

Metodika dobré praxe č. 4: Zavádění multidisciplinární spolupráce na všech úrovních v Moravskoslezském kraji

MOTTO:
TEN UMÍ TO A TEN ZAS TOHLE...



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

Hana Vlhová
Radek Liška
Michal Jandl
Pavčina Bednarzová
Gracián Svačina
Gabriela Lhotská
Rostislav Honus

Lenka Krbcová Mašínová
Tomáš Krejčí
Jan Louženský

OBSAH

Tři otázky na úvod.....	3
Počátky zavádění multidisciplinární spolupráce v Moravskoslezském kraji	5
Multidisciplinarita v psychiatrické nemocnici v Opavě	9
Vznik MTDZ Ostrava	18
Multidisciplinarita na Psychiatrickém oddělení Nemocnice Havířov	26
Spolupráce CDZ Ostrava s akutním oddělením FNO	29
Multidisciplinarita v RÚT Nový Jičín	32
Role Statutárního města Ostrava v multidisciplinaritě	37
Aktuální situace v multidisciplinaritě v rámci Moravskoslezského kraje	41
Souhrn metodických doporučení	45





Tři otázky na úvod...

... pro metodičku multidisciplinarity Hanu Vlhovou
a metodika odborných stáží Radka Lišku

Co vidíte jako nejpodstatnější silnou stránku multidisciplinárního přístupu?

Hana: Sílu multidisciplinarity vnímám vedle zastaralých paternalistických a autoritativních přístupů především ve vymezení rolí, kompetencí a odpovědnosti. Na straně druhé pak v partnerském přístupu, vzájemném respektu a společném hledání. Cesta to bude dlouhá, mnohdy trnitá, ale kdo chce, už nyní zaznamenává významný posun v komunikaci mezi jednotlivými aktéry, včetně komunikace s pacienty/klienty a jejich blízkými.

Radek: Za mne je to propojení zdravotnické a sociální oblasti, včetně zapojování opatrovníků, magistrátů, pobytových služeb a dalších. Hlavně to, že si jsou lidé schopni sednout a pracovat okolo jednotlivce, který potřebuje podporu.

Jak se proměnila motivace všech týmů ohledně vzájemné spolupráce během projektu?

Hana: Myslím, že velmi důležitým a silným motivačním prvkem je prohlubující se spolupráce mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Svůj význam má jistě i setkávání zástupců sociálních služeb napříč Moravskoslezským krajem (MSK) s metodiky multidisciplinarity 1x měsíčně. Do té doby se jednotlivé týmy prakticky nesetkávaly. Věděly sice o sobě, ale neměly potřebu ani možnost sdílet spolu informace či zkušenosti. V současné době mají možnost (a skutečně jí využívají) dozvídat se aktuální informace z Psychiatrické nemocnice v Opavě (PNO) i jiných zařízení v MSK, diskutujeme o příkladech dobré praxe, o potřebách týmů, o možnostech vzdělávání apod. A zřejmě největší motivací je narůstající počet úspěšně začleněných klientů do běžného života, jejich návrat k soběstačnosti, případně k rodině.

Radek: To je individuální, a navíc byl proces významně ovlivněn pandemií covidu. Týmy se nemohly ani potkávat, ani se seznamovat, a to byl problém. Nyní si myslím, že jsou týmy nastaveny na změnu, některé více, některé méně, ale už ani uvnitř nemocnice nejsou komunitní týmy (KT) cizinci.

Co je tou nejsilnější stránkou ve vašem kraji?

Hana: Zapojení veřejné správy do procesu multidisciplinarity. Úzká spolupráce s magistráty, obcemi, pracovními úřady (PÚ), veřejnými opatrovníky, sociálními pracovníky, pořádání případových setkání za účasti členů veřejné správy – toto všechno u nás v MSK skutečně začíná fungovat a jsme za to skutečně vděční.

Radek: „Nic o nás bez nás“ – to platí za PNO a její součástí, sociální rehabilitaci i následnou péči. Dobrá spolupráce je také s centry duševního zdraví (CDZ) a komunitními týmy v MSK.

*Ptala se PhDr. Lenka Krbcová Mašínová,
gestorka projektu.*





ÚVOD DO METODIKY

Vážení přátelé, v metodice vám představíme dobrou praxi z Moravskoslezského kraje při zavádění multidisciplinární spolupráce. Zavádět multidisciplinární spolupráci na všech třech úrovních pro několik cílových skupin bylo pro tým projektu multidisciplinární spolupráce ve třetím nejlidnatějším kraji ČR velkou výzvou. Jsme rádi, že se i v tak velkém kraji s 1 177 632 obyvateli podařilo za poměrně krátkou dobu zapojit do multidisciplinární spolupráce 19 komunitních týmů, včetně 3 CDZ a jednoho nově vzniklého dětského týmu, 15 týmů z PNO, akutní psychiatrická oddělení v kraji, obce, města i kraj. Jak se společně v kraji dařilo pracovat na změně přístupů, nové organizaci spolupráce, společném přemýšlení o silných stránkách lidí se zkušeností s duševním onemocněním, to vše vám realizační a autorský tým představí na následujících stránkách. Svě praktické zkušenosti, které během práce získali, pro vás zformulovali do doporučení, která jsou přenositelná i do jiných míst v České republice. Děkuji jim za dobrou práci, která je a nadále bude součástí reformy péče o duševní zdraví v Moravskoslezském kraji.

PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
gestorka projektu





Počátky zavádění multidisciplinární spolupráce v Moravskoslezském kraji

Hana VLHOVÁ

Počátky zavádění multidisciplinarity v MSK

- Od ledna 2020 zavedena pozice malých metodiků, a to v Psychiatrické nemocnici v Opavě (PNO) a ve Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) v rámci psychiatrického odd. Nemocnice Havířov
- Od 1. 5. 2020 obsazena pozice velkého metodika pro MSK
- 1. krok – spolupráce s koordinátorem deinstitutionalizace – strategie kraje, plány, oslovené či zapojené služby atd.
- 2. krok – mapování situace v PNO – aktuální fungování jednotlivých stanic, personální zajištění, dosavadní spolupráce s terénními službami, zkušenosti a postoje k reformě a MD spolupráci
- 3. krok – mapování situace ve službách, personální zajištění, systémové nastavení podpory, možnosti a limity, vize, plány, postoje
- Společné hledání a využití dalších zdrojů pomoci – kdo koho zná, koho oslovit a jak

Multidisciplinarity se v Moravskoslezském kraji začala intenzivněji rozvíjet v roce 2020 zavedením pozic malých metodiků, a to v rámci Psychiatrické nemocnice v Opavě, která je v našem kraji klíčovým zařízením, a následně v psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice Ostrava. Později se přidalo i psychiatrické oddělení Nemocnice Havířov. Od 1. května byla obsazena pozice „velkého metodika“. Do té doby v Moravskoslezském kraji fungovala pouze koordinátorka deinstitutionalizace. Ta pro nás byla velmi důležitá v první fázi, kdy jsme potřebovali zmapovat dosavadní kroky provedené v souvislosti s reformou, poznat, která zařízení a služby jsou již navázány na spolupráci, se kterými se počítá a jaká je strategie a přístup kraje, jeho plány, vize. Dalším krokem bylo mapování situace uvnitř psychiatrické nemocnice, což mělo vlastně dvě cesty – jedna byla zase ve spolupráci s koordinátorkou, kdy jsme se účastnili jednání např. transformačního týmu, setkávali se s vedením nemocnice, s pracovníky kvality a podobně. Ta druhá cesta už byla ve spolupráci s metodikem, kdy jsme mapovali situace v jednotlivých stanicích, odděleních, komunikovali jsme s vedoucími týmů daných oddělení. Tehdy to byl klíčový bod, kdy jsme poznali, že v týmech uvnitř nemocnice, které tvoří především zdravotníci, musíme věnovat hodně pozornosti změně nastaveného systému práce, změně myšlení pracovníků. Protože víme, že zdravotníci mají jednak zavedené vzorce chování, jednak jsou mezi nimi pracovníci už služebně starší, a tak o to horší bude přijetí potřebných změn. Nicméně to není nemožné a stále se na tom pracuje a bude pracovat určitě i po skončení projektu. Třetím krokem bylo mapování situace v sociálních službách, v terénu. Opět jsme mapovali jejich možnosti, personální zajištění, limity, ale také jejich pohled a názor na reformu, na multidisciplinarity (MD). Totéž jsme zjišťovali i uvnitř psychiatrické nemocnice a už v té době se začaly tvořit první vzorce toho, kudy jít, kde se týmy názorově potkávají, kde se naopak rozcházejí, jevila se nám první témata, která budeme muset zpracovávat a věnovat se jim, abychom zdravotní a sociální svět trochu přiblížili hned od počátku. Potom jsme společně hledali další cesty a možné zdroje, koho bychom ještě přijali do týmu, kdo by s námi měl spolupracovat, kdo koho zná, kdo koho jak oslovit, kdo se jeví jako klíčový a podobně. Pokud to shrnu, klíčové bylo co



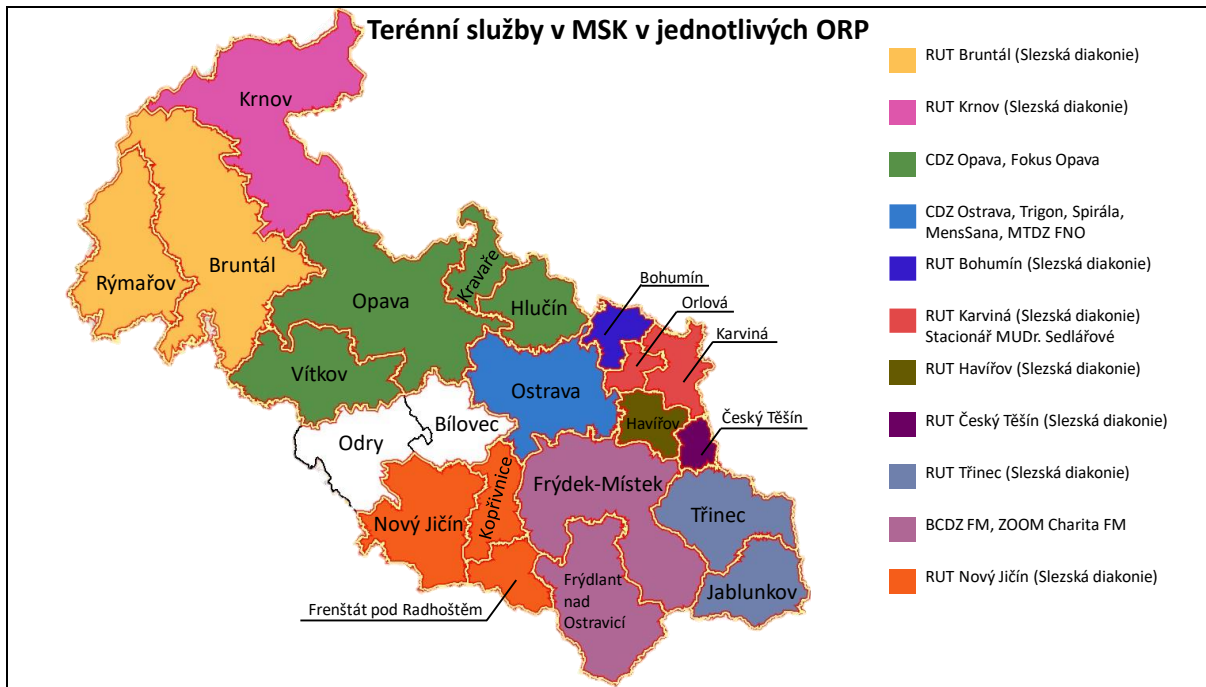


nejdříve zmapovat situaci a oslovit všechny organizace a osoby, které se jeví jako spolupracující. To bylo pro fungující spolupráci velmi důležité. A potom už je neztratit z dohledu a pracovat s nimi.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 1. Co nejdříve oslovit spolupracující organizace a služby s cílem sdílet informace. Komunikaci vést s respektem k jejich možnostem, limitům, hodnotám a postojům.**
- 2. Od počátku se snažit komunikovat se všemi potenciálními aktéry reformy na různých úrovních MD a využívat pro to všechny příležitosti (KP, příspěvky v tisku či médiích, pracovní porady různých úrovní, setkání s pracovníky na různých pozicích v rámci případových jednání, jednání na úřadech, kontakt s pobytovými službami apod.).**





Mapka zobrazuje průřez Moravskoslezským krajem s vyznačením jednotlivých obcí s rozšířenou působností (ORP). Po pravé straně jsou barevně přiřazené služby, které v daných ORP působí. V podstatě je službami pokrytý celý Moravskoslezský kraj, s výjimkou dvou obcí nebo ORP, na kterých se bude dále pracovat.





V poměrně krátkém čase se podařilo

- Zapojit do projektu MD 19 komunitních týmů, z toho 3 CDZ + MDTZ FNO
- Zapojit do projektu 15 týmů uvnitř PNO
- Zavést porady metodiků MD, a to pravidelně co 14 dní
- Zavést pravidelné porady týmů MSK s metodiky MD, a to vždy první čtvrtek v měsíci
- Vytvořit plán podpory spolupracujícím osobám (70 osob s podporou), u cca 40 osob jsme již naplnili indikátor (40 h podpory)

Podařilo se nám zapojit do projektu 19 komunitních týmů, z toho 3 CDZ pro dospělé, a postupně vznikl jeden dětský multidisciplinární tým v rámci Fakultní nemocnice Ostrava, který je jediný v celém Moravskoslezském kraji. V Opavě uvnitř PNO jsme vyseletovali 15 týmů, které budeme postupně zapojovat do multidisciplinarity. Nelze to najednou a jsme si toho vědomi, ale i po projektu se v těchto aktivitách bude pokračovat. Pro zajištění souvislého přenosu informací a aktualit jsme zavedli multidisciplinární porady, kde se setkáváme s metodiky jedenkrát za 14 dní. Podobně jsme zavedli pravidelné porady multidisciplinárních týmů jednou za měsíc, vždy po poradě s gestory a vedením projektu. Týmy si tyto porady chválí, protože se dostávají k aktuálním informacím. Poslední dobou jsme na ně začali přizývat i spolupracující organizace, tedy jejich zástupce, který nám vždy může představit službu a rozšířit náš pohled. Například jsme měli zástupce z organizace Práh jižní Morava, který nám prezentoval jejich péči v oblasti adiktologie. Vytvořili jsme plán podpory spolupracujícím osobám, kterých máme zhruba 70 a více než polovina z nich už získala více než 40 hodin podpory. Plány se modifikují podle potřeby, ať už jde o supervize, případová setkání, popřípadě jednání s dalšími organizacemi.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 3. Využít všech kontaktů, které byly doposud ke spolupráci využívány, s cílem spolupráci ještě více prohloubit a zefektivnit.**
- 4. Dát prostor všem, kteří se ke spolupráci aktivně přihlásí (neselektovat, vyhnout se předčasným soudům a úvahám).**
- 5. Nastavit si jasná pravidla komunikace a sdílení.**
- 6. Zmapovat možnosti a strategie podpory.**





Multidisciplinarita v psychiatrické nemocnici v Opavě

Radek LIŠKA

Psychiatrická nemocnice v Opavě (PNO)

Začátek MD spolupráce

- v roce 2020 zapojení do projektu „Multidisciplinarita“ – metodik stáží v PNO Radek Liška
- zaměřeni na 3 odděleních C, G, H s pacienty v dg okruhu SMI – celkem 14 stanic
 - zásadní změna – přechod ze skupinové péče na péči individuální
 - rozvoj sítě komunitních služeb v MSK a jejich navazování v PNO
- pravidelné setkávání (každou středu v týdnu) s komunitními službami – předávání anonymizovaných informací

V roce 2020 jsme do multidisciplinární spolupráce v PNO za podpory vedení a vedoucích pracovníků na stanicích zapojili 14 stanic z okruhu SMI diagnóz. Podstatnou a asi tou největší změnou, která nás čekala, byla změna způsobu práce, a to z péče skupinové na péči individuální, kdy jsme vytvořili pozici „primární sestry“, tedy klíčové sestry, jejíž pozice naplňuje obsah práce tzv. case managera, může se individuálně věnovat danému pacientovi a koordinovat spolu s ním jeho postup zotavení. Změna, která se časem ukázala jako velmi podstatná. Ve spolupráci s krajským koordinátorem jsme oslovili komunitní týmy (KT) napříč Moravskoslezským krajem a domlouvali jsme si pravidelná setkávání každou středu v týdnu. Rozdělením dle primariátu to znamenalo, že proběhla na třech stanicích setkání zástupců nemocnice a komunitních služeb. Za nemocnici byly přítomny staniční sestry, zdravotně sociální sestry, lékař a pět a více komunitních týmů. Dohromady se jednalo zhruba o 20 pracovníků. Navazování probíhalo anonymně a po všech proběhlých schůzkách již nezbýval čas na samotné setkání pacienta/klienta s danou komunitní službou (KS).

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 7. Od počátku začít pracovat s jednotlivými týmy v psychiatrické nemocnici na změně v přístupu k pacientům – individuální péče o pacienty.**
- 8. Srozumitelně a asertivně dávat příklady dobré praxe jako podklad pro požadovanou změnu.**





Změna v přístupu k virtuálním MD schůzkám

- *Cesta „nic o nás, bez nás“*
- *Individuální práce na stanicích*
- *Práce v triádě v MD virtuálních týmech*
- *Společné nastavování IP v triádě*
- *Zkompetentňování, motivace a zapojování do procesu rozhodování a plánování samotné pacienty*

Proto jsme se v nemocnici rozhodli ke změně přístupu k virtuálním multidisciplinárním schůzkám, a to po domluvě s komunitními týmy. Rozhodli jsme se jít cestou „*nic o nás bez nás*“ a zcela individualizovat setkání všech zástupců z triády při virtuálním multidisciplinárním setkání. První setkání pacienta s komunitní službou probíhá hned od začátku tzv. navazování, kdy se na základě souhlasu pacienta/klienta se zapojením komunitní služby v triádě předávají všechny informace, pracuje se na společném plánu, a to individuálně na jednotlivých stanicích, efektivně a bez zbytečné časové prodlevy. Sami pacienti jsou pak aktivizováni, zkompetentňováni a zapojováni do procesu rozhodování a plánování. Víceméně lze říct, že se nic neděje za jejich zády, ví o každém kroku, který se chystá, a společně plánujeme další kroky k úspěšné rehabilitaci a úzdavě.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 9. Respektovat pacienta/klienta, jeho potřeby a přání, podporovat otevřenou komunikaci, a to vždy v jeho přítomnosti, ale vše plánovat s respektem k jeho schopnostem, možnostem a dovednostem.**
- 10. Zkompetentňování a zapojování pacienta/klienta vede ke zdravému, aktivnímu zapojení člověka v rehabilitaci a úzdavě.**





Aktuální MD práce v PNO

Nyní v PNO 15 týmů na odděleních A, C, G

- Navazování všech pacientů, v pilotu tým C/20B – stanice s chronickými, dlouhodobě hospitalizovanými pacienty – miniprojekt*
- Spolupráce se třemi CDZ a 15 komunitními týmy v MSK*
- Individuální jednání s pobytovými službami*
- Pravidelná online setkávání s komunitními službami v MSK*

V současné době máme do péče formou multidisciplinárního přístupu zapojených 15 týmů, a to na odděleních A, C a G a sociální rehabilitaci, kdy oddělení A se stanicí 17 C navazuje pacienty v akutní péči a oddělení C a G jsou následnými odděleními a pracují s pacienty/klienty s diagnózou z okruhu psychóz s krátkodobými, střednědobými i dlouhodobými pobyty. U pacientů s dlouhodobým pobytem v psychiatrické nemocnici jsme vytvořili miniprojekt, tzv. pilot C/20B, což je stanice s chronicky nemocnými pacienty s dlouhodobým pobytem v psychiatrické nemocnici, s pacienty s organickým postižením, mentální retardací i pacienty se závažným duševním onemocněním, ale s výrazným defektem. Zmapovali jsme všechny jejich potřeby a přání a všechny pacienty jsme navázali na komunitní služby. Domluvili jsme se s veřejnými opatrovníky, zástupci obcí, komunitní službou a zahájili případová setkání u každého pacienta. Nyní nám zbývá poslední takové setkání a začneme jednat s pobytovými zařízeními o každém pacientovi na stanici 20B. Plán je, že miniprojekt C/20B se následně přesune i na ostatní oddělení pro chronické pacienty/klienty a budeme takto postupovat u všech chronických pacientů. Aktuálně v rámci multidisciplinárního přístupu v Psychiatrické nemocnici v Opavě spolupracujeme se třemi CDZ a 15 komunitními týmy z MSK. Individuálně jednáme s pobytovými službami, řešíme vzniklé situace v pobytových zařízeních, u rehospitalizací nabízíme nastavení individuálního plánu zotavení i konzultace po telefonu. Snažíme se jednat vždy ve prospěch pacienta/klienta, a to z toho důvodu, abychom předcházeli situaci, kdy pacienti/klienti přicházejí o pobytovou službu, o možnost vrátit se do svého prostředí a žít ve své komunitě. Pořádáme pravidelná online setkání s komunitními službami z Moravskoslezského kraje, která probíhají jedenkrát měsíčně.





Tato setkávání jsou velmi důležitým nástrojem pro předávání informací, a to jak ze strany metodiků ke službám, tak i opačně. Můžeme tak sdílet důležité informace nejen o aktuální situaci či konkrétní službě, ale také o dění v ostatních krajích, o chystaných akcích, vzdělávání, možnosti stáží, supervizí či plánech do budoucna.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

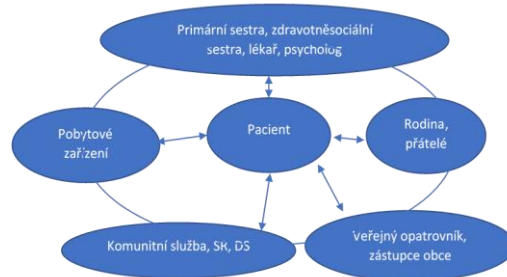
- 11. Co nejdříve zmapovat situaci na jednotlivých stanicích, a to ve spolupráci s jejich klíčovými pracovníky.**
- 12. Vysvětlit účel požadovaných kroků a změn a být stále v kontaktu pro případ jakýchkoli dotazů či připomínek.**
- 13. Co nejdříve nastavit systém pravidelného setkávání/porad s komunitními týmy.**
- 14. U dlouhodobých pacientů nutno zapojit všechny potřebné aktéry I., II. a III. úrovně multidisciplinární spolupráce.**





Způsob MD práce v PNO

Primární péče - individuální přístup k pacientům - přístup „nic o nás bez nás“



Na obrázku vidíte způsob práce multidisciplinárního týmu přímo uvnitř nemocnice. Jde hlavně o to, že všechno, co se děje, se děje kolem pacienta. Důležitá je motivace pacienta ke spolupráci s komunitními týmy. Staniční sestra koordinuje multidisciplinární spolupráci na stanici, přerozděluje klíčové sestry jednotlivým pacientům. V době nepřítomnosti klíčové sestry ji sama zastupuje.

Zdravotně-sociální sestra jako první oslovuje komunitní týmy s požadavkem o navázání, domlouvá první schůzku na stanici a je nápomocná při řešení sociální problematiky.

Lékař a psycholog, kteří jsou také nedílnou součástí týmu, se starají o pacienta nejen diagnosticky, ale i léčebně, jsou velmi důležití při úpravě a zotavení pacienta.

Dále je dle potřeb a přání pacienta/klienta zastoupena komunitní služba, sociální rehabilitace (i v podobě centra duševního zdraví), denní stacionáře, které jsou partnery jak pro pacienta, tak pro nemocnici. Pomáhají a podporují klienty v domácím prostředí, hlavně podávají informace o možnostech po propuštění v daném městě (obci), navazují další členy MD spolupráce v místě pobytu pacienta/klienta.

Rodina a přátelé, kteří jsou velmi důležitou součástí údravy a rehabilitace pacienta, vytvářejí podpůrnou síť a vhodné prostředí po propuštění pacienta, podporují a pomáhají za hospitalizace.

Dalšími důležitými partnery jsou veřejný opatrovník a zástupce obce. Jsou nedílnou součástí u lidí, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti. Snažíme se, aby se k nám připojili v rámci multidisciplinárních schůzek a případových studií tak, aby pomohli člověku z dané obce začlenit se znovu do běžné komunity a fungovat v ní.





Nutná jsou jednání s pobytovými zařízeními. Je nutno chápat a nastavit zařízení jako nový domov pro daného pacienta/klienta a podpořit co možná nejhladší přechod se zajištěním všech jeho potřeb. Tento přechod vyžaduje důkladnou přípravu a společné plánování.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 15. Důležitá je motivace člověka v léčbě a spolupráci s komunitními týmy – vysvětlit výhody, seznámit KT s pacientem, zabránit obavám, strachu z neznáma, být otevřený novým způsobům a zkušenostem.**
- 16. Zapojit všechny členy I. úrovně MD týmu v nemocnici a zapojit i další aktéry, včetně rodiny, sociálních služeb, a jít společnou cestou.**

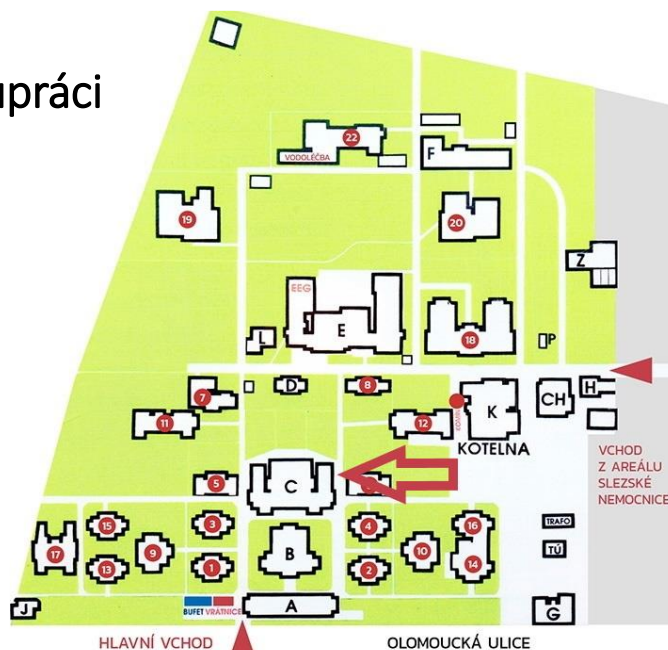




Podpora v MD spolupráci v PNO

Sociální rehabilitace uvnitř PNO

- Podpora a pomoc při rehabilitaci dlouhodobých pacientů v PNO
- Individuální přístup jeden na jednoho
- Plán zotavení pro pobytové služby
- <https://www.pnopava.cz/cs/page/2-socialni-rehabilitace/>



Co nám velmi pomáhá v psychiatrické nemocnici v multidisciplinární spolupráci je sociální rehabilitace uvnitř nemocnice. Posláním této organizace je podpora osob s duševním onemocněním v jejich samostatnosti a sociálním začlenění do běžného života. Jde o ambulantní a terénní sociální službu, která se věnuje dospělým hospitalizovaným a osobám v nepříznivé sociální situaci, která souvisí s jejich chronickým duševním onemocněním nebo jiným onemocněním, a lidem s následnou dlouhodobou nebo opakovanou hospitalizací. Hlavním cílem sociální rehabilitace je rozvíjet a posilovat samostatnost a soběstačnost duševně nemocných, což v konečném důsledku umožní jejich propuštění z nemocnice a minimalizuje rizika při návratu do přirozeného prostředí. S pacienty pracovníci v rámci sociální rehabilitace pracují individuálně, což je obrovská výhoda, protože na oddělení s 35 pacienty není možné pracovat pouze s jedním pacientem, ale s celou skupinou, popřípadě s menší skupinkou. Proto vítáme jejich pomoc hlavně u dlouhodobých pacientů v nemocnici, kdy se podaří je zaktivizovat a připravit je jednotlivě na individuální plán zotavení a na přechod do přirozeného prostředí nebo do pobytové služby.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

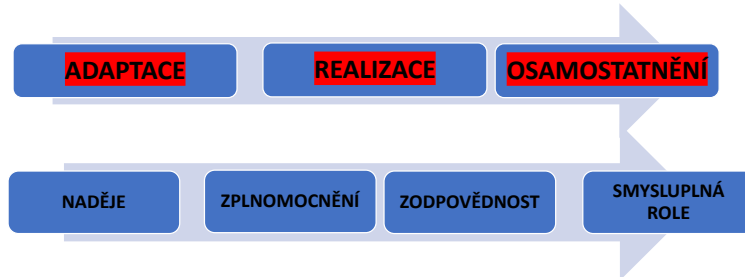
- 17. Sociální rehabilitace uvnitř psychiatrické nemocnice je považována za nestandardní, ale jednoznačně podporuje a zrychluje návrat klientů do běžného života. Výhodou je velmi úzká MD spolupráce, úzké propojení a možnost operativních jednání s pracovníky nemocnice. Proto tuto cestu můžeme jen doporučit i dalším psychiatrickým nemocnicím.**





Vše vede k zotavení...

Práce SNP ve fázích:



Služba následné péče (SNP) probíhá ve třech navazujících fázích: adaptace – realizace – osamostatnění. Uvedu jen příklad: Klient, který přichází do služby následné péče, zpočátku užívá léky za přítomnosti pracovníků SNP v pracovně. Tam jsou léky i uschovány. Postupně si léky dává do dávkovače sám a odnáší si je na svůj pokoj. Tam má k dispozici trezor, kde si léky uschová a dle předpisu užívá. S pracovníky SNP pak už pouze o medikaci hovoří, rozebírají potřebu její případné úpravy, navštěvují spolu ambulantního psychiatra. V konečné fázi si léky bere kompletně k sobě, má je v uzamykatelné skříňce a připravuje se na úplnou samostatnost. Je to určitý proces zkompetentňování.

Nebo v případě vaření např. zpočátku všichni vaří společně a později samostatně už bez jakékoliv pomoci nebo asistence.

Dalším příkladem je návštěva zdravotních denních stacionářů. Zpočátku jsme rádi, když se klient dostane do denního stacionáře 1x za týden. Postupně se návštěvy zintenzivňují tak, aby byl klient co nejdříve schopen fungovat sám a být pak propuštěn ze služby následné péče a osamostatnit se. Dle potřeby samozřejmě za podpory terénní služby. To jsou asi nejdůležitější aspekty za nemocnici, které nám velmi pomáhají v multidisciplinárním přístupu.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

20. Naděje ano, ale neslibovat nereálné, doplácí na to důvěra.
21. Asertivně poskytnout klientovi dostatek času a možností, aby mohl být zplnomocněn (osvojení si nových úkonů, situací apod.). Nezapomínat pracovat s rodinou!
22. Předem si domluvit jasná pravidla a pak dbát na jejich dodržování. V opačném případě může ze strany klienta docházet k manipulaci.
23. Poskytnout klientovi a jeho okolí dostatek času a možností k osvojení si nových rolí (host, zákazník, soused, divák, přítel).



Vznik MTDZ Ostrava

Michal JANDL

Vznik MTDZ Ostrava



- Začátek činnosti leden 2021
- Spádová oblast ORP Ostrava
- Poskytovaná péče dětem 0–18 let
- Ke vzniku MTDZ vedla potřeba pracovat s dětmi komplexně, včetně sociální a školní problematiky, dále snaha o legalizaci způsobu získávání informací z jednotlivých sektorů.
- Vznik týmu – zdravotní část zahrnují kmenoví pracovníci Oddělení psychiatrického FNO, vznikla nová sociálně aktivizační služba při FNO. Sociální pracovníky představují převážně „síťáři“, se kterými jsme v různých projektech pracovali již dříve. Speciální pedagogy a rodinného terapeuta jsme získali na základě inzerátů a doporučení.

Zahájení činnosti dětského multidisciplinárního týmu duševního zdraví (MTDZ) Ostrava se datuje k lednu 2021. Naše spádová oblast jsou obce s rozšířenou působností Ostrava. Poskytujeme péči dětem od 0 do 18 let. Ke vzniku týmu vedla potřeba pracovat s dětmi komplexně, což znamená provázat sociální a školní problematiku, a dále snaha o legalizaci způsobu získávání informací z jednotlivých sektorů tak, aby se vše a co nejlépe propojilo. Zdravotní část týmu představují kmenoví pracovníci psychiatrického oddělení Fakultní nemocnice Ostrava. Při Fakultní nemocnici vznikla dále nová sociálně aktivizační služba. Tvoří ji především pracovníci, kteří mají zkušenosti z jiných projektů, ve kterých působili. Speciální pedagogy a rodinné terapeuty jsme získali na základě doporučení a na základě inzerátů. Podstatné je jednotlivé pozice v týmu obsazovat postupně. Především v nastavování pravidel administrativy, komunikace, sdílení informací a rozdělení kompetencí jsme postupným rozšiřováním týmu předešli četným problémům a konfliktům. Dále bylo nutné ukotvit tým v rámci zákonných norem (informované souhlasy, smlouvy o poskytované službě a další), což byl v „kolosu“ FNO jeden ze stěžejních problémů při zahájení služby. V praxi se nám neosvědčily četné dělené úvazky, kvůli kterým je prakticky nemožné seztat celý tým k jednomu stolu například u porad, a je to velmi nepraktické. Pro podporu spolupráce zdravotní a sociální části týmu se nám velmi osvědčují supervize, a to i supervize v minitýmech.



METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 24. Jednotlivé pozice v týmu obsazovat postupně (nastavování administrativy, komunikace, sdílení informací, rozdělení kompetencí). V této souvislosti je nutné upevnit činnost MTDZ v rámci zákonných norem.**
- 25. Situačně nerozdělovat zdravotní a sociální tým. Je potřeba, aby spolupráce probíhala pod „jednou střechou“.**
- 26. V praxi se neosvědčily četné dělené úvazky. Je prakticky nemožné seztat celý tým k jednomu stolu např. u MD porad.**
- 27. Pro podporu spolupráce zdravotní a sociální části v týmu se osvědčují supervize a stejně tak jejich realizace v minitymech.**





Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty Ostrava FNO

Sídlo Multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty ve FN Ostrava:

Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba

Multidisciplinární tým působí v těchto prostorech:

- A** budova polikliniky, 4. patro, ambulance dětské psychiatrie a psychologie (sídlo zdravotní části týmu),
- X** budova malého internátu, 2. patro, dveře číslo 308, 309, 310 (sídlo sociální a pedagogické části týmu, rodinné terapeutky),
- Y** budova denního stacionáře, pavilon Y (centrum volnočasových aktivit).

e-mail: MDTprodeti@fno.cz
tel.: 704 682 529
v pracovní dny od 8:00 do 16:00
www.fno.cz



Zde je mapka celého areálu Fakultní nemocnice Ostrava. Jde o poměrně velký areál. V současné době se dětský tým nachází v budovách A, X a Y. Neosvědčilo se nám situačně rozdělovat zdravotní a sociální tým. Naopak je potřeba, aby spolupráce probíhala „pod jednou střešou“. V současné době je to zcela nevyhovující. V druhé polovině r. 2022 bude zázemí celého týmu v nové psychiatrické klinice, což je za budovou T.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

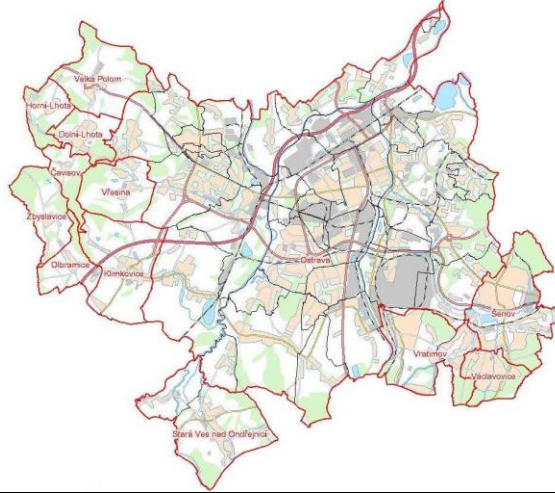
28. Situačně nerozdělovat zdravotní a sociální tým. Naopak čím intenzivněji se setkávají, tím lépe.





ORP Ostrava

(Ostrava, Velká Polom, Horní Lhota, Dolní Lhota, Čavisov, Zbyslavice, Olbramice
Vřesina, Klimkovice, Stará Ves nad Ondřejnicí, Vratimov, Václavovice, Šenov)



Zde vidíme celou oblast ORP Ostrava, kde působí multidisciplinární tým ve spolupráci s jednotlivými obcemi.





Aktéři multidisciplinární spolupráce

- Kontakt školních psychologů
- OSPOD
- Pediatři
- Rodina
- Psychiatrické a psychologické ambulance
- Psychiatrická nemocnice

Nejčastější spolupráce je se školními psychology, pracovníky OSPOD, pediatry, rodinou, psychiatrickými a psychologickými ambulancemi. Případně s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě. Co se týká doporučení, klíčová je práce s celou rodinou – rodinné terapie, herní terapie. Je opravdu velmi důležité zapojit co možná největší část rodinných příslušníků. Každý člen rodiny může mít na určité problémy trochu jiný pohled. Podstatná je také spolupráce v rámci školního prostředí. Rozhodně nemůže být podceňována. Osvědčila se nám rovněž spolupráce se školními psychology a se školskými poradenskými zařízeními. Jsou pro nás zdrojem cenných informací. Dále je potřeba zapojit pracovníky OSPOD, sociálně aktivizační služby, střediska výchovné péče, multidisciplinární týmy nemocnic a nakonec i zařízení ústavní výchovy. K prezentaci činnosti multidisciplinárního týmu pro odbornou i laickou veřejnost se nám osvědčila kombinace informačních kanálů, jako je televize, internet, letáky, osobní návštěvy, ale co považujeme za klíčové, je setkání s pracovníky OSPOD, školními psychology a pediatry.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 29. Pro práci s rodinou využívat rodinnou a herní terapii.**
- 30. Nezapomínat na spolupráci se školami – NEPODCEŇOVAT JI.**
- 31. Při prezentaci činnosti využívat kombinaci informačních kanálů – televize, internet, letáky, osobní prezentace.**





Cesta přijetí dítěte do služby MTDZ

- Prvním krokem je sběr anamnézy, který zajišťuje pracovník MTDZ týmu (sestra, sociální pracovník, speciální pedagog)
- Na pravidelné schůzce týmu (1x týdně) je konkrétní případ projednán a posouzen, zda splňuje podmínky pro přijetí do služby
- Po přijetí dítěte do služby je stanoven case manager, který sestaví minitým (lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog) a kontaktuje rodinu k prvotnímu mapování
- Další postupy a jejich efektivitu a kvalitu významně ovlivňuje úroveň spolupráce s rodinou

Prvním krokem poté, co jsme kontaktováni a požádáni o pomoc, je sběr anamnézy. Ten zajišťuje pracovník týmu. Může to být sestra, sociální pracovník, speciální pedagog. Na pravidelné schůzce, která probíhá jedenkrát týdně, je konkrétní případ projednán a je posouzeno, zda splňuje podmínky pro přijetí do služby. Při přijetí dítěte do služby je stanoven case manager, který sestaví minitým, ve kterém je lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog. Poté je kontaktována rodina k prvotnímu mapování. Další postupy a jejich efektivitu významně ovlivňuje úroveň spolupráce s rodinou. Pro operativní postup je nutné již v rámci prvokontaktu zmapovat situaci velmi podrobně. Vzhledem k tomu, že schůzky týmu probíhají 1x týdně, chybějící informace ke každému případu jsou pak příčinou zbytečných prodlev a sběr dalších doplňujících informací tak oddaluje přijetí dítěte do péče. Při práci s rodinou a především při získávání její důvěry je nutné důsledně předávat všechny informace mezi týmem i členy minitýmů, a to vše s respektem k domluveným postupům. Osvědčila se nám i prvotní schůzka minitýmů ještě předtím, než se zapojí konkrétní odborníci a než začnou pracovat s dítětem. U složitějších případů je to realizováno i nad rámec pravidelných porad několikrát měsíčně.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 32. Při prvokontaktu nezapomínat na důkladné zmapování situace s respektem hranic a kompetencí jednotlivých pozic.**
- 33. Dát jasná pravidla pro případ, že dojde k názorové neshodě v týmu na přijetí dítěte, případně jsou výhrady k navrhovaným postupům.**
- 34. Pro práci s rodinou a především pro získání její důvěry je nutné důsledné předávání všech informací mezi členy celého MD týmu i členy minitýmů, včetně dodržování domluvených postupů.**
- 35. Osvědčila se první schůzka minitýmů ještě před zapojením jednotlivých odborníků. Pravidelná setkávání minitýmů jsou u složitějších případů realizována i nad rámec pravidelných porad.**





Navázání spolupráce druhé úrovně v psychiatrické nemocnici

Nastavování podmínek setkávání s dětským oddělením PNO

- Nevyplnula potřeba setkávání MTDZ v Psychiatrické nemocnici Opava ve stanovených termínech, např. 1x týdně
- Potřebu navázání na MTDZ stanoví psychiatrická nemocnice, při hospitalizaci pacienta z ORP Ostrava
- Doporučení navázání na službu do 48 hodin nebylo považováno za striktní. Došlo ke shodě na navázání spolupráce dle stavu dítěte
- Stav dítěte je rozhodující pro kontaktování staniční sestry dětského oddělení PNO, po domluvě s lékařem klíčového pracovníka MTDZ

Pro navázání spolupráce 2. úrovně v Psychiatrické nemocnici v Opavě bylo důležité nastavení podmínek pro setkávání na dětském oddělení. Došlo ke shodě, že není potřeba setkávání týmu v PNO ve striktní režimu, například 1x týdně. Potřeba navázání na MTDZ bude vycházet zejména ze stavu dítěte. Pokud to stav dítěte dovolí, staniční sestra dětského oddělení Psychiatrické nemocnice v Opavě po domluvě s lékařem kontaktuje určeného pracovníka MTDZ Ostrava. Poté je dítě v co nejkratším termínu navázáno na službu MTDZ tím, že proběhne osobní setkání a představení klíčových pracovníků služby, kteří budou za dítětem do zařízení docházet.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

36. Je nutné jasné stanovení podmínek spolupráce, zvážení přínosů, možností a limitů všech zúčastněných.



Plán setkání s dítětem v PNO

- Termín je stanoven po domluvě se staniční sestrou dětského oddělení
- Při přijetí dítěte rodiče podepisují souhlas s kontaktováním služby
- K prvotnímu setkání vyjíždí jeden pracovník MTDZ - v současné době sestra
- Před setkáním s dítětem proběhne krátká informační schůzka se staniční sestrou dětského oddělení, popř. lékařem, poté proběhne schůzka s dítětem, v samostatné místnosti s dostatečným soukromím

Termín setkání s dítětem je stanoven po domluvě se staniční sestrou dětského oddělení. Při přijetí dítěte rodiče podepisují souhlas s kontaktováním služby. Rodiče dávají souhlas k zapojení našeho multidisciplinárního dětského týmu (dětské CDZ) do práce s dítětem a jeho rodinou. K prvnímu setkání vyjíždí z našeho týmu v současné době jeden pracovník – sestra se specializací v psychiatrii. Další postup léčby a úzdravy dítěte je již vyjednáván a plánován společně s naším týmem s dítětem, rodinou a jeho dalším sociálním prostředím. Jsou realizována multidisciplinární setkání, kam jsou přizváni důležití účastníci, kteří pomáhají s posilováním silných stránek dítěte a zkompetentňují celé sociální prostředí dítěte a jeho rodiny, která jsou střídána individuálními setkáními našeho týmu s dítětem samotným. To vše je společně vyjednáváno týmem spolu s dítětem a jeho rodinou. Před setkáním našeho týmu s dítětem proběhne krátká informační schůzka se staniční sestrou dětského oddělení, popřípadě lékařem, a poté proběhne schůzka pracovníka našeho týmu s dítětem ještě na lůžkovém oddělení při hospitalizaci dítěte v samostatné místnosti s respektováním dostatečného soukromí pro dítě. Bylo vyhodnoceno, že při setkávání více pracovníků je vnímán vyšší tlak na dítě. Z toho důvodu je při rozhovoru s dítětem přítomen pouze jeden pracovník. Při nastavování podmínek setkávání je důležité nezapomínat na dostatek soukromí a klidu při navazování. Proto musí být k dispozici samostatná místnost, kde bude dostatek soukromí a schůzky nebudou ničím a nikým rušeny.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

37. Respektovat psychický komfort dítěte při prvokontaktu i dalších setkáních. Je nezbytné mít k dispozici samostatnou vhodně vybavenou místnost, kde bude dostatek soukromí a schůzky nebudou nikterak rušeny.





Multidisciplinarita na Psychiatrickém oddělení Nemocnice Havířov

Pavína BEDNARZOVÁ

Psychiatrické oddělení Nemocnice Havířov, p. o. RÚT Havířov, sociální rehabilitace

- Dojednání působnosti RÚT Havířov na základě aktivní kooperace:
 - náměstkyně odboru sociálních věcí Magistrátu města Havířova
 - management Slezské diakonie
 - primář psychiatrického oddělení Nemocnice Havířov
- Zahájení spolupráce – leden 2020
- Pravidelné stáže pracovníků střediska RÚT na psychiatrickém oddělení po dobu 3 týdnů

Na několika dalších stranách vám představíme spolupráci psychiatrického oddělení Nemocnice Havířov s naší terénní sociální službou RÚT, sociální rehabilitace Slezské diakonie. Tato spolupráce byla zahájena na základě jednání mezi náměstkyní odboru sociálních věcí Magistrátu města Havířova, managementem Slezské diakonie a primářem psychiatrického oddělení havířovské nemocnice. Jednalo se o aktivní spolupráci, která byla zahájena v lednu 2020, a to na základě pravidelných stáží pracovníků střediska RÚT na psychiatrickém oddělení po dobu tří týdnů. Bohužel v té době byly stáže blokovány první vlnou covidu, čímž vlastně docházelo k dokončení stáží u každého pracovníka zvlášť. Tudíž došlo i k pozastavení navazování pacientů na terénní sociální službu. Navázání prvního pacienta proběhlo v červenci 2020.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

38. V modelu MD přístupu realizovat stáže pracovníků sociálních služeb v prostorách místně příslušného psychiatrického oddělení s důrazem na přímý kontakt pracovníků s pacientem.





Psychiatrické oddělení Nemocnice Havířov, p. o. RÚT Havířov, sociální rehabilitace

Červenec 2020 – první navázání pacientů/klientů na terénní sociální služby RÚT Havířov, sociální rehabilitace

Srpen 2020 – zahájení pracovní pozice „malého metodika“

Nastavení pravidelných pracovních schůzek v rámci multidisciplinární spolupráce na základě flexibilně virtuálního týmu – cíl:

- navazování nových hospitalizovaných/ambulantních pacientů s duševním onemocněním
- sdílení, monitoring nově vzniklých skutečností
- metodická podpora

ROK 2020 – 9 pacientů/klientů

ROK 2021 – 3 pacienti/klienti

V srpnu téhož roku byla obsazena pracovní pozice „malé metodičky“ a nastaveny pravidelné pracovní schůzky, které měly virtuální charakter. Cílem bylo navazování stávajících i nově hospitalizovaných pacientů s duševním onemocněním i pacientů z ambulantních ordinací. V rámci setkání byly sdíleny informace k aktuálnímu vývoji MD spolupráce, informace k jednotlivým pacientům a k možnostem jejich navázání na komunitní terénní týmy. Dalším cílem schůzek byla metodická profesní podpora na úrovni nelékařské i lékařské praxe. Zjistili jsme, že je důležité otevírat veškerá témata v linii zplnomocňování pacienta/klienta v rámci jeho navazování a předávání do sociální služby. Stěžejní je klíčový pracovník pro plynulou komunikaci mezi multidisciplinárními týmy a jasná pravidla spolupráce. Co považujeme za prioritu ve spolupráci v rámci multidisciplinárních týmů, je zachovat osobní prostor pro vyjádření pacienta/klienta v návaznosti na respektování jeho individuálních potřeb.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 39. Otevírat veškerá témata v linii zplnomocňování pacienta/klienta v rámci jeho navazování a předávání do sociální služby.**
- 40. Mít klíčového pracovníka pro plynulou komunikaci mezi MD týmy.**





Naše vize, naše plány, představy

- respektování vzájemných pracovních pozic MD týmů
- respektování každého názoru
- vysoká míra profesionality
- otevřená, plynulá komunikace
- prostor pro zpětnou diskusi
- přátelská, laskavá atmosféra

Dále považujeme za důležité respektování vzájemných pracovních pozic multidisciplinárních týmů, respektování každého názoru. Měla by být zachována vysoká míra profesionality a komunikace by měla být otevřená a plynulá, vždy by měl být zachován prostor pro zpětnou diskusi a samozřejmě také považujeme za důležitou přátelskou a laskavou atmosféru.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 41. Dostatek osobního prostoru pro vyjádření pacienta/klienta v návaznosti na respektování jeho individuálních potřeb.**





Spolupráce CDZ Ostrava s akutním oddělením FNO

Gracián SVAČINA

Spolupráce CDZ Ostrava s akutním oddělením FNO

Sociální pracovnice volala klientovi, panu Markovi. Klientova mluva byla tišší než obvykle, rozkolísaná. Používal výrazy, jaké od něj sociální pracovnice (Jana) jindy neslyšela.

Jana se poradila s psychiatrickou sestrou (Hanka) a dohodly se, že za klientem vyrazí.

Měly štěstí, do paneláku zrovna někdo vcházel, takže mohly vstoupit s ním. Na schodech uslyšely rychlý dupot, byl to bratr pana Marka.

Jana a Hanka doběhly bratra a ptaly se ho, co se děje. Bratr odpověděl, že mu Marek volal s tím, že chce spáchat sebevraždu.

Na tomto místě bychom vám na základě kazuistiky rádi představili spolupráci CDZ Ostrava s akutním oddělením Fakultní nemocnice Ostrava.

Sociální pracovnice při telefonátu s panem Markem zjistila, že mluva klienta je tišší než obvykle, rozkolísaná, s používáním výrazů, které běžně nepoužíval. Pracovnice CDZ neváhala a využila toho, že CDZ disponuje různými odbornostmi, a operativně začala zjištěné informace a postřehy sdílet s psychiatrickou sestrou. Výsledkem byl bezprostřední výjezd do místa bydliště pana Marka. Ještě před výjezdem se jim podařilo zkontaktovat klientova bratra, který se za bratrem také ihned vydal. Pracovnicím se podařilo využít situace, kdy do vchodu vcházel jeden z nájemníků, a tak se bez větších problémů mohly dostat až k bytu klienta. Velice brzy jsme pochopili, že pan Marek chce spáchat sebevraždu.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 42. Důležité je vnímat klientovo chování, jednání, verbální i nonverbální projevy.**
- 43. Klíčová pracovnice musí mít možnost využít kdykoliv ostatních odborností MD týmů.**





Spolupráce CDZ Ostrava s akutním oddělením FNO

Otevřeli dveře a pan Marek, který bydlí v 5. patře, seděl na parapetu otevřeného okna jednou nohou z okna, druhou v místnosti.

Bratrovi, Janě a Hance se podařilo přesvědčit pana Marka, aby slezl z parapetu a sedl si na židli. Zdravotní sestra volala psychiatrovi CDZ, který byl v té době na dovolené.

Rychlou komunikací mezi rodinou a týmem CDZ se došlo ke shodě, že pro pana Marka bude nejlepší řešení hospitalizace.

Psychiatr vše předjednal na akutním oddělení, kde částečným úvazkem pracuje.

Přijela sanitka a pan Marek nedobrovolně nastoupil do sanitky, kde ho doprovázela zdravotní sestra Hanka (ta si vyslechla několik expresivních výrazů).

Marka jsme našli, jak sedí na parapetu v pátém patře, jednu nohu měl v místnosti a druhou nohu z okna ven. Společnou prací Markova bratra, sociální pracovnice a psychiatrické sestry se podařilo přesvědčit Marka, aby z parapetu slezl. Došlo také k rychlé komunikaci mezi zdravotní sestrou a psychiatrem, kdy byla lékařem doporučena a na akutním oddělení FN Ostrava předem domluvena nedobrovolná hospitalizace. Do přivolané sanitky poté nastupoval nejen pan Marek, ale doprovázela ho i zdravotní sestra CDZ. Ta si cestou vyslechla několik expresivních výrazů.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 44. Pro klientovo zotavení je klíčová spolupráce s rodinou a nejbližším okolím klienta. V případě, že je nutná hospitalizace, osvědčuje se nám doprovod pracovníka CDZ, což se ve většině případů jeví jako velmi významný okamžik v prohloubení důvěry a utužení vztahu mezi klientem a pracovníkem.**





Spolupráce CDZ Ostrava s akutním oddělením FNO

Po příjezdu do nemocnice byla výměna informací mezi sestrou CDZ a staniční sestrou akutních lůžek směřována již ke krokům vedoucím k jeho propuštění.

Pan Marek byl propuštěn po týdenní hospitalizaci.

Po nějaké době měl dostatečný nadhled nad situací, která se stala (také z vyprávění svého bratra). Přišel za Hankou a omluvil se jí za ona expresivní slova, která na její adresu pronesl v sanitce. Tento moment byl pro tým CDZ známkou, že je na čase se s panem Markem rozloučit, protože pan Marek je už natolik kompenzovaný, že už službu CDZ nepotřebuje. Klientovi byla dále navržena pomoc terénní sociální služby.

Po příjezdu zdravotní sestra začala i s personálem oddělení domlouvat návštěvy pana Marka, zdravotníci byli informováni o diagnóze, co předcházelo této atace atd. Pan Marek byl propuštěn po týdenní hospitalizaci a po nějaké době, kdy jsme s ním dále pracovali, přišel za zdravotní sestrou a omluvil se za výrazy, které jí řekl v sanitce. A to byl moment, kdy jsme si v CDZ řekli, že se musíme s panem Markem zase rozloučit, protože už služby centra duševního zdraví nepotřebuje. Pracujeme průtokově, s klienty se snažíme zasanovat jejich krizi a potom je propustit do návazných služeb, a pokud už je nepotřebují, tak i bez navázání, ale s jasnou zprávou, že kdyby něco potřebovali v budoucnu, tak se na nás mohou obrátit.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 45. Plánování návratu zpět z nemocnice do komunity je nutné zahájit co nejdříve po přijetí.**
- 46. Důležité je udržet kontakt nejen s klientem, ale také s nemocničním personálem. Společně pak spolupracovat na plánu propuštění.**
- 47. Stejně důležitá je průchodnost služby, nedržet klienta v CDZ, ale být k dispozici v případě, že to bude potřeba.**





Multidisciplinarita v RÚT Nový Jičín

Gabriela LHOTSKÁ



BYDLÍM, TEDY JSEM

- ❖ Komunitní plánování
- ❖ Navazování
- ❖ Sociální služba
- ❖ Bydlím

V kostce vám zde představím naši cestu komunitního týmu, konkrétně služby sociální rehabilitace RÚT Nový Jičín. Naše služba pokrývá území tří obcí s rozšířenou působností o rozloze přibližně 500 km² s počtem cca 110 000 obyvatel, to jenom pro vykreslení našeho komunitního týmu. Když naše služba v roce 2015 začínala, byli jejími klienty v 95 % lidé s mentálním a kombinovaným postižením a autismem a v průběhu několika let se situace úplně změnila a z 95 % jsou to dnes lidé především s duševním onemocněním. Z dvoučlenného týmu máme pevný tým o šesti lidech a multidisciplinárně spolupracujeme s dalšími pěti osobami, jednak s peery a jednak s lidmi z oblasti zdravotní. Z toho je zřejmé, jak moc se tyto komunitní týmy musely změnit a jak důležitá je multidisciplinární spolupráce, která u nás probíhá v mnoha procesech a na mnoha úrovních. V rámci první úrovně multidisciplinarity jsme museli úplně změnit jako služba naše myšlení, a to zejména v oblasti přístupu a pracovních metod a v oblasti zaměření našeho vzdělávání. Tou druhou úrovní pak pro nás byla novinka v nastavení a způsobu navazování klientů přímo v Psychiatrické nemocnici Opava a třetí úroveň pro nás znamenala rozšířit konkrétní a cílenou spolupráci s městem. Díky komunitnímu plánování se nám podařilo prosadit jednotlivá opatření, jako je například rozvoj terénních týmů a služby podpory samostatného bydlení či právě sociální rehabilitace a jejich personální obsazení. Například jsme vyčlenili byty pro osoby s duševním onemocněním a zajistili potřebné pobytové služby pro danou cílovou skupinu, protože ty aktuálně na Novojičínsku chybí. V návaznosti na zmíněné opatření se nám v roce 2021 podařilo od města Nový Jičín získat pro potřeby služby chráněného bydlení pilotní byt pro dvě osoby. Ve chvíli, kdy bylo rozhodnuto o rozšíření poskytování služby chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním, začala služba chráněného bydlení úzce spolupracovat se službou sociální rehabilitace, jejíž pracovník je case managerem pro Novojičínsko a navazuje pacienty Psychiatrické nemocnice v Opavě. Spolupráce se týkala nejen navázání případných zájemců, ale také podpory v oblasti znalosti práce s cílovou skupinou obecně a propojení s odborníky, což se nám velmi osvědčuje. Společně s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě služba sociální rehabilitace vtypovala dvě osoby. Kritériem výběru





adeptů se stal jednak typ pobytové služby, jednak druh bydlení (šlo o běžnou bytovou zástavbu, dvoupokojový byt). Následným krokem bylo představení tohoto pilotního projektu vytipovaným adeptům v nemocnici a došlo i k jejich vzájemnému seznámení. Základem pro nás je a byl vždycky princip triády, tzn. že každý krok probíhal partnersky a s vědomím pacienta/klienta. Byl jim ponechán prostor pro rozhodnutí zhruba 14 dnů a k tomu všemu potřebovali znát jasné podmínky a pravidla, se kterými jsme je seznámili. Po jejich rozhodnutí byla do procesu zapojena služba chráněného bydlení a klíčový pracovník, který měl v místě bydliště potom s klienty pracovat. V rámci navazování ještě před stěhování bylo potřeba důkladně mapovat všechny potřeby pacientů a vytvořit plán zotavení. Začít postupně řešit oblast financí, příspěvek na péči, invaliditu, průkaz pro osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P) a podobně. A všechno to bylo nutné rozplánovat, protože s ohledem na vzdálenost Opavy od Nového Jičína a horší dopravní spojení to bylo pro lidi nejen fyzicky náročné, ale ovlivňovalo to i jejich psychickou pohodu. Proto i my po těch všech zkušenostech, kterými jsme v rámci navazování a přechodu prošli, doporučujeme, aby i v místě bydliště bylo vše dokonale připraveno a stěhování nebylo úspěšáno, protože je nutné předpokládat, že se mohou objevit nějaké nečekané situace a momenty, jako třeba zdlouhavost byrokratických úkonů při přidělení bytů nebo že v bytě ještě není připojena elektřina a plyn. S tím vším máme osobní zkušenost a je proto nutné mít vše dokonale připravené, aby se předešlo psychické zátěži lidí. Spolupráce mezi chráněným bydlením a sociální rehabilitací přestěhování neskončila. Nadále umožňujeme službě chráněného bydlení konzultace s psychiatrem a psychologem našeho multidisciplinárního týmu. V rámci spolupráce jsme si stanovili po dohodě s klientem jasná pravidla. Sociální rehabilitace už přechází v této fázi do podpory v oblasti předcházení krize, peer aktivit a podobně. To, že člověk bydlí a že se přestěhoval, neznamena, že tím práce skončila. Naopak, před námi je kus cesty a realita běžného života a proces zotavení.

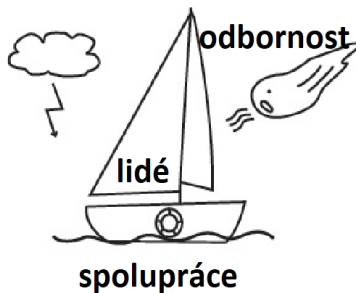
METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 48. Klíčová je účast na komunitním plánování – prosazování změn, podílení se na přípravě dalších kroků a cílů vedoucích k rozvoji poskytovaných služeb (podpora terénních a pobytových služeb, navýšení úvazků, získání bytů pro potřeby CHB).**
- 49. Je nutné mít připravený proces přechodu: 1. fáze – vytipování, 2. fáze – vzájemné představení, 3. fáze – mapování potřeb, 4. fáze – realizace opatření. Spolu s tím musí probíhat příprava zázemí – kontrola přívodu energií a jejich funkčnost, stavu interiérů, připravenost služby – IP, krizové plány apod.**





KLÍČOVÉ ATRIBUTY REFORMY



- ❖ Lidé
- ❖ Spolupráce
- ❖ Odbornost

Za klíčové atributy celé reformy považujeme lidi, spolupráci a odbornost. V roce 2021 se nám podařilo díky projektu vytvořit multidisciplinární tým a tím se velmi výrazně zvedla odbornost pracovníků, kteří jsou pravidelně podporováni. Naše služba se rozrostla o psychiatra, psychologa, psychiatrickou sestru a máme dva peery. Nastavili jsme případová setkání, společně s psychologem nastavujeme pracovní postupy, umožňujeme klientům setkat se s psychologem a stále se snažíme účinně uchopit pozici peera ve službě. Vnímáme jeho nezastupitelné místo a na základě vlastních zkušeností jsme si ověřili, že bez spolupráce sociálních služeb s odborníky a bez odborné kvalitní pomoci dobrá podpora existovat nebude. Bez kvalitních jedinců není možné reformu provádět. Spolupráci považujeme za zásadní, v rámci case managementu jsme si v našem regionu nastavili pravidlo, že po každé návštěvě psychiatrické nemocnice vždy informujeme další organizace v regionu, nejen že jsou třeba v nemocnici aktuálně připraveni lidé k navázání, ale zároveň jim dáváme vědět, že vůbec návštěva proběhla a že zde případně nikdo k navázání není. Další věcí, kterou nemůžeme opomíjet a kterou považujeme za důležitou, je odbornost a vzdělání. Velký důraz klademe na kvalitní a vzdělané lidi. Díky podpoře nejen multidisciplinárního projektu a deinstitucionalizace, ale i díky podpoře Moravskoslezského kraje a jeho projektu Podpora duše II mohli naši pracovníci bezplatně absolvovat řadu několikahodinových kurzů, jako je krizová intervence, case management, empowerment, práce s lidmi s duální diagnózou, podpora zotavení a podobně. Vzdělávání přináší mnohdy našim pracovníkům „aha“ efekty a každopádně jsou pro ně potřebnou jistotou, například při zásahu u člověka s atakou přímo v jeho bytě a domě, protože neznalost a nejistota spíše přinášejí obavy.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

50. Klíčová je vzájemná spolupráce zdravotní a sociální oblasti, vzájemná podpora vzdělaných pracovníků, kde všechny kroky jsou založeny na jejich odbornosti.
51. Pro transformaci je zásadní promyšlená strategie vzniku CDZ nebo MD týmů.
52. Zařazovat vzdělávání dle potřeb a vývoje.





*„Není každé ráno jen sluncem zalité
a nikde není psáno, že se záhy vzdálí déšť,
přesto stojí za to vstávat a s odvahou jít ven,
pokusit se brát i dávat, tak svět je nastaven.“
(Karel Gott)*



A CO DÁL...

- ❖ návazné aktivity
- ❖ zaměstnání
- ❖ podpora

Multidisciplinarita může samozřejmě probíhat i v rámci návazných aktivit. Šli jsme cestou setkávání a sdílení informací. Založili jsme dvě svépomocné skupiny ve dvou různých městech a velký přínos vidíme především ve vzájemné aktivizaci, možnosti sdílení osobních příběhů a zároveň ve vzájemné podpoře. V rámci nastavování funkčnosti těchto skupin klademe důraz na zplnomocňování a snažíme se spolupracovat i s psychologem, využíváme příkladů dobré praxe i zkušenosti z jiných svépomocných skupin. Vlastními silami se také snažíme o různé destigmatizační aktivity, přednášky pro veřejnost nebo pro studenty středních škol, a zapojujeme nejen psychiatra, ale také peer pracovníka a pracovníka sociálních služeb. Toto spojení vykreslení různých pohledů se nám v praxi velmi osvědčilo. Vynikající výsledky máme v podpoře zaměstnávání. Díky situaci na trhu práce se nám daří zaměstnat všechny, kteří o to stojí, a to ať už na otevřeném, tak chráněném trhu práce. Byli jsme třeba zapojeni do projektů pražské neziskové organizace Ad movement a formou podporovaného zaměstnávání jsme začleňovali naše klienty na trh práce, na Novojičínsku funguje v rámci úřadu práce pracovní rehabilitace. Praxe ukazuje, že mezi obyvateli bytu mohou vznikat nějaké neshody, vyskytují se případné exekuce, objevují se problémy typu začlenění člověka v místě bydliště, kde ho předchází jeho pověst a minulost. Narážíme na problematiku toho, zda volit pro účely pobytové služby jednopokojové nebo dvoupokojové byty. Sami se přikláníme spíše ke sdílenému bydlení, protože výsledkem může být větší motivace k posunu k vlastnímu bydlení. My sami bychom byli velmi rádi, kdyby se nám podařilo naše klienty posouvat stále do nižší a nižší formy podpory a k samostatnému bydlení.





Interně hovoříme o maximálně dvou letech pobytu v tomto typu chráněného bydlení. A jak se nám to bude dařit, to určitě uvidíme v čase.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

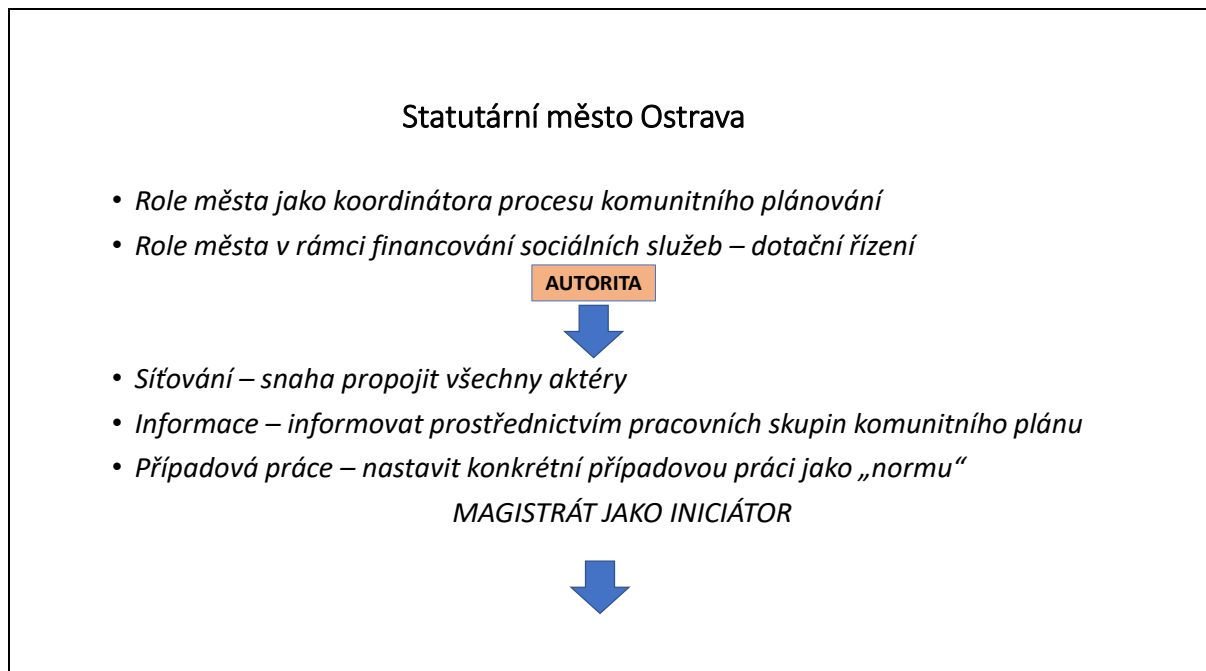
- 53. Nezbytné je zajištění návazných aktivit, podpora v zaměstnání a podpora pracovníků a celého týmu.**
- 54. Pozor na „kostlivce ve skříni“ – neshody mezi obyvateli, jejich případné exekuce, začlenění v místě, kde člověka přechází jeho pověst/minulost apod.**
- 55. Je na zvážení, zda jsou výhodou jednopokojové byty, nebo soužití dvou osob s duševním onemocněním. Služba se přiklání spíše ke sdílenému bydlení – osoby jsou tak více motivovány k posunu k vlastnímu bydlení.**
- 56. Podpora s termíny, všichni musí vědět podmínky od počátku.**





Role Statutárního města Ostrava v multidisciplinaritě

Rostislav HONUS



Ostrava je poměrně velké a službami velmi dobře zasíťované město. Aktérů, kteří vstupují v celé možné šíři do práce s lidmi s duševním onemocněním, jsou desítky. Jsou to (mimo služby zaměřující se na osoby s duševním onemocněním) například všechny terénní a sociálně aktivizační služby. I když jejich primární cílovou skupinou nejsou lidé s duševním onemocněním, v praxi se s takovými klienty setkávají. Tím, že město spolurozhoduje o tom, kdo bude zařazen do sítě poskytovatelů sociálních služeb ve městě, a následně se podílí společně s krajem na financování, disponuje určitou autoritou a kompetencemi v nastavování sítě a spolupráce. Tím nemyslím, že by měla být tato autorita mocensky prosazována, ale je podstatný rozdíl, když se snaží koordinovat spolupráci zástupce neziskového sektoru nebo když koordinační schůzku svolává magistrát. Samozřejmě k tomu využíváme síť komunitního plánování, kde máme zařazeno 9 fungujících pracovních skupin. V Ostravě se komunitně plánuje více než 20 let, proto se přímo nabízí využívat existující kontakty a to, co umíme dělat v rámci síťování pro potřeby reformy. Poměrně rychle jsme si ujasnili naši roli – dostat k jednomu stolu všechny klíčové hráče, propojit je a svým způsobem následně „vše ponechat svému osudu“, protože v tomto případě efekt sněhové koule, jak jsem zjistil, funguje velmi dobře.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

57. Spolupracovat s obcí jako s iniciátorem plánovaných postupů a jako formální i neformální autoritou (síťování, propojování, účast na komunitním plánování).





Klíčoví hráči v rámci propojování a koordinace

- *Moravskoslezský kraj a koordinátor reformy*
- *Psychiatrická nemocnice Opava*
- *Fakultní nemocnice Ostrava + MDT pro děti a adolescenty*
- *Centrum duševního zdraví Ostrava (MNOF + Asociace Trigon)*
- *Statutární město Ostrava a Komunitní plán – více než 70 poskytovatelů a NNO*
- *10 přímo zřizovaných přísp. organizací (DS, DZR, DOZP)*
- *OSPOD MMO + 7 x OSPOD na MOB (městský obvod)*
- *Soc. pracovníci na 23 MOB a veřejní opatrovníci – metodická práce MMO s MOB*
- *Rozvíjející se MDT Asociace Trigon, Spirály a Mens Sany*
- *Školy, pedagogicko-psychologické poradny, výchovný ústav*
- *Další...*

Aktérů jsou skutečně desítky. Jen v síti služeb v Ostravě registrujeme více než 70 poskytovatelů, což představuje více než 120 registrovaných sociálních služeb. Jsou to například obě velké nemocnice, CDZ Ostrava a 23 městských obvodů, kdy v každé městské části působí terénní sociální pracovníci, což jsou lidé, kteří se v rámci prvotního záchytu setkávají s lidmi bez domova a lidmi s duševním onemocněním. V Ostravě působí tři klíčové terénní služby nebo služby sociální rehabilitace a chráněného či samostatného bydlení s podporou: Asociace Trigon, Spirála a MENS SANA. Na 7 městských obvodech působí OSPOD. Toto vše je „ve hře“.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

58. Maximalizovat koordinační role obce ve smyslu vlivu na velké množství institucí a organizací.





Co se osvědčilo

- *Propojování, síťování – platforma dospělí, platforma děti a mládež*
- *Využití pracovních skupin komunitního plánu a vazby na PO města*
- *Efektivita online informativních setkání*
- *Efekt sněhové koule*
- *Od obecných rozprav na téma chybějících kapacit ke konkrétní případové práci se zapojením všech klíčových aktérů*
- *Propojení s přípravou 6. komunitního plánu ve městě Ostrava*
- *Vkládat energii do spolupráce s lidmi, kteří chtějí hledat řešení a myslet jinak, namísto přesvědčování „nepřesvědčitelných“*

To, co nás možná naučil COVID-19, je nebát se online setkání a nebát se ani toho, že se online setkání může účastnit spousta lidí. Potřebovali jsme například velmi rychle dostat mezi „klíčové hráče“ informaci o tom, že v Ostravě vznikl multidisciplinární tým pro děti a mládež. Potřebovali jsme velmi rychle dostat ke všem klíčovým hráčům informace o tom, co dělá CDZ Ostrava, jak je vše propojeno s psychiatrickou nemocnicí, a konečně trochu rozpohybovat stávající „zákopovou válku“, kdy „sociální svět“ tvrdil, že „svět zdravotnictví“ nám některé informace zatajuje a spolupracovat nechce, a svět zdravotnictví tvrdil, že pacienty není kam posouvat, protože pro ně nejsou k dispozici služby bydlení. Chvíli jsme se v těchto problémech ztráceli. Pak jsme se vydali jinou cestou: „Pojďme se přestat bavit o číslech, jestli potřebujeme 50 bytů, 10 bytů nebo 12, a místo toho pojďme řešit konkrétní osudy klientů případovými setkáváními a učme se na tom spolupracovat. Díky nadšencům a kolegům v Psychiatrické nemocnici v Opavě a v multidisciplinárním týmu ve Fakultní nemocnici Ostrava se to poměrně rychle podařilo. V tuto chvíli už (jako zástupce města) nevstupuji do svolávání týmů (až na výjimky některých případových setkání) a vše již funguje „samo o sobě“. Dále jsme z pozice magistrátu chtěli do procesu případových setkání zapojit i veřejné opatrovníky. Jsou to naši kolegové na městských obvodech. Výhodou je, že magistrát v podstatě metodicky řídí sociální práci na městských částech. Proto jsme využili všechny komunikační kanály: porady OSPOD s městskými obvody, porady oddělení sociální práce a metodiky se sociálními pracovníky na obvodech, využili jsme pracovní skupiny komunitního plánu a už zmiňovaný efekt sněhové koule se následně projevil. Ke mně se nyní dostávají informace, kdo a s kým dalším navázal spolupráci a jak se vše vyvíjí.





Mám pocit, že všichni důležití lidé zapojení v celém procesu se na mě obrazejí tehdy, pokud „někde něco začíná drhnout“ a je potřeba vše zase nějakým způsobem iniciovat a posunout dál. Mám radost, že jsme takto mohli pomoci a že role města byla a vlastně i bude důležitá.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 59. Podporovat pravidelná setkávání platform na III. úrovni, sdílení informací, možnost získávání zpětné vazby.**
- 60. Organizovat případová setkání, učit se komunikovat, pracovat s příběhem klienta.**
- 61. „Efekt sněhové koule“ – v praxi začnou spolupracovat motivovaní lidé, kteří sami aktivně vyhledávají další aktéry – předávání kontaktů.**
- 62. Komunikovat napříč cílovými skupinami, nebát se velkých online setkání.**





Aktuální situace v multidisciplinaritě v rámci Moravskoslezského kraje

Hana VLHOVÁ

Aktuální situace v MD v rámci MSK

- Probíhají stáže v rámci MSK, plánujeme stáže v rámci ČR
- Běží supervize
- Rozvoj meziresortní spolupráce
- Podpora informovanosti a provázanosti (komunitní centra, poradny, Sociopoint aj.)

Aktuálně v Moravskoslezském kraji probíhají stáže v rámci kraje, plánujeme stáže v rámci České republiky, běží supervize, a to na první úrovni především v Psychiatrické nemocnici v Opavě, protože tam je skutečně nutno pracovat se zdravotnickými týmy uvnitř. Druhá úroveň nám běží ve Fakultní nemocnici Ostrava, která spolupracuje se všemi týmy sociální rehabilitace. Co se týče rozvoje meziresortní spolupráce, spolupracujeme zejména s obcemi, magistráty, s úřady práce a začíná se rozvíjet spolupráce i s organizacemi disponujícími bytovým fondem, s nimi řešíme problematiku bytů. Co se týče podpory informovanosti, provázanosti, tak jsme začali v loňském roce spolupracovat v užším smyslu se Sociopointem, což je nová služba ostravského magistrátu. Je to místo prvního kontaktu, které v loňském roce zpracovávalo manuály.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 63. Oslovit a zůstat v kontaktu se složkami veřejné správy i neziskového a soukromého sektoru.**
- 64. Využít zkušeností a fungování stávajících služeb a podílet se na jejich rozvoji.**
- 65. Ve spolupráci s obcí mapovat situaci pobytových služeb v daných ORP, navázat spolupráci (komunikace, stáže, případová setkání, místní šetření).**
- 66. Hledat možnosti propagace, využívat, případně modifikovat již existující metody.**





Spolupráce se Sociopointem Ostrava při tvorbě praktického manuálu



<https://kpostrava.cz/category/skupina/sociopoint/>

Manuály byly zaměřeny na téma krize a její prevence. Jak vidíte, každý z manuálů má jiné zaměření, jeden na bezdomovectví, druhý na dluhy, další na domácí násilí, osamělost. Ten, na kterém jsme spolupracovali my, nese název „Pomoc v případě akutní krize při duševním onemocnění“. Důvod, proč to zde zmiňuji, je ten, že každý z nás a samozřejmě i osoba s duševním onemocněním se může dostat do dluhů, může být obětí domácího násilí, může se cítit osamělý, může přijít o domov. Ze všech těchto manuálů tedy mohou čerpat jak duševně nemocní, tak jejich pečující. V elektronické podobě jsou dostupné na stránkách Magistrátu Ostrava, v tištěné podobě v zázemí Sociopointu, přímo v budově magistrátu. K tomu vznikla i mobilní aplikace, která je velmi zdařilá, jednoduchá, jsou v ní odkazy, čísla na služby pro všechny situace, do kterých se člověk může dostat. Atmosféra při vzniku manuálu byla úžasná, protože se potkali psychiatři, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, zdravotníci, lidé z magistrátu i Sociopointu a velmi intenzivně se diskutovalo o obsahu manuálu a o jeho podobě. Multidisciplinarita se tu projevila velmi dobře a budeme rádi, když se v praxi osvědčí, protože krizi může mnohdy zažehnat už jen to, že má člověk potřebné informace.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

67. S ohledem na rozvoj multidisciplinarity využít každé možnosti k jejímu uplatnění. Výsledek snažení pak prezentovat odborné i laické veřejnosti jako příklad dobré praxe.





Kam směřujeme

- Podpora komunikace a společných aktivit zdravotní a sociální oblasti
(kazuistické semináře – sdílení dobré praxe)
- Začínáme řešit prostupnost pobytových služeb
- Podpora a rozvoj komunitního a sdíleného bydlení

Celá multidisciplinarita je o komunikaci, o tom navázat a zůstat v kontaktu. My zůstáváme v kontaktu se všemi 19 týmy MSK. V úzkém kontaktu zůstáváme coby metodici. Zůstáváme v kontaktu s aktéry na magistrátech a všude jinde. Intenzivně komunikujeme, což je základ pro propojení zdravotní a sociální oblasti. V tomto chceme pokračovat zejména formou kazuistických seminářů a sdílením dobré praxe. A když nám k tomu pomůže i magistrát a vyzve k účasti na takové akci, tak je to o to lepší, protože se informace dostává do takových míst, která bychom normálně neoslovili. Začínáme řešit prostupnost pobytových služeb, rovněž v kooperaci s obcemi a magistráty, protože řada magistrátů je zřizovateli pobytových služeb. Podporujeme rozvoj komunitního sdíleného bydlení, tedy formy bydlení, kdy v jednom bytě v přirozené zástavbě bydlí například dva klienti společně. Velmi často tato forma bydlení zaznívá ve spolupráci s obcemi, s magistrátem a se zmiňovanými organizacemi, které disponují bytovým fondem. Jednáme o přidělování různých typů chráněného bydlení a podpory komunitního bydlení a podobně. Na závěr – my jdeme cestou využívání všeho, co se využít dá. Tedy využít existujících organizací, existujících služeb a komunikovat.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 68. Pořádat případová setkání.**
- 69. Ve spolupráci s obcí mapovat situaci pobytových služeb v daných ORP, navázat spolupráci (komunikace, stáže, případová setkání, místní šetření).**
- 70. Využít fungování v dané oblasti a začít jednat o možnosti spolupráce (CHB, PSB, sdílené bydlení, pronájem nebytových prostor aj.).**





**Za pozornost děkuje MD tým metodiků
a zástupců spolupracujících organizací MSK**



Souhrn metodických doporučení

OBSAH – CO	POSTUP – JAK	ODPOVÍDÁ	TERMÍN	MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5
1. Co nejdříve oslovit spolupracující organizace a služby s cílem sdílet informace. Komunikaci vést s respektem k jejich možnostem, limitům, hodnotám a postojům.				
2. Od počátku se snažit komunikovat se všemi potenciálními aktéry reformy na různých úrovních MD a využívat pro to všechny příležitosti (KP, příspěvky v tisku či médiích, pracovní porady různých úrovní, setkání s pracovníky na různých pozicích v rámci případových jednání, jednání na úřadech, kontakt s pobytovými službami apod.)				
3. Využít všech kontaktů, které byly doposud ke spolupráci využívány, s cílem spolupráci ještě více prohloubit a zefektivnit.				
4. Dát prostor všem, kteří se ke spolupráci aktivně přihlásí (neselektovat, vyhnout se předčasným soudům a úvahám).				
5. Nastavit si jasná pravidla komunikace a sdílení.				
6. Zmapovat možnosti a strategie podpory.				
7. Od počátku začít pracovat s jednotlivými týmy v psychiatrické nemocnici na změně v přístupu k pacientům – individuální péče o pacienty.				
8. Srozumitelně a asertivně dávat příklady dobré praxe jako podklad pro požadovanou změnu.				
9. Respektovat pacienta/klienta, jeho potřeby a přání, podporovat otevřenou komunikaci, a to vždy v jeho přítomnosti, ale vše plánovat s respektem k jeho schopnostem, možnostem a dovednostem.				



10. Zkompetentňování a zapojování pacienta/klienta vede ke zdravému, aktivnímu zapojení člověka v rehabilitaci a úzdavě.				
11. Co nejdříve zmapovat situaci na jednotlivých stanicích, a to ve spolupráci s jejich klíčovými pracovníky.				
12. Vysvětlit účel požadovaných kroků a změn a být stále v kontaktu pro případ jakýchkoli dotazů či připomínek.				
13. Co nejdříve nastavit systém pravidelného setkávání/porad s komunitními týmy.				
14. U dlouhodobých pacientů nutno zapojit všechny potřebné aktéry I., II. a III. úrovně multidisciplinární spolupráce.				
15. Důležitá je motivace člověka v léčbě a spolupráci s komunitními týmy – vysvětlit výhody, seznámit KT s pacientem, zabránit obavám, strachu z neznáma, být otevřený novým způsobům a zkušenostem.				
16. Zapojit všechny členy I. úrovně MD týmu v nemocnici a zapojit i další aktéry, včetně rodiny, sociálních služeb, a jít společnou cestou.				
17. Sociální rehabilitace uvnitř nemocnice je považována za nestandardní, ale jednoznačně podporuje a zrychluje návrat klientů do běžného života. Výhodou je velmi úzká MD spolupráce, úzké propojení a možnost operativních jednání s pracovníky nemocnice. Proto tuto cestu můžeme jen doporučit i dalším psychiatrickým nemocnicím.				
18. Podporované bydlení s napojením na nemocnici je výhodou v bezpečném a plynulém přechodu pacienta/klienta do přirozeného prostředí.				
19. Práce týmu ve smyslu „recovery a care“ zplnomocňuje a zapojuje do procesu rehabilitace i pacienty v dlouhodobé nemocniční péči.				





20. Naděje ano, ale neslibovat nereálné, doplácí na to důvěra.				
21. Asertivně poskytnout klientovi dostatek času a možností, aby mohl být zplnomocněn (osvojení si nových úkonů, situací apod.). Nezapomínat pracovat s rodinou!				
22. Předem si domluvit jasná pravidla a pak dbát na jejich dodržování. V opačném případě může ze strany klienta docházet k manipulaci.				
23. Poskytnout klientovi a jeho okolí dostatek času a možností k osvojení si nových rolí (host, zákazník, soused, divák, přítel).				
24. Jednotlivé pozice v týmu obsazovat postupně (nastavování administrativy, komunikace, sdílení informací, rozdělení kompetencí). V této souvislosti je nutné upevnit činnost MTDZ v rámci zákonných norem.				
25. Situačně nerozdělovat zdravotní a sociální tým. Je potřeba, aby spolupráce probíhala pod „jednou střechou“.				
26. V praxi se neosvědčily četné dělené úvazky. Je prakticky nemožné seztat celý tým k jednomu stolu např. u MD porad.				
27. Pro podporu spolupráce zdravotní a sociální části v týmu se osvědčují supervize a stejně tak jejich realizace v minitýmech.				
28. Situačně nerozdělovat zdravotní a sociální tým. Naopak čím intenzivněji se setkávají, tím lépe.				
29. Pro práci s rodinou využívat rodinnou a herní terapii.				
30. Nezapomínat na spolupráci se školami – NEPODCEŇOVAT JI.				



31. Při prezentaci činnosti využívat kombinaci informačních kanálů – televize, internet, letáky, osobní prezentace.				
32. Při prvokontaktu nezapomínat na důkladné zmapování situace s respektem hranic a kompetencí jednotlivých pozic.				
33. Dát jasná pravidla pro případ, že dojde k názorové neshodě v týmu na přijetí dítěte, případně jsou výhrady k navrhovaným postupům.				
34. Pro práci s rodinou a především pro získání její důvěry je nutné důsledné předávání všech informací mezi členy celého MD týmu i členy minitýmů, včetně dodržování domluvených postupů.				
35. Osvědčila se první schůzka minitýmů ještě před zapojením jednotlivých odborníků. Pravidelná setkávání minitýmů jsou u složitějších případů realizována i nad rámec pravidelných porad.				
36. Je nutné jasné stanovení podmínek spolupráce, zvážení přínosů, možností a limitů všech zúčastněných.				
37. Respektovat psychický komfort dítěte při prvokontaktu i dalších setkáních. Je nezbytné mít k dispozici samostatnou, vhodně vybavenou místnost, kde bude dostatek soukromí a schůzky nebudou nikterak rušeny.				
38. V modelu MD přístupu realizovat stáže pracovníků sociálních služeb v prostorách místně příslušného psychiatrického oddělení s důrazem na přímý kontakt pracovníků s pacientem.				
39. Otevírat veškerá témata v linii zplnomocňování pacienta/klienta v rámci jeho navazování a předávání do sociální služby.				



40. Mít klíčového pracovníka pro plynulou komunikaci mezi MD týmy.				
41. Dostatek osobního prostoru pro vyjádření pacienta/klienta v návaznosti na respektování jeho individuálních potřeb.				
42. Důležité je vnímat klientovo chování, jednání, verbální i nonverbální projevy.				
43. Klíčová pracovníce musí mít možnost využít kdykoliv ostatních odborností MD týmů.				
44. Pro klientovo zotavení je klíčová spolupráce s rodinou a nejbližším okolím klienta. V případě, že je nutná hospitalizace, osvědčuje se nám doprovod pracovníka CDZ, což se ve většině případů jeví jako velmi významný okamžik v prohloubení důvěry a utužení vztahu mezi klientem a pracovníkem.				
45. Plánování návratu zpět z nemocnice do komunity je nutné zahájit co nejdříve po přijetí.				
46. Důležité je udržet kontakt nejen s klientem, ale také s nemocničním personálem. Společně pak spolupracovat na plánu propuštění.				
47. Stejně důležitá je průchodnost služby, nedržet klienta v CDZ, ale být k dispozici v případě, že to bude potřeba.				
48. Klíčová je účast na komunitním plánování – prosazování změn, podílení se na přípravě dalších kroků a cílů vedoucích k rozvoji poskytovaných služeb (podpora terénních a pobytových služeb, navýšení úvazků, získání bytů pro potřeby CHB).				
49. Je nutné mít připravený proces přechodu: 1. fáze – vytipování, 2. fáze – vzájemné představení, 3. fáze – mapování potřeb, 4. fáze – realizace opatření. Spolu s tím musí probíhat příprava zázemí – kontrola přívodu energií a jejich funkčnost, stavu interiéru, připravenost služby – IP, krizové plány apod.).				

50. Klíčová je vzájemná spolupráce zdravotní a sociální oblasti, vzájemná podpora vzdělaných pracovníků, kde všechny kroky jsou založeny na jejich odbornosti.				
51. Pro transformaci je zásadní promyšlená strategie vzniku CDZ nebo MD týmů.				
52. Zařazovat vzdělávání dle potřeb a vývoje.				
53. Nezbytné je zajištění návazných aktivit, podpora v zaměstnání a podpora pracovníků a celého týmu.				
54. Pozor na „kostlivce ve skříni“ – neshody mezi obyvateli, jejich případné exekuce, začlenění v místě, kde člověka přechází jeho pověst/minulost apod.				
55. Je na zvážení, zda jsou výhodou jednopokojové byty, nebo soužití dvou osob s duševním onemocněním. Služba se přiklání spíše ke sdílenému bydlení – osoby jsou tak více motivovány k posunu k vlastnímu bydlení.				
56. Podpora s termíny, všichni musí vědět podmínky od počátku.				
57. Spolupracovat s obcí jako s iniciátorem plánovaných postupů a jako formální i neformální autoritou (síťování, propojování, účast na komunitním plánování).				
58. Maximalizovat koordinační role obce ve smyslu vlivu na velké množství institucí a organizací.				
59. Podporovat pravidelná setkávání platformou na III. úrovni, sdílení informací, možnost získávání zpětné vazby.				
60. Organizovat případová setkání, učit se komunikovat, pracovat s příběhem klienta.				



61. „Efekt sněhové koule“ – v praxi začnou spolupracovat motivovaní lidé, kteří sami aktivně vyhledávají další aktéry – předávání kontaktů.				
62. Komunikovat napříč cílovými skupinami, nebát se velkých online setkání.				
63. Oslovit a zůstat v kontaktu se složkami veřejné správy i neziskového a soukromého sektoru.				
64. Využít zkušeností a fungování stávajících služeb a podílet se na jejich rozvoji.				
65. Ve spolupráci s obcí mapovat situaci pobytových služeb v daných ORP, navázat spolupráci (komunikace, stáže, případová setkání, místní šetření).				
66. Hledat možnosti propagace, využívat, případně modifikovat již existující metody.				
67. S ohledem na rozvoj multidisciplinarity využít každé možnosti k jejímu uplatnění. Výsledek snažení pak prezentovat odborné i laické veřejnosti jako příklad dobré praxe.				
68. Pořádat případová setkání.				
69. Ve spolupráci s obcí mapovat situaci pobytových služeb v daných ORP, navázat spolupráci (komunikace, stáže, případová setkání, místní šetření).				
70. Využít fungování v dané oblasti a začít jednat o možnosti spolupráce (CHB, PSB, sdílené bydlení, pronájem nebytových prostor aj.).				