v psychiatrických nemocnicích a zřízení oddělení pro reformu péče

Během projektu multidisciplinarity se na počátku neplánovalo s metodiky multidisciplinarity v jednotlivých psychiatrických nemocnicích a léčebnách. V druhé fázi projektu jsme však k tomuto kroku přistoupili a v každé nemocnici byl ustaven metodik multidisciplinární spolupráce. Ve dvou největších nemocnicích Bohnice a Dobřany byli metodici dva. Tento postup byl jedním z velmi pozitivních systémových kroků. Vznikl tak první krok k systému koordinované spolupráce.

Je tedy žádoucí, aby činnosti a místo metodika multidisciplinárního přístupu v psychiatrických nemocnicích pokračovaly dále a aby v případě vzniku transformačních oddělení byla tato pozice v transformačních týmech ustavena.

Stěžejní obsah práce metodika multidisciplinárního přístupu představovala implementace zpracované *Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*, tedy: Organizování multidisciplinární spolupráce na I., II. i III. úrovni; Zajištění logistiky pro práci virtuálních týmů; Uzavírání smluv s poskytovateli komunitních služeb; Ustavení role klíčových sester – case managerů – průvodců zotavením na jednotlivá oddělení (stanice); Organizování vzájemných stáží; Organizování společných vzdělávání; Zavedení supervizí týmu první úrovně a zavedení supervizí virtuálních týmů; Zpracovávání cenů a distribuce cenů virtuálním týmům.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

63. Ustavit v psychiatrických nemocnicích pozici metodika multidisciplinárního přístupu s výše popsanými okruhy práce.





Závěrečná doporučení pro udržitelnost nastavené multidisciplinární spolupráce a její další rozvoj

Koncept tří rovin multidisciplinarity se ukázal jako nosný zvláště díky své komplexnosti, kdy pojímá celou problematiku potřebné spolupráce. V zavádění konceptu se jednotlivé tři úrovně multidisciplinarity vzájemně propojují. Jedná se o přirozený, možno říci, cyklický proces, který naplňuje Paretův princip 80/20.

To, že mezi sebou subjekty nespolupracují, nevyužívají efektivně kapacity jednotlivých profesí a celý systém je vázán na jednu profesi, je 20% příčinou toho, že nám 80 % procent systému nefunguje, jak bychom potřebovali. Změnou těchto příčin, které tvoří pouhých 20 %, tudíž nebudou vyžadovat „velké finanční náklady investičního charakteru“, změníme 80 % chování celého systému péče.

Je tedy klíčové, aby se princip multidisciplinární spolupráce nastavil jako paradigmatická změna.

Změna musí být udržitelná a je nutné ji zapracovat do nastavení nových projektů EU a do konkrétní práce jednotlivých poskytovatelů služeb. Je však morálně a odborně nezbytné, aby chování směrem k naplňování multidisciplinární práce bylo bonifikováno odpovědnými institucemi, přičemž nemáme na mysli bonifikaci pouze finanční, ale i společenskou a odbornou.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

64. Vyjednat, zadat a metodicky podpořit jednotlivé psychiatrické nemocnice při zpracování následných projektů pro zavádění multidisciplinární spolupráce implementující *Velkou metodiku multidisciplinarity* na další oddělení, dalšími komunitními týmy a pro další cílové skupiny.
65. Vyjednávat s krajskými úřady o zpracování následných aktivit, případně projektů pro pokračování multidisciplinární spolupráce.
66. Zpracovat na úrovni MZ ČR systémové projekty pro pokračování v zavádění multidisciplinární práce, kdy pilířem projektu bude řešení popsanych doporučení a implementace metodiky multidisciplinarity v dalších týmech v České republice.





Souhrn metodických doporučení dle okruhů a gescí pro jejich řešení

OBSAH – CO	V GESCI	POSTUP	ODPOVÍDÁ	TERMÍN	MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5
Doporučení koncepčního charakteru vedoucí k přijetí hodnot a zavádění metodik, procesů a postupů do praxe:					
1. Schválit <i>Metodiku zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním</i> jako legislativně závazný dokument pro práci všech služeb v rámci systému zdravotně-sociálních služeb péče o duševní zdraví v ČR.	MZ ČR / MPSV ČR				
2. Ustavit roli metodiků multidisciplinární spolupráce v psychiatrických nemocnicích, komunitních službách, akutních odděleních všeobecných nemocnic a zajistit tuto funkcionální i na úrovni krajů a obcí.	MZ ČR / MPSV ČR / krajské samosprávy / managementy psychiatrických nemocnic				
4. V budoucích strategiích i dalších koncepčních a metodických dokumentech (zdravotního i sociálního sektoru) nastavit orientaci na zotavení osob s duševním onemocněním a multidisciplinární spolupráci jako hlavní paradigmaty péče o osoby s duševním onemocněním.	MZ ČR / MPSV ČR				
6. Multidisciplinární princip práce ustavit jako standard práce dle schválené <i>Metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním</i> na úrovni vnitřních směrnic a standardů u poskytovatelů zdravotní a sociální péče, kteří pracují s pacienty a klienty s duševním onemocněním.	MZ ČR / krajské samosprávy / MPSV ČR / dílčí poskytovatelé služeb				
66. Zpracovat na úrovni MZ ČR systémové projekty pro pokračování v zavádění multidisciplinární práce, kdy pilířem projektu bude řešení popsaných doporučení a implementace metodiky multidisciplinarity v dalších týmech v České republice.	MZ ČR / MPSV ČR				
Doporučení k ustavení a zavádění změn ve vzdělávání:					
5. Na úrovni vzdělávání, řízení a financování péče o osoby s duševním onemocněním podporovat a rozvíjet aktivity vedoucí k propojování psychiatrické lůžkové péče a center duševního zdraví a multidisciplinárních týmů, které spolupracují s pacientem/klientem na jeho zotavení v přirozeném prostředí.	MZ ČR / MPSV ČR				



12. Na národní i krajské úrovni vytvořit systém (platformu) na sběr, dokumentaci a šíření dobré praxe.	MZ ČR / občanský sektor / odborné společnosti				
13. Vytvořit systém sebehodnocení/sebeevaluace poskytovatelů v naplňování multidisciplinární spolupráce v systému péče o duševní zdraví.					
16. Pro další rozvoj CDZ a multidisciplinárních týmů a možnosti zaměstnat sestry se specializací v psychiatrii v multidisciplinárních týmech realizovat změny v délce specializačního vzdělávání sester a rozvoj nových specializací ve vzdělávání sester potřebných na trhu např. v oblasti dětských multidisciplinárních týmů.	MZ ČR				
21. Zavést vzdělávací programy orientované na komplexní multidisciplinární přístup jako prevenci užívání omezujících prostředků s využitím již zpracovaných podkladů v rámci projektu deinstitucionalizace.	MZ ČR				
22. Zařadit do pregraduálního, postgraduálního a kontinuálního vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků a pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví rozvoj dovedností pro práci v partnerském a zplnomocňujícím vztahu s pacientem/klientem jako klíčový nástroj práce.	MZ ČR / MPSV ČR				
31. Za pomoci organizačních, legislativních a finančních nástrojů vytvářet podmínky pro rozvoj vzdělávání v multiprofesním, multidisciplinárním rámci.	MZ ČR / MPSV ČR				
32. Zařadit multidisciplinární vzdělávací programy do portfolia povinného kontinuálního vzdělávání jak sociálních, tak zdravotnických pracovníků, včetně lékařů v oblasti péče o duševní zdraví.	MZ ČR / MPSV ČR				
Doporučení v oblasti financování a změny řízení na centrální úrovni:					
3. Nastavit systém financování tak, aby podporoval a bonifikoval multidisciplinární spolupráci v péči o duševní zdraví ve všech typech zařízení, nikoliv pouze v CDZ či multidisciplinárních týmech.	veřejné pojišťovny / MZ ČR / MPSV ČR				
15. Vytvořit organizační a finanční podmínky k možnosti postupného začleňování psychiatrických sester do existujících komunitních týmů.	zdravotní pojišťovny				



<p>17. Hledat řešení pro zvýšení kompetencí sester v multidisciplinární práci a multidisciplinárních týmech pro duševní zdraví vytvořením systému, kde všeobecná sestra bude nositelem vybraných výkonů v multidisciplinárních týmech a CDZ, což umožní všeobecné sestry zaměstnat v týmech, finančně pokrýt jejich náklady a co nejrychleji zajistit jejich specializaci v oblasti psychiatrie.</p>	<p>zdravotní pojišťovny / MZ ČR / odborná společnost sester</p>				
<p>18. Zařadit multidisciplinární hodnocení kvality života ve všech oblastech životních potřeb pacienta jako jeden ze základních nástrojů hodnocení kvality služeb a následně i jejich financování.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>25. Finančními a organizačními nástroji podporovat a dále rozvíjet princip, kdy case manager (respektive komunitní tým / tým CDZ) doprovází podporovanou osobu i v situacích, kdy je paralelně či časově ohraničeně v péči jiné služby.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny / MPSV ČR / krajské samosprávy</p>				
<p>26. Organizačními a legislativními nástroji podpořit a dále rozvíjet princip osobního plánu zotavení jako rámec pro kontinuitu nastavování individualizované péče i napříč různými typy služeb.</p>	<p>MZ ČR</p>				
<p>28. Organizačními a finančními opatřeními rozvíjet možnost multidisciplinární podpory ze strany CDZ, multidisciplinárních týmů, komunitních týmů a „home care“, a to i pro další cílové a věkové skupiny než pouze SMI. Postupně tak saturovat potřeby většiny hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích a všeobecných nemocnicích v celé jejich komplexnosti. Nastavovat tento systém práce jak při přípravě propuštění pacienta, tak následně po propuštění z hospitalizace na lůžkovém psychiatrickém zařízení. Tedy replikovat systém zavedený pro SMI i pro další cílové skupiny.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>29. Organizačními opatřeními postupně rozvíjet systém péče o duševní zdraví tak, aby byla možnost, než dojde k plánu na hospitalizaci pacienta a pacient vstoupí do systému lůžkové psychiatrické péče, využít potenciál i týmů CDZ či multidisciplinárních týmů při zhoršení zdravotní a sociální situace pacienta, a to stále v jeho přirozeném prostředí.</p>	<p>MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>30. Nastavovat systém ke vzájemné spolupráci ambulantních zařízení a lékařů s CDZ a MD týmy. Týmy realizují ve spolupráci s ambulantními lékaři screening potřeb a zpracování</p>	<p>MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic / zdravotní pojišťovny</p>				



<p>krizového plánu. Následně tým poskytne podporu pacienta v přirozeném prostředí, pokud nejsou dostatečné zdroje, realizuje hospitalizaci, kdy pacienta doprovází. Po dobu hospitalizace udržuje proaktivní spolupráci s pacientem i týmem akutního oddělení, kde je pacient hospitalizován. Plánuje společné propuštění. V případě uvažování o překladi pacienta do následné lůžkové péče je tým součástí opětovného zhodnocení potřeb a vytváření plánu podpory tak, aby k překladi pacienta nemuselo dojít a tato praxe se minimalizovala.</p>					
<p>33. Zavést supervize na I. i II. úrovni multidisciplinarity jako standardní nástroj v systému péče o duševní zdraví v ČR.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>34. Zařadit supervize jako jednu z rozpočtových kapitol psychiatrických lůžkových zařízení.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>36. Hledat možnosti financování supervizí ve zdravotním systému péče. Obdobně jako má nastavené hrazení supervizí systém sociálních služeb.</p>	<p>zdravotní pojišťovny</p>				
<p>40. Připravit další krok k legislativnímu a finančnímu prostředí pro vytváření krajských integrovaných modelů spolupráce v propojení na strategický rozvoj sociálně-zdravotního pomezí, realizovaný kompetentními ministerstvy ČR.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny / krajské samosprávy / MPSV ČR</p>				
<p>45. Znovu otevřít prostor pro diskusi a postupně vyjednat dohodu, která by vedla ke zvýšení rozsahu výkonů, které mohou psychiatrické sestry vykonávat samostatně bez indikace lékaře dle § 64 vyhlášky 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, a propojit je s legislativní úpravou v § 18 zákona 48/1997 Sb. ve směru znění této vyhlášky.</p>	<p>MZ ČR / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>46. Využít stávající odborné sítě týmů a služeb jednotlivých krajů pracujících v gesci zákona o sociálních službách pro další rozvoj multidisciplinární spolupráce.</p>	<p>krajské samosprávy / MZ ČR / MPSV ČR / zdravotní pojišťovny</p>				
<p>47. Zajistit nastavení postupných fází pro rozvoj multidisciplinárních týmů v jednotlivých cílových skupinách tak, aby nastavené metodiky vycházely z reálných personálních předpokladů v ČR, což v sobě přinese potřebu revize nastavených personálních standardů,</p>	<p>MZ ČR / MPSV ČR / zdravotní pojišťovny</p>				



včetně potřeby do standardů zakomponovat vývojové fáze a změnu nastavení výkonů na jednotlivé profese.					
48. Hledat cesty, kdy budou moci být do spolupráce s CDZ zapojeni i ambulantní lékaři a psychologové, včetně vytváření pilotního systému pro využití úvazků lékařů i z ambulancí a lůžkových zařízení nad současný limit jejich 1,2 úvazku na lékaře, a to plánovitým a řízeným způsobem.	MZ ČR / zdravotní pojišťovny				
50. Zavést práci case managera (průvodce zotavením) do zdravotního systému v lůžkových zařízeních následné péče, akutní péče, krizové péče.	MZ ČR / zdravotní pojišťovny				
61. Nastavit legislativní zapojení uživatelů do plánovacích procesů, hodnocení kvality, řídicích skupin na krajích, zakotvení pracovníků se zkušeností do přímé péče.	MZ ČR / krajské samosprávy / MPSV ČR				
64. Vyjednat, zadat a metodicky podpořit jednotlivé psychiatrické nemocnice při zpracování následných projektů pro zavádění multidisciplinární spolupráce implementující <i>Velkou metodiku multidisciplinarity</i> na další oddělení, dalšími komunitními týmy a pro další cílové skupiny.	MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic				
65. Vyjednávat s krajskými úřady o zpracování následných aktivit, případně projektů pro pokračování multidisciplinární spolupráce.	MZ ČR / MPSV ČR				
Doporučení v oblasti řízení na místní úrovni:					
7. Zajistit v psychiatrických nemocnicích a komunitních službách pokračování kontinuity nastavené III. úrovně multidisciplinární spolupráce s obcemi, městy a kraji, pro tuto činnost zřídit, vyčlenit pozici metodika multidisciplinární práce v psychiatrických nemocnicích a komunitních týmech.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb				
8. Analyzovat potřeby hospitalizovaných pacientů, ideálně dále dle metodiky CARE, a sdílet anonymizované výstupy o potřebách dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s kraji a obcemi pro potřeby komunitního plánu obcí a střednědobých plánů krajů (vedení nemocnice 1x za 3 měsíce předá tento výstup vedoucímu zdravotního odboru na příslušném krajském úřadu).	managementy psychiatrických nemocnic				
9. Vyjednat a navázat v místě působení dané služby systémovou spoluprací se zdravotní záchranou službou a městskou a státní policií, s cílem uzavření smlouvy o spolupráci.	managementy CDZ a komunitních týmů				



10. Poskytovat analýzu anonymizovaných cenů o všech hospitalizovaných pacientech příslušným spádovým týmům (vedení psychiatrické nemocnice 1x měsíčně poskytne anonymizované ceny o hospitalizovaných pacientech daným spádovým týmům, s nimiž má uzavřenou smlouvu o spolupráci).	managementy psychiatrických nemocnic / krajské samosprávy / vedoucí odboru zdravotnictví				
11. Zavádět plány zotavení a vyhodnocování kvalitativních ukazatelů přístupů zotavení do vnitřních směrnic všech služeb v oblasti péče o duševní zdraví, a to jak lůžkových, tak komunitních. Doporučujeme využívání nástrojů metody CARE (případně podobných) jako standardního postupu napříč všemi službami v oblasti péče o duševní zdraví.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb				
14. Organizačně a finančně zajistit možnost stáží v místech (licencované) dobré praxe multidisciplinární spolupráce.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb				
19. Zpracovat do vnitřních směrnic poskytovatelů služeb lůžkového typu princip, kdy při propouštění pacienta je při respektování všech jeho potřeb a přání zajištěna bezpečná podpora a potřebná následná psychiatrická a sociální rehabilitace v přirozeném prostředí pacienta. Kontinuita péče a podpory je zajištěna tak, aby se maximalizovala možnost návratu pacienta do běžného života po hospitalizaci. Tato multidisciplinární práce je uplatňována zvláště u pacientů s anamnézou suicidálních pokusů. V indikovaných životních a klinických situacích je realizována asertivní práce multidisciplinárních týmů.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb				
20. Vypracovat a do standardů akutních i následných psychiatrických oddělení zavést komplexní metodiku multidisciplinárního přístupu kontroly a snižování používání omezujících prostředků dle sestavených 9 témat, včetně rozhovoru s pacientem o zhodnocení použitého přístupu a terapie a zpracování krizového plánu (doporučení dle metody CARE) pro potencionální další obdobné situace psychomotorického neklidu.	managementy psychiatrických nemocnic				
23. V psychiatrických lůžkových zařízeních zavádět opatření snižující institucionální atmosféru a zmenšující odstup mezi zaměstnanci a pacienty/klienty.	managementy psychiatrických nemocnic				
24. Zavést supervize v psychiatrických nemocnicích jako nástroj pro podporu profesionálů v multidisciplinární spolupráci.	managementy psychiatrických nemocnic				



27. S každým pacientem pracovat na plánu zotavení bez ohledu na délku hospitalizace, s cílem nastavení života v co možná nejběžnějších, mimonemocničních podmínkách.	managementy psychiatrických nemocnic				
35. Do smluv o spolupráci mezi lůžkovými psychiatrickými a komunitními službami zařadit kapitolu o mechanismu hrazení supervizí „virtuálních“ týmů.	MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb				
37. Nastavit započatý systém, pracovat se všemi hospitalizovanými pacienty na všech odděleních. Uchopit a rozdělit tuto práci do menších celků jednotlivých oddělení, do tzv. miniprojektů, a ty zpracovat do konkrétních transformačních plánů psychiatrických nemocnic. Propojit plány miniprojektů na plánování s jednotlivými kraji ČR tak, aby kraj znal záměr a plán PN a mohl se propojit na dílčí transformační procesy uvnitř PN a maximálně využít kapacit stávajících sítí služeb.	MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic				
38. Pracovat se všemi informacemi, které PN zpracovává do pravidelných anonymizovaných přehledů, tzv. cenzů, o všech hospitalizovaných pacientech, a pro jejich integraci do přirozeného prostředí využívat v maximální možné míře stávající služby, nové služby a služby, které se mohou transformovat do práce s lidmi a dětmi s duševním onemocněním či v riziku jeho vzniku.	MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic				
39. Pokračovat ve smluvním ošetření spolupráce mezi všemi psychiatrickými nemocnicemi a provozovateli týmů komunitních služeb.	MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic				
41. Zavedení stáží mezi vzájemně již spolupracujícími – zvláště lůžkovými a komunitními – službami jako součást práce na lůžkovém zařízení, včetně zavedení stáží mezi identifikovanými komunitními zdroji a lůžkovými službami v daném regionu jako základ multidisciplinární spolupráce.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních týmů a CDZ				
42. Zavedení pozice koordinátora multidisciplinární spolupráce v PN s využitím zdrojů evropských projektů, jehož náplní bude mimo jiné sběr a evidence informací o síti služeb a mobilizace zdrojů v komunitě ze strany psychiatrických lůžkových zařízení.	managementy psychiatrických nemocnic / MZ ČR				
43. Zavedení role primární sestry jako standardního modelu práce na všech psychiatrických lůžkových odděleních jak všeobecných nemocnic, tak psychiatrických nemocnic a léčeben.	MZ ČR / managementy psychiatrických nemocnic				



44. Reorganizovat systém „vizit“ směrem k lepší spolupráci primární sestry a ošetřujícího lékaře.	managementy psychiatrických nemocnic				
49. Redefinovat roli case managera směrem od vedení případu k roli člověka, který provádí pacienta cestou zotavení postavenou na jeho silných stránkách, dovednostech a schopnostech.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
51. Ustavit pozice sester se specializací v psychiatrii jako case managerů (průvodců zotavením) ve všech službách péče o duševní zdraví lůžkového typu a multidisciplinárních týmech / CDZ.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
52. Zakomponovat do pracovní náplně case managera (průvodce zotavením) činnosti spojené s podporou pacienta/klienta v jeho procesu zotavení, prostřednictvím plánování a naplňování kroků vedoucích k jeho zotavení, včetně odpovědnosti za zapojování rodinných příslušníků do procesu plánování a realizace multidisciplinární práce ve prospěch klienta/pacienta.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
53. Nastavit procesy společného plánování virtuálních týmů ve všech psychiatrických nemocnicích a komunitních týmech s doporučením metodologie CARE.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
54. Nastavit plánování zotavení v triádě, kdy by měl být vždy přítomný klient/pacient.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
55. Nastavit systém kvalitního mapování a porozumění potřebám a přáním pacienta/klienta před procesem plánování konkrétních služeb, minimalizuje se tím potřeba služeb pobytového charakteru typu domovů se zvláštním režimem.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
56. Nastavit plánování v rámci virtuálních týmů včas, hned po nástupu člověka na hospitalizaci, vytvořit tím prostor a čas na bezpečné navázání vztahu a vytvoření důvěry pro další následnou podporu v komunitě, zahájit proces navázání a plánování co nejdříve po	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				



přijetí člověka k hospitalizaci, se zachováním možnosti volby další spolupráce ze strany klienta.					
57. Nastavit setkání mezi klienty, rodinou a profesionály, což je přímý zásah do života klientů, a to s takovým minimálním požadavkem, aby klient, rodina či blízcí odcházeli více zplnomocněni, než přišli.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
58. Nastavit systém vnitřní MD práce u jednotlivých poskytovatelů tak, že je rodina přizývána ke společným setkáním co nejčastěji, aniž by u případu byla indikace pro rodinnou terapii.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
59. Nastavit systém práce uvnitř organizace péče jednotlivých poskytovatelů tak, aby byl otevřeným prostorem pro společný dialog od počátku setkání pro všechny zúčastněné. Rozhodnutí vyjednávat a uzavírat vždy společně. Přizývat rodinu a blízké až v době, kdy je indikován problém, se ukazuje jako nepartnerský a neefektivní přístup. Samozřejmým předpokladem je, že je to vždy za souhlasu a s vědomím pacienta/klienta.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR				
60. Nastavit systém zapojování uživatelů na úrovni všech 5 oblastí popsaných v metodice, nezužovat pozornost pouze na jednu oblast, včetně řídicích orgánů subjektů poskytujících zdravotní a sociální služby v oblasti duševního zdraví.	managementy psychiatrických nemocnic a komunitních služeb / MZ ČR / krajské samosprávy / obce				
62. Zakomponovat názory lidí se zkušeností s duševním onemocněním i do jednání odborných společností, jako je například psychiatrická společnost, asociace komunitních služeb a další. Naučit se vzájemně vyjednávat již nad přípravou návrhů, dokumentů, standardů, tedy naučit se společně pracovat. Neřešit spolupráci pouze v tzv. připomínkovacím procesu.	odborné společnosti				
63. Ustavit v psychiatrických nemocnicích pozici metodika multidisciplinárního přístupu s následnými okruhy práce: Organizování multidisciplinární spolupráce na I., II., i III. úrovni; Zajištění logistiky pro práci virtuálních týmů; Uzavírání smluv s poskytovateli komunitních služeb; Ustavení role klíčových sester – case managerů – průvodců zotavením na jednotlivá oddělení (stanice); Organizování vzájemných stáží; Organizování společných vzdělávání;	MZ ČR / zdravotní pojišťovny / managementy psychiatrických nemocnic				



Zavedení supervizí týmu první úrovně a zavedení supervizí virtuálních týmů; Zpracování cenzů a distribuce cenzů virtuálním týmům.					
--	--	--	--	--	--