



# Metodika dobré praxe č. 7

## Case management a vstup do systému

### Dobrá praxe v Ústeckém kraji

MOTTO:

**„Dobrý člověk se bude bránit zlému systému celou svou duší...“**

*Mahátma Gándhí*



*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

*Mgr. Jana Hostovská*

*Mgr. Iva Kašpárková*

*Bc. Lenka Kocourková*

*Bc. Jaroslav Papež*

*Bc. Andrea Sahulová*

*PhDr. Lenka Krbcová Mašínová*

*Tomáš Krejčí*

*Jan Louženský*

## OBSAH

Úvod .....	3
Cíle multidisciplinární spolupráce v ústeckém kraji .....	4
Osmnáct metodických postupů.....	10
Cílová skupina vážně duševně nemocných lidí.....	27
Výstupy práce multidisciplinárních týmů za rok 2018–2020 u cílové skupiny vážně duševně nemocných pacientů v Ústeckém kraji.....	31
Cílová skupina lidí s potřebami v oblasti závislostí.....	35
Cílová skupina dětí a mladých lidí ohrožených v oblasti duševního zdraví.....	38
Oblast péče o seniory .....	50
Akutní a krizová péče .....	54
Multidisciplinární spolupráce v oblasti služeb zaměstnávání .....	57
Bydlení a rozvoj multidisciplinární spolupráce.....	59
Domov se zvláštním režimem, tým recovery housingu a mobilní tým v Chomutově.....	61
Souhrn metodických doporučení .....	66





## Úvod

Hledání optimální koordinace působení několika pomáhajících profesí v oblasti zdravotně sociální péče o duševní zdraví, stejně tak jako manévrování v labyrintu specializací různorodých pomáhajících profesí, kde každý má své záměry vedené vlastním myšlenkovým zázemím, bývá někdy velmi obtížné.

Multidisciplinarita (MD) otevírá od počátku setkání a spolupráci všem zapojeným do případu a všechna rozhodnutí se uzavírají společně na multidisciplinárních setkáních. Je to cesta, jak posunout monologický diskurz k dialogu zaměřenému na hledání společného jazyka pro to, co lidi v oblasti duševního onemocnění znepokojuje.

Multidisciplinární spolupráce podporuje komunitní, interdisciplinární a na týmové spolupráci založené služby, kde však bez změn ve specifické organizační základně uvnitř profesionálního systému tento přístup zůstane bez naplnění.





## Cíle multidisciplinární spolupráce v ústeckém kraji

### Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu v péči o duševně nemocné

Realizace projektu: září 2017 – září 2022

Cíle práce v Ústeckém kraji:

1. Implementovat metodiku multidisciplinárního přístupu
2. Zavést multidisciplinární přístup do praxe a zajistit kontinuitu péče
3. Podpořit a rozvinout multidisciplinární týmy ve všech 7 okresech kraje u cílové skupiny SMI, děti a mladí lidé, oblast adiktologie
4. Integrovat dlouhodobě hospitalizované pacienty v PN Horní Beřkovice a PL Louny do přirozeného života

Na začátku naší práce stojí obecný rámec procesů zavádění multidisciplinárního přístupu v péči o duševně nemocné. V Ústeckém kraji jsme v daném časovém období vydefinovali 8 základních cílů pro rozvoj multidisciplinární spolupráce:

Tím **prvním cílem** bylo implementovat Metodiku zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, tzv. Velkou metodikou, dokument schválený Výkonným výborem reformy psychiatrické péče MZ ČR. S implementací jsme začali ve všech týmech, které se do projektu postupně zapojovaly.

**Druhým cílem** bylo zavádět multidisciplinární přístup do praxe a díky zavádění multidisciplinárního přístupu zajistit kontinuitu péče pro pacienty/klienty, kteří se dostanou do systému péče o duševní zdraví.

**Třetím, pro nás hlavním cílem**, bylo rozvinout systém multidisciplinární spolupráce v celém kraji. Vytvářet nejen nové dílčí prvky služeb, ale propojený spolupracující systém. Tedy aktivizovat komunitní týmy a služby ve všech okresech v kraji. Začali jsme s týmy pracujícími s pacienty se SMI, které jsme v systému měli, pokračovali aktivizací sociálních služeb pro děti až ke službám v oblasti adiktologické péče.

**Čtvrtým cílem** bylo využít všechny zapojené komunitní týmy ke spolupráci při procesu integrace hospitalizovaných pacientů, a to jak z Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice, tak z Dětské psychiatrické léčebny Louny, do přirozeného prostředí. Přes 300 pacientů s vážným duševním onemocněním se tak během dvou let vrátilo do života.





## Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu v péči o duševně nemocné

### Cíle práce v Ústeckém kraji:

5. MD spolupráci na 2. úrovni zavést při akutních hospitalizacích na akutním psychiatrickém oddělení Masarykovy nemocnice – oddělení Ústí nad Labem, oddělení Most a v PN Horní Beřkovice
6. Rozvinout multidisciplinární spolupráci do krizové a akutní péče
7. Rozvíjet integrovaný model péče
8. Zapojovat lidi se zkušeností s duševním onemocněním do procesu plánování a léčby

**Pátý cíl** byl zaměřen směrem k prevenci před dlouhodobými hospitalizacemi. Multidisciplinární spolupráci jsme začali zavádět při akutních hospitalizacích na všech akutních odděleních Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem a na Psychiatrickém oddělení Nemocnice Most a v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice.

Postupně zavádět multidisciplinární přístup i do služeb v oblasti krizové péče je naším **šestým cílem**.

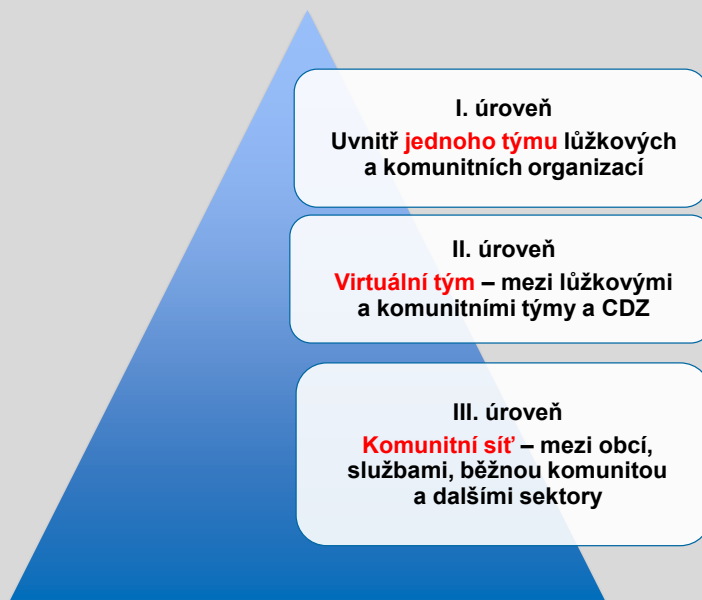
**Sedmým cílem** je rozvoj konceptu integrovaných modelů péče postupně ve všech okresech kraje, podle schváleného krajského *Plánu pro duševní zdraví v kraji do roku 2030*.

**Osmým cílem** bylo nastavení procesů a přístupů tak, aby se na všech místech a situacích zapojovali lidé se zkušeností s duševním onemocněním a dosáhli jsme partnerství a bezpečných vztahů. Chceme, aby lidé s duševním onemocněním přestali být článkem v péči o duševní zdraví, který přijímá rozhodnutí pečujících, ale stali se aktivními ve svém procesu zotavení, kdy rozhodování o sobě samém, o svém procesu údravy je klíčovým přístupem.



## Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu

### 3 úrovně multidisciplinární spolupráce



Velká metodika, která nám pomáhala zavádět multidisciplinární přístup do praxe, staví na třech základních pilířích – na třech úrovních multidisciplinární spolupráce. První úroveň multidisciplinární spolupráce je úroveň uvnitř jednoho multidisciplinárního týmu, a to ať komunitního, anebo multidisciplinárního týmu v rámci oddělení lůžkového zařízení.

Druhá úroveň nám propojuje dva týmy, vznikají tzv. virtuální týmy, kdy se setkává tým lůžkového oddělení a komunitní služby nebo centra duševního zdraví.

A třetí úroveň je úroveň celé komunitní sítě, tudíž je zde zapojení obcí, běžné komunity, integrovaného záchranného systému (IZS), opatrovníků a dalších sektorů.

Myšlenková strukturace profesionálního prostředí byla pro nás v procesu společné práce na počátku podstatná.





## Klíčové role a instituce

- Gestoři projektu
- Krajský (tzv. velký) metodik zavádění MD přístupu
- Metodici stáží (tzv. malí metodici)
- Krajský koordinátor
- Odborní garanti reformy
- PN: ředitel, primáři, hlavní sestry, staniční sestry
- Transformační specialisté
- Metodici kvality
- Vedoucí CDZ Ústí nad Labem
- Vedoucí týmů CDZ Fokus Labe v 7 okresech Ústeckého kraje
- Vedoucí zdravotního odboru, vedoucí sociálního odboru Ústeckého kraje
- Představitelé obcí
- Opatrovníci



Nic by se nedalo dělat bez lidí, a protože multidisciplinární spolupráce stojí na propojení několika profesí, několika specializací, tak i základ spolupráce stál na multidisciplinárním propojení v rámci celého kraje.

Spektrum zapojených lidí, organizací a institucí je široké. Důležitými osobami v celé té aktivitě jsou gestoři projektu, hlavním koordinátorem zavádění multidisciplinarity je tzv. velký metodik, který k sobě má tým malých metodiků, tzv. metodiků stáží. V Ústeckém kraji velkou roli v multidisciplinaritě sehrál i krajský koordinátor. Dále je to napříč celý personál psychiatrické nemocnice a psychiatrických oddělení – ředitelé, primáři, hlavní sestry, staniční sestry i sociálně zdravotní pracovníci. Do procesu vstupovali také transformační specialisté, metodici kvality, zástupci center duševního zdraví, vedoucí a zástupci týmu duševního zdraví Fokusu Labe. Následně zástupci Ústeckého kraje, vedoucí zdravotního odboru, vedoucí sociálního odboru. Postupně se k nám přidávali i představitelé obcí a opatrovníci.

Multidisciplinární spolupráce nestaví pouze na zdravotní či sociální službě nebo komunitním týmu, ale do procesu je zapojen i Ústecký kraj, obce a další subjekty. Klíčovým však je zapojení klienta/pacienta do všeho, co se s ním děje.





SÍLA SYSTÉMU JE V ROZVOJI SYSTÉMU DO KOOPERUJÍCÍCH,  
KONTINUÁLNĚ NAVAZUJÍCÍCH A V ČASE A MÍSTĚ DOSTUPNÝCH SLUŽEB

Pracovali jsme proto průřezově:

1. místem / 2. typem / 3. cílovými skupinami / 4. sektory





To, co je specifické na našem kraji při zavádění multidisciplinárního přístupu, je od počátku **systemový přístup**. Osvědčilo se nám pracovat na všech místech kraje a maximalizovat práci u co největšího počtu cílových skupin. Naše motto lze možná nazvat „Síla systému je v systému samém“, dali jsme ho ostatně i jako motto našich zkušeností do záhlaví metodiky.

Náš kraj má zhruba 800 tisíc obyvatel a je členěn do 8 podobně velkých území. V každém zhruba 100tisícovém spádovém území chceme mít integrovaný model péče, kde je klíčovým prvkem **mobilní tým**. A to nejen pro cílovou skupinu SMI, ale i pro děti a mladé lidi, adiktologické pacienty a seniory. Na mapě vidíte rozvrstvení týmů zapojených a postupně zapojovaných do multidisciplinární spolupráce.

Pro zapojení týmů jsme stanovili 4 kritéria:

- ✓ zapojení cílovými skupinami;
- ✓ zapojení místem;
- ✓ zapojení typologií poskytovaných služeb;
- ✓ sektory.

#### Cílové skupiny:

Vážně duševně nemocní a lidé s duálními diagnózami – zde je klíčovým poskytovatelem v komunitní péči Fokus Labe, který je zapojen jedním Centrem duševního zdraví a šesti mobilními týmy; dále dva týmy bydlení v Ústí nad Labem a Chomutově.

V oblasti adiktologických služeb máme zapojenou MD komunitní službu adiktologického týmu Drug-out klubu.

V oblasti dětí a mladých lidí během projektu vstoupila do péče o duševní zdraví organizace Fokus Labe a vytvořila první mobilní tým pro děti a mladé lidi. Ve spolupráci s krajem pak iniciovala pracovní skupinu pro děti a motivovala ke vzniku další mobilní týmy ze sociálních služeb pracujících s dětmi v Ústeckém kraji. Všichni jsou zapojeni do projektu MD.

#### Místa:

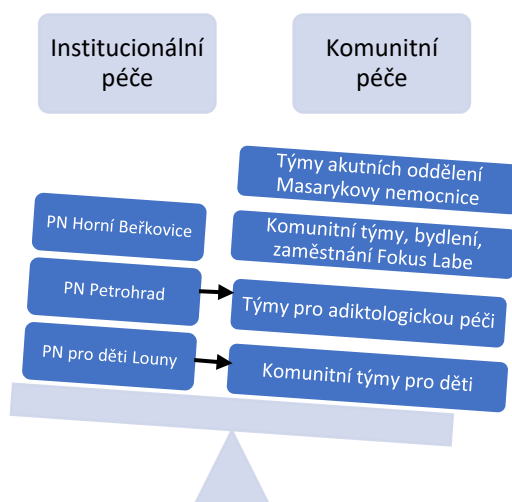
Všechny okresy v Ústeckém kraji.

#### Typologie služeb:

Akutní péče lůžková i komunitní, následná péče komunitní i lůžková, služby bydlení.

#### Sektory:

Sociální, zdravotní, školský sektor – postupně je do projektu rozvoje MD spolupráce v oblasti duševního zdraví zapojeno cca 28 týmů. Proces však postupuje dál.





## Osmnáct metodických postupů

# Jak jsme metodicky pracovali

1. Navázání na základy toho, **co již funguje** – fungující spolupráce
2. Stanovení společného cíle **zavést principy** multidisciplinární spolupráce do praxe – vybudování shody, sepsání dohod

1. V Ústeckém kraji máme velkou výhodu v tom, že jsme mohli navazovat na letitou praxi Fokusu Labe, který v kraji působí již 30 let a který má v síti komunitních služeb a rozvíjení multidisciplinární spolupráce velké zkušenosti a lídrovské postavení. Celý systém Fokus Labe lze využít jako model služeb, na které může být poskytovatel komunitní péče systémově zaměřen.

### Potřeby práce, zaměstnání

- služby zaměstnávání a sociálního podnikání

### Potřeby bydlení

- služby chráněného bydlení, lůžkové péče, týmů bydlení, recovery housing

### Potřeby psychologické a sociální

- centra duševního zdraví, týmy duševního zdraví

### Potřeby vlastní identity, sebeobhajoby

- svépomocné skupiny, rodičovské skupiny





S dalšími prvky systému, především s akutní péčí a následnou lůžkovou péčí, jsme nastavovali systémovou multidisciplinární spolupráci. A to u většiny cílových skupin. Práci bylo třeba ohraničit, stanovit si společné cíle, zavést principy multidisciplinární spolupráce do praxe, a to nejenom procesně, ale i co se týče hodnot, filozofie a přístupů, které se následně promítaly do společné práce.

2. Klíčové pro nás bylo vyjednat, připravit a uzavřít smlouvy o spolupráci.

## Písemná smlouva o spolupráci

### Obsah:

- Smlouva o spolupráci
- Dohoda 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 os. údajů
- Vzor souhlasu pacienta s předáním kontaktních údajů soc. službě
- Vzor souhlasu pacienta s předáváním jeho osobních údajů partnerovi
- Specifická rizika typická pro areál a objekty
- Zřizovací listina

Vypracováno pracovní skupinou Velkého výkonného výboru (zkušenosti PN Horní Beřkovice a Fokus Labe)



Výše jsou uvedeny body písemné smlouvy o spolupráci, která vznikla jako modelová smlouva, mezi Psychiatrickou nemocnicí Horní Beřkovice a organizací Fokus Labe. Obsahuje dohodu práv a povinností, pravidla a podmínky spolupráce, schematický popis vývoje a rolí smluvních stran. Vydefinovali jsme si společně i souhlas pacienta s předáním kontaktů na komunitní službu. Definovali jsme specifická rizika pro vstup komunitních služeb do areálu nemocnice.

Na počátku smlouvy byly vůle ředitelů obou poskytovatelů, jak Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice, tak ředitelky Fokusu Labe, vytvořit bezpečný rámec pro práci svých týmů. Díky smlouvě, která nám poskytla právní rámec k tomu, jak se můžeme pohybovat, jak bezpečně pracovat s osobními údaji pacienta nebo klienta tak, aby se necítil v ohrožení, že je pracováno s jeho údaji jinak, než by si on mohl přát, jsme získali mnohem větší volnost v možnostech nastavování spolupráce a doplňování formálního rámce o hodnoty, přístupy a filozofii spolupráce.





## Jak jsme metodicky pracovali

3. **Snižování formálnosti vztahů** mezi zdravotními a komunitními službami prostřednictvím vzájemných návštěv, stáží, společné práce
4. Vytváření **bezpečného prostoru** pro **partnerskou** komunikaci mezi zdravotními a komunitními týmy – prostor, kde se sejít, připravenost na porady, sdílení možných dat a informací, společné úspěšné příběhy pacientů

3. Od počátku jsme pracovali na snížení formálnosti vztahů mezi zdravotními a komunitním službami, na zvyšování znalosti prostředí a rozvoji intenzivní spolupráce mezi terénními týmy duševního zdraví a zdravotnickými týmy v lůžkové psychiatrické péči.

**Přispívalo k tomu od počátku společné vzdělávání, vzájemné stáže, společné práce při plánování v triádě, velmi intenzivní návštěvy komunitních týmů v psychiatrických nemocnicích.**

4. Snažili jsme se vytvářet bezpečný prostor pro partnerskou komunikaci mezi dvěma sektory. Bylo důležité pro členy týmů najít společný prostor, kde se můžeme sejít, připravit se na porady, mít možnost sdílet data a informace potřebné k multidisciplinární práci. **Postupně začala mizet praxe „schůzek na chodbě“ a týmy získaly důstojné prostředí pro společnou práci.**

Klíčovým v procesu změny je společné sdílení malých úspěchů z dobré praxe a spolupráce.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

1. **Analyzujte potenciál změny všech služeb, které máte ve svém regionu, a zapojte služby s potenciálem ke změně.**
2. **Vyjednané dohody zpracujte písemně.**
3. **Průběžně realizujte společné aktivity, kde se budou týmy potkávat i v neformálním prostředí, stáže a vzdělávání jsou dobrou možností.**
4. **Vytvořte si důstojné prostředí pro práci týmů s pacientem, nepraktikujte „schůzky na chodbě“, snižují bezpečí a smysl práce.**





## Jak jsme metodicky pracovali

5. **Individuální plánování a samotný proces změny – opuštění modelu životního příběhu, který je rozdělen na před propuštěním a po něm, ke kontinuálnímu procesu podpory**
6. **Systematické, opakované mapování potřeb dlouhodobě hospitalizovaných pacientů – nejdříve potřeby, až potom služby – porozumění potřebám člověka a jeho příběhu a souvislostem**

5. Velkou výzvou byl koncept **společného plánování**. Potřebovali jsme začít individuálně plánovat jak s lidmi s duševním onemocněním, tak samotný proces změny. Chtěli jsme nastavit model, kdy i hospitalizace a vše, co s ní souvisí, bude součástí celého příběhu pacientova života a povede to nás profesionály ke změnám.

Do té doby jsme ke spolupráci přistupovali tak, že naše spolupráce začínala ve chvíli, kdy byl člověk propouštěný z psychiatrické 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 zařízení. Změna, kterou jsme nastavili, se ukázala jako velmi efektivní. U velkého množství pacientů se nyní daří propojit se, navázat spolupráci, vytvořit společný postup (plán), díky němuž krok za krokem doprovází komunitní týmy pacienta do přirozeného prostředí.

6. Dalším klíčovým místem bylo systematické a **opakované mapování a porozumění potřebám** pacientů. Zástupci týmů duševního zdraví pravidelně dojíždějí **2x týdně** do PN v Horních Beřkovicích a v rámci anonymních cenů se mapují potřeby **všech dlouhodobě hospitalizovaných pacientů**.

Ukázalo se jako efektivní 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 může pomoci z jeho okolí.

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. Klíčové bylo porozumění potřebám člověka, teprve poté volba sítě služeb.

Obvykle 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 služby domovů se zvláštním režimem. Zaběhlý pohled, kdy pacient mohl odcházet „pouze“ do služby s intenzivní podporou 24/7, se nám postupně daří měnit. Životy lidí ukazují, kolik toho jsou schopni zvládnout v přirozené komunitě s dobře nastavenou podporou. Rozkryla se nám tím nová perspektiva, s kterou jsme hleděli na současný systém v kraji, a najednou se zdál bohatší, silnější a dokázal přijmout velkou řadu pacientů. Viz data o propuštěných pacientech na následujících stránkách.



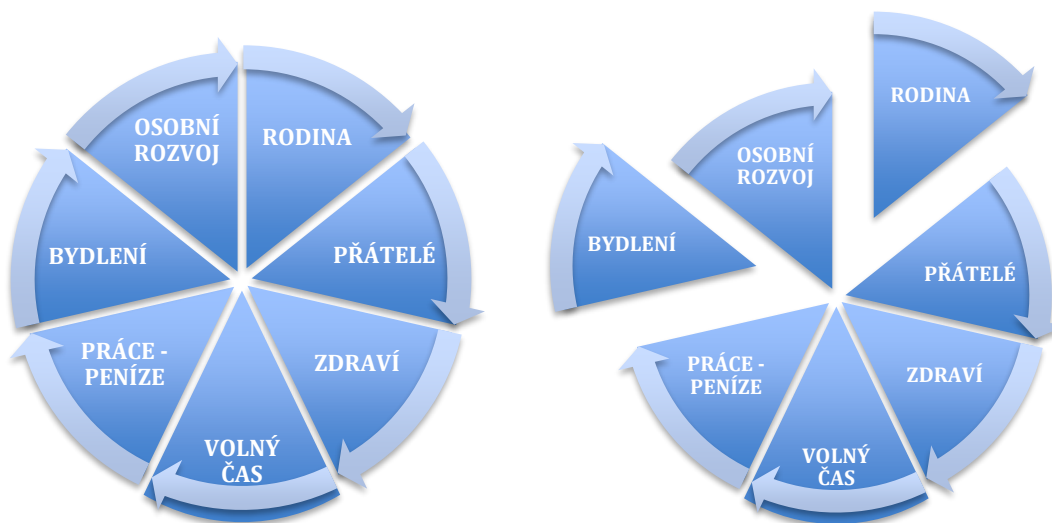


## Jak jsme metodicky pracovali

### 7. Porozumění PŘÍBĚHU člověka v celém jeho kontextu

### 8. Vytvoření strategie a prostoru pro **individuální plánování zotavení** pacientů/klientů v ústavní péči při integraci do civilního života s podporou v komunitě

7. 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), na nichž 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.



Obr.: Kolo života

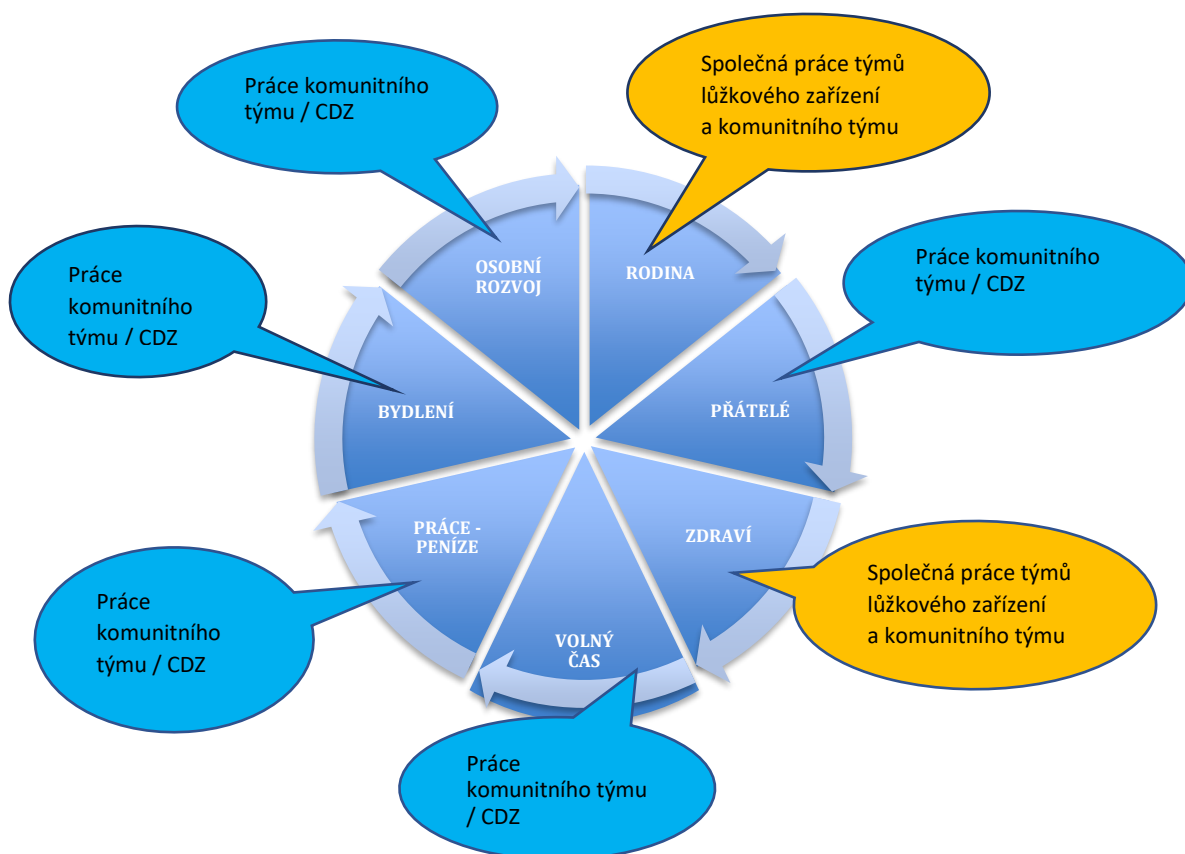
Při společném přemýšlení a vyjednávání nad potřebami nám pomohlo a pomáhá tzv. kolo života, ve kterém z celého spektra životních potřeb vybíráme ty oblasti, které jsou pro člověka v daný čas důležité

a na kterých mu dává smysl pracovat, tak aby se zajistila jeho životní pohoda, která podpoří jeho proces zotavení. Například bydlení a rodina.

8. Pro společné plánování pak opět doporučujeme pro celý tým využívat metodiku CARE a z ní **Osobní plán klienta** nebo **Plán osobní podpory**, či další nástroje, viz kapitola 6 v úvodu Velké metodiky.

Společně nám pomohlo zamýšlet se nad možnostmi týmů lůžkového a komunitního typu ve vztahu k potřebám člověka. Nad reálnými možnostmi týmů podporovat člověka na cestě k zotavení v celém spektru jeho potřeb.

Napsali jsme si, kde je stěžejní působnost jakého týmu ve vztahu k potřebám člověka:





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

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 5. Věnujte čas metodické přípravě týmů.**
- 6. Do všech schůzek a plánovacích porad, případových vedení a dalších nástrojů zapojte pacienta/klienta. Zvýšíte partnerství, motivaci a efektivitu práce.**
- 7. Věnujte se všem potřebám s pacientem/klientem.**
- 8. Využívejte metodické materiály přístupu CARE.**
- 9. Věnujte pozornost sociálním determinantám duševního onemocnění, rozpracujte je v plánech zotavení.**
- 10. Věnujte čas porozumění příběhu člověka, který se skrývá za duševním onemocněním.**





## Jak jsme metodicky pracovali

9. Navázání a **VYTVÁŘENÍ BEZPEČNÉHO VZTAHU** case manažerů z komunitních služeb s pacienty dlouhodobě hospitalizovanými

10. **Individualizovaná spolupráce, role case managementu** a zapojování pacientů/klientů na snížení:

- množství hospitalizací
- zkrácení doby hospitalizací
- snížení re-hospitalizací

9. Hodně práce jsme udělali při navázání a vytvoření bezpečných vztahů mezi case manažery komunitních služeb a dlouhodobě hospitalizovanými pacienty.

Šlo o velmi intenzivní práci zástupců komunitních týmů, kteří 2x týdně pravidelně dojíždějí do PN v Horních Beřkovicích tak, aby mohli intenzivně a kontinuálně pracovat jak s lidmi, kteří jsou v nemocnici poprvé, tak s lidmi, kteří jsou v nemocnici dlouhá léta.

Klíčem bylo práci individualizovat. Pracovat v systému case managementu a zasíťovat ke spolupráci pacienta již během hospitalizace.

Velmi bezpečně pro spolupráci je vnímán fakt, že je komunitní tým „virtuální součástí“ prostředí, kde je pacient hospitalizován. Case manager z komunitního týmu se stává součástí prostředí, čímž vzniká prostor pro vytváření vztahu založeného na důvěře a bezpečí.

10. Stále více si při zavádění multidisciplinární spolupráce začínáme uvědomovat potřebu redefinice role case managera. Naše zkušenost nám ukazuje, 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 case managera či v ordinaci. Tento přesun z ordinace/kanceláře/místnosti 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 zotavením, zatímco sedíme v kanceláři či ordinaci. Podrobněji viz publikace *Praxe orientovaná na zotavení*, kap. Rodící se model průvodce zotavením, str. 173.





Pro naši následující cestu je nová role novou výzvou, kterou přijímáme pro svou další práci.

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 11. Setkávejte se ke společné práci virtuálních týmů velmi intenzivně, nejméně 1x týdně je dobrou praxí.**
- 12. Zaveďte roli case managera jednotlivým profesím v týmu.**
- 13. Reflektujte měnící se roli case managera směrem k průvodci zotavením. Role case managementu vám umožní stírat hierarchické rozdíly v týmu.**



## Jak jsme metodicky pracovali

11. **Uzavření smluv** o spolupráci mezi všemi participujícími subjekty
12. Společný **virtuální plánovací prostor**
13. **Metodika zavádění** multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním
14. **Vzdělávání pracovníků** v přímé péči v přístupech zaměřených na **silné stránky člověka s duševním onemocněním**

11. Aby multidisciplinarita nebyla chaosem, je potřeba zavést změny samotné profesionální péče. Rozhodli jsme se i na základě doporučení ve Velké metodice podpořit formální fungování uzavřením smlouvy o spolupráci. Nejdříve mezi týmy duševního zdraví Fokusu Labe a PN v Horních Beřkovicích. Princip smluvní spolupráce jsme následně replikovali mezi všemi participujícími subjekty. Tento proces dál probíhá, postupně se zaslubňují napříč sítí další organizace, komunitní i zdravotní.

Na základě uzavření smlouvy vznikl velmi pokrokový přístup mezi Psychiatrickou nemocnicí Horní Beřkovice a Fokusem Labe. Vytvořil se písemně daný koncept multidisciplinární spolupráce s jasně popsanými odpovědnostmi a možnostmi.

12. Byl vymezen společný virtuální prostor, kde jak zdravotní týmy z jednotlivých oddělení PN Horní Beřkovice, tak zástupci komunitních týmů Fokusu Labe mají společné strukturované prostředí, ve kterém mohou realizovat případové porady, konzilia a plánovat v triádě společně s klienty. Struktura napsaná na papíře formou smlouvy umožnila celý proces časově zefektivnit, vytvořit vyšší stupeň profesionalizace a důvěry obou sektorů.

13. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním (Velká metodika) zpracovaná na počátku projektu byla ve vymezení rámce, směru a přístupu pro všechny zásadní. I když jsme jednotlivé doporučené kroky vždy nerealizovali v posloupnosti a začali například pracovat nejdříve na druhé úrovni multidisciplinarity, věděli jsme vždy, proč tomu tak je. Věděli jsme, že když nyní uděláme nejdříve krok 3, tak víme, že ke kroku jedna se musíme v čase vrátit a nemůžeme ho přeskočit či ignorovat jako neprofesionální.

14. Byly kroky, které jdou realizovat rychleji a jsou více organizačního typu. Ty, které však mění podstatu péče a následně mění paradigma, souvisejí se změnou našeho myšlení, nás profesionálů v péči o duševní zdraví. Potřeba pohlížet na silné stránky člověka více než na jeho problémy a traumata



je jednou, nikoliv však jedinou změnou v našem myšlení. Principy péče orientované na zotavení byly a jsou přístupem, který nás provází při každodenní multidisciplinární práci. Vzali jsme si z Velké metodiky 10 principů práce týmů, které jsou orientované na zotavení, sepsali jsme je do přehledné tabulky a při své práci si na otázky společně odpovídáme. A pokud náš postup není ve smyslu principů zotavení, vyjednáваме a hledáme jiný **POSTUP, který nás často přivede na jiný PŘÍSTUP.**

10 principů práce týmů a virtuálních týmů orientovaných na zotavení	Jakými konkrétními kroky, intervencemi naše týmy podporují princip přístupu orientovaného na zotavení u každého pacienta/klienta	Poznámky, náměty, zhodnocení
<p><b>1. Podporujeme obnovení zdraví, fungování a identitu?</b> To jsou tři hlavní domény zotavení. Jsou vzájemně propojeny, ale i přesto mohou být odděleny. Není žádná hierarchie. Léčba orientovaná na zotavení zahrnuje tyto tři oblasti a s člověkem pracuje na oblastech, ve kterých chce on sám uspět.</p>		
<p><b>2. Nabízíme naději na zotavení?</b> Nabízení naděje je klíčovým momentem. Člověk cestu zotavení bez naděje nezačne.</p>		
<p><b>3. Ptáme se sami sebe při všem, co děláme: Pomáháme, nebo překážíme?</b> Jakékoliv zákroky a zásahy, které máme, mohou potenciálně být kontraproduktivní, neboť nemusí odpovídat stupni léčby a podpory, kterou člověk potřebuje.</p>		
<p><b>4. Soustředíme se na to, co je silné, ne na to, co je špatné?</b> Je důležité prozkoumávat silné stránky jedince, jeho talent, ambice a schopnosti.</p>		
<p><b>5. Rozhodujeme s uživatelem, a ne o uživateli služeb?</b> Odborník a člověk/klient/pacient konají rozhodnutí společně. Respektujeme názor člověka/klienta/pacienta. Tento proces začíná v práci s diagnózou, která může být popsána jako společné porozumění tomu, co se vlastně děje.</p>		
<p><b>6. Uznáváme, že expertiza člověka, který využívá služby, je stejně důležitá jako ta naše?</b> Dialog s člověkem je setkání dvou odborníků. Expertiza odborníka se skládá ze znalostí, zkušeností a schopností vést dialog. Expertiza člověka/klienta/pacienta jsou zkušenosti, cíle a vědomí toho, co mu v minulosti pomáhalo a kdo nebo co jsou jeho zdroje, kompetence a talenty.</p>		
<p><b>7. Spolupracujeme se sociálními „investory/donátory“ a dalšími účastníky?</b> Velká část zotavení se odehrává mimo služby duševního zdraví: v práci, ve škole, s rodinou, v komunitě. Proto je spolupráce služeb duševního zdraví se sociálními „investory“ a účastníky důležitá.</p>		





<b>8. Uznáváme práva člověka/uživatele/pacienta „zdravě“ riskovat?</b> Popírání a omezování práva a možnosti „zdravě riskovat“ často podkopávají možnost zotavení.		
<b>9. Spolupracujeme s rodinou a sítí jakožto se zdroji a partnery?</b> Ve většině případů je lepší procházet cestou zotavení společně s ostatními, tj. rodinou, partnery, kamarády aj.		
<b>10. Sdílíme a začleňujeme znalosti?</b> Léčba orientovaná na zotavení vyžaduje zapojení objektivních, subjektivních a normativních znalostí.		

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 14. Zaveďte práci nad principy zotavení do své praxe, ptejte se sami sebe v týmech, zda naplňujete kritéria práce orientované na zotavení.**
- 15. Vyvěste si principy zotavení na viditelná místa.**
- 16. Rozhodnutí na poradách hodnotě z pozice recovery principů.**





## Jak jsme metodicky pracovali

15. **Opakovaná participace**, i když se to na poprvé nezdařilo, vydržet v participativní spolupráci všech i s pacientem a rodinou
16. Učení se **společnému plánování a recovery přemýšlení** nad příběhy lidí se zkušeností s duševním onemocněním

15. Vydržet, symbolicky řečeno, „pět minut déle“ než všichni ostatní, je **pravidlo**, které se opakovaně vyplatilo. Opakovaně vstupovat do příběhů, které se nám třeba napoprvé nezdařily, vydržet ve spolupráci, a to nejenom mezi týmy, ale i ve spolupráci s pacientem a s rodinou. Ze zkušeností víme, že se hned napoprvé nemusí podařit s klientem navázat spolupráci, a to z různých důvodů. Často je klient nebo pacient na lůžku plný obav a nedůvěry vůči lidem, které nezná z komunitních týmů či CDZ. Praxe, která je nyní realizována, je, že personál nemocnice opakovaně oslovuje pacienta a motivuje ho ke spolupráci, pacient vidí členy komunitních týmů na oddělení, jsou „součástí“ jeho prostředí, ve vyšším stupni multidiscipinární spolupráce pak vidí členy týmů i na vizitách a poradách lůžkového oddělení. Spolu s pracovníky lůžkového oddělení a pracovníky komunitních týmů se setkává v tzv. triádě. To vše napomáhá získat motivaci, důvěru a vytvořit naději.

16. V módu čtyř etap zotavení, v jejichž rámci člověk s duševním onemocněním získává naději, nové kompetence, odpovědnosti, přijímá reálné životní role, musíme pracovat i my v rámci týmů se zaměřením vlastní profesionální pomoci. Učit se týmově a partnersky reflektovat naše myšlení o pacientovi, naše přístupy. Následně na to nastavovat procesy, intervence, jednání a plány, když již v systému péče máme příslušné kapacity týmů a služeb.







## Jak jsme metodicky pracovali

17. Od počátku zapojení klienta/pacienta do procesu **vždy a všude**
18. Zavádění kultury práce „**nic o nás bez nás**“
19. **Standardizace** spolupráce virtuálních týmů

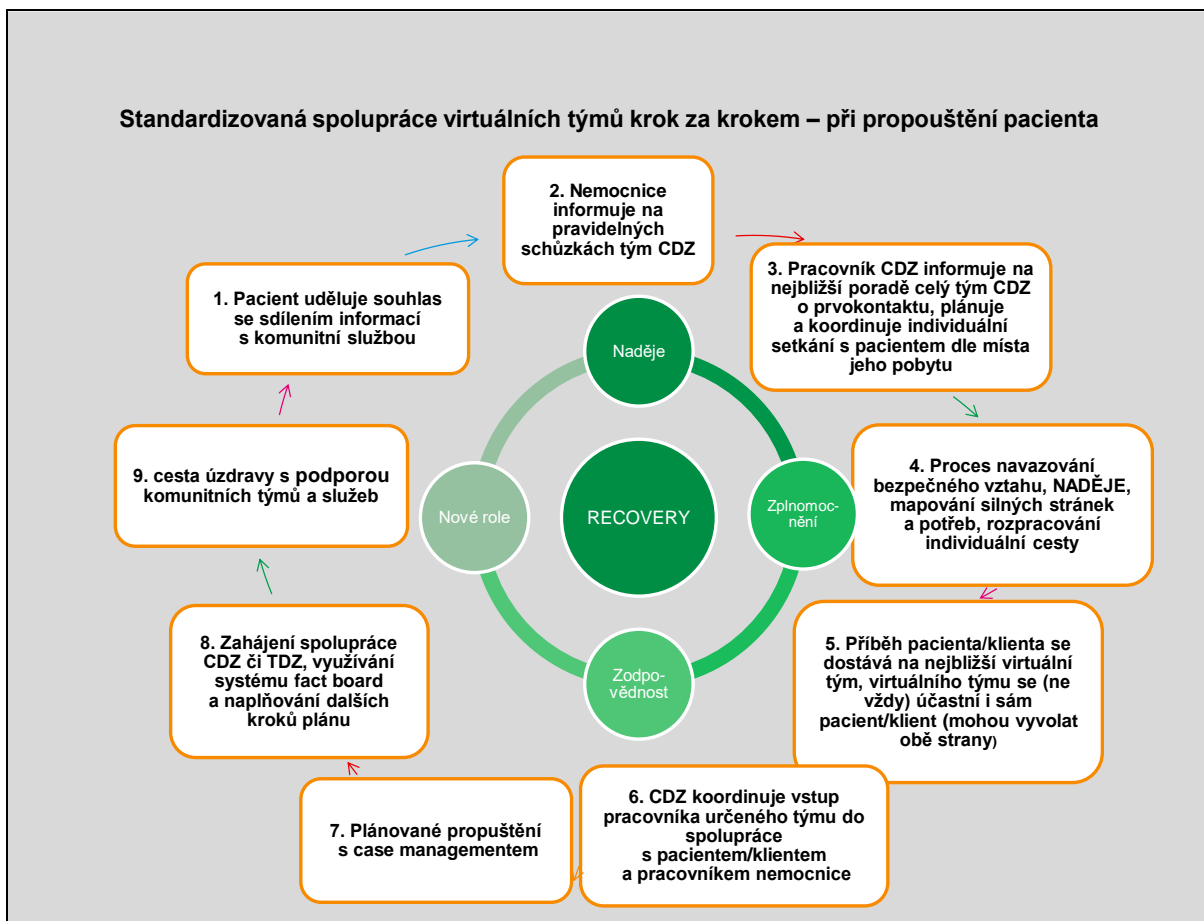
17. Nejdůležitější výzvou, která v procesu byla, je a bude, je partnerské zapojování pacientů. I když si hodnotu partnerského zapojení pacientů neseme jako hlavní „zlatou hodnotu“ řadu desetiletí a služby komunitních týmů jsou na ní postaveny, v procesu zavádění multidisciplinární spolupráce se ukázala řada situací a míst, kde pacient zapojen není.

18. V posledních měsících pracujeme, inspirováni otevřeným dialogem, na odstranění takových situací a míst. Zavádíme jako standard práce v CDZ a komunitních týmech síťová multidisciplinární setkání, pracujeme s novým pohledem se zapojováním rodiny a uvědomujeme si opět nutnost změnit pohled a ujasnit si, že „my“ nezapojujeme, zdá se to příliš nepokorné, ale že „on“ člověk/pacient zapojuje nás do svého života.

### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

17. **Implementujte jasnou kulturu práce „nic o nás bez nás“ i v krizové a akutní fázi onemocnění.**
18. **Proveďte audit své organizace, týmu, kde si popíšete, kde všude jednáte s pacientem/klientem anebo bez pacienta/klienta.**
19. **Obdobně udělejte audit ve spolupráci s rodinou a blízkými.**





19. Standardizovanou a zároveň individuální přístup obsahující spolupráci virtuálních týmů krok za krokem můžeme vnímat jako cyklus přijímání, pobytu, propouštění, průvodcovství pacienta z psychiatrické nemocnice do reálného života, mimo nemocnici.

I v tomto malém procesu je možné jednotlivé kroky myšlenkově navazovat na proces zotavení pacienta a tím si uvědomovat, co jako odborníci činíme. I při pobytu v psychiatrické nemocnici vytváříme prostředí naděje, mapujeme silné stránky pro život venku. Společně přemýšlíme, zda člověka zkompetentňujeme, nebo kompetence jeho osobě ubíráme, tím že zůstáváme jejich nositeli my odborníci. Jak člověka podporujeme v převzetí vlastní odpovědnosti za svůj život, jak dospěle a reálně vyhodnocujeme rizika a jaké nové životní role člověk získává, když opouští psychiatrickou nemocnici. To vše se odehrává v tomto životním koloběhu.

#### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

20. Pracujte s uvědoměním si toho, v jaké fázi zotavení se pacient/klient nachází, každé své rozhodnutí/intervenci posuzujte z hlediska odpovědi na klíčovou otázku ZKOMPETENTŇUJI, nebo BERU KOMPETENCE NA SEBE, tedy „překážím“ v procesu zotavování?



## Cílová skupina vážně duševně nemocných lidí

# Úroveň spolupráce virtuálních týmů

## Cílová skupina „Lidé vážně duševně nemocní“

### Zapojené týmy lůžkové péče

#### PN Horní Beřkovice

- 1A, 1B akutní příjem – oddělení
- 2A biologická psychiatrie
- 3A následná psychiatrie, muži
- 3B oddělení pro ženy s nařízenou ústavní ochrannou léčbou
- 7D oddělení duálních diagnóz
- 8C oddělení pro muže s nařízenou ochrannou léčbou

#### Masarykova nemocnice

- akutní oddělení Ústí nad Labem
- akutní oddělení Most (rok 2022)

#### Domov se zvláštním režimem

- MSSS Vejprty

#### Chráněné bydlení

- chráněné bydlení a tým bydlení Fokus Labe Ústí nad Labem
- Recovery house Fokus Labe, Chomutov

### Zapojené týmy komunitní terénní péče

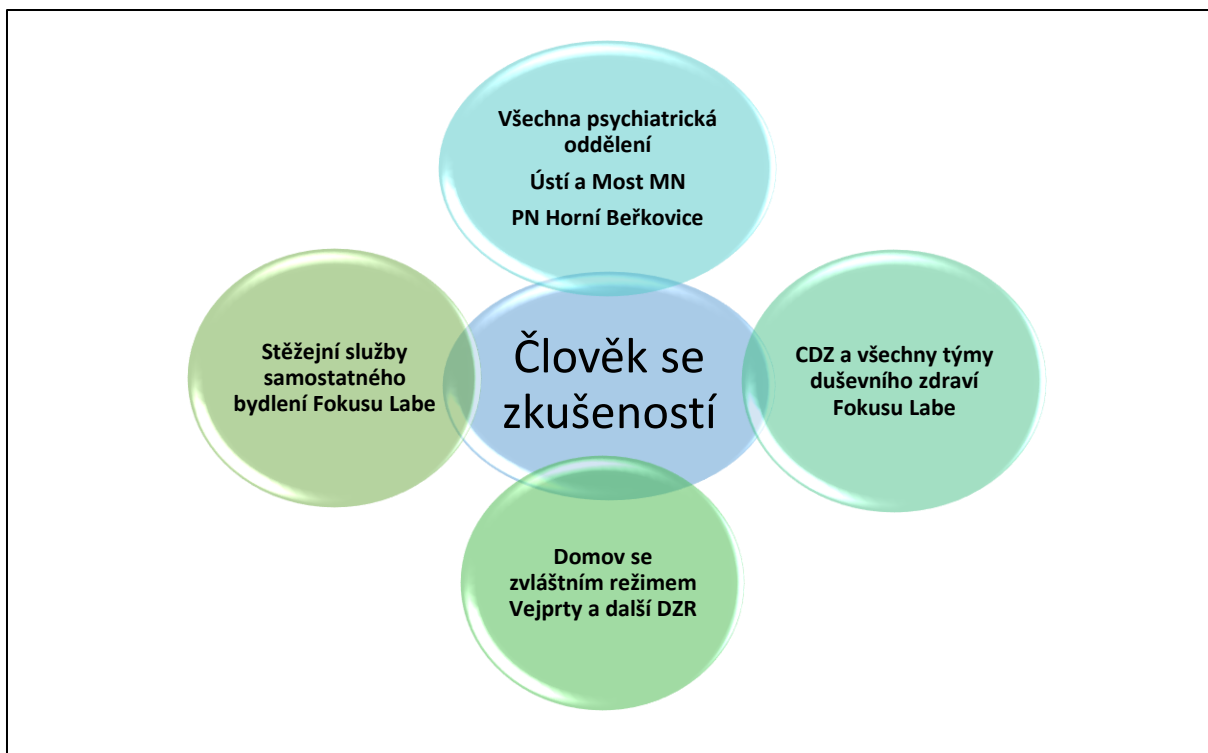
#### Fokus Labe

- CDZ Ústí nad Labem
- Tým dlouhodobé rehabilitace Ústí nad Labem
- TDZ / Tým duševního zdraví / Děčín
- TDZ Teplice
- TDZ Litoměřice
- TDZ Chomutov
- TDZ Most
- TDZ Louny, Žatec

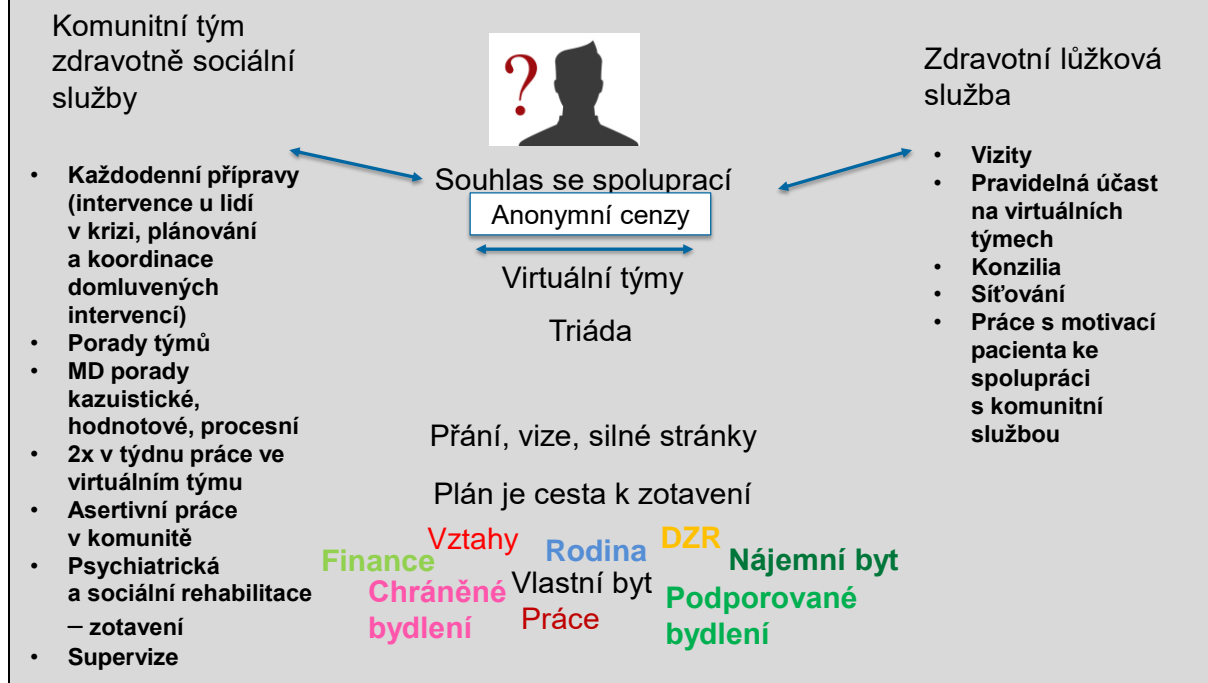
Do rozvoje multidisciplinární spolupráce jsme vstoupili prioritně na **druhé úrovni** multidisciplinarity v oblasti **cílové skupiny vážně duševně nemocných pacientů, a to ustavováním virtuálních týmů**. K zapojení týmů jsme přistoupili opět systémově. Udělali jsme si malou analýzu a využili naše znalosti a zapojili služby v kraji tak, abychom v každém kraji měli jeden stěžejní tým, tzv. gate keeping tým, pro vstup a hlavně v první fázi pro výstup z lůžkové péče.

Výčet týmů, které se zapojily v rámci kraje k cílové skupině lidí s vážným duševním onemocněním, viz na obrázku. Byla to jednotlivá oddělení PN v Horních Beřkovicích, byla to 2 akutní oddělení v Ústí a Mostě. Zapojil se domov se zvláštním režimem v rámci městských služeb Vejprty. V komunitním prostoru se zapojily všechny týmy organizace Fokus Labe, chráněné bydlení v Ústí nad Labem, chráněné bydlení – Recovery house v Chomutově, 8 týmů duševního zdraví, včetně CDZ v Ústí nad Labem.





## Cesta naděje ke zplnomocnění a smysluplným životním rolím a zodpovědnosti



Filozofie spolupráce virtuálních týmů stojí na základech 4 fází zotavení člověka. Na naději a zplnomocňování, přebírání zodpovědnosti pacientem a vytváření smysluplných životních rolí. Každý z týmů funguje v rozdílném prostředí s rozdílnými možnostmi podpory a nastavením odborné práce.

Komunitní týmy a CDZ fungují na základě týmové spolupráce, každodenních pracovních příprav týmů, multidisciplinárních porad týmů kazuistického typu a pravidelných síťovacích multidisciplinárních setkání s klienty a jejich sociální sítí.

Dvakrát v týdnu vyjíždějí do PN v Horních Bečkovcích, kde pracují ve virtuálním týmu, realizují asertivní práci v komunitě. Využívají supervizi a pracují formou psychiatrické a sociální rehabilitace vedoucí k zotavení.

Zdravotní lůžková služba funguje v rámci vizit. Také se pravidelně účastní virtuálních týmů, realizují konzilia, síťují systém okolo klienta a pracují s motivací pacienta ke spolupráci s komunitní službou.

Ve chvíli, kdy klient **projeví souhlas** se spoluprací, tak se rozjíždí spolupráce ve virtuálním týmu, jehož součástí jsou jak zástupci komunitních týmů, tak zástupci zdravotní služby a klient samotný.

Nejprve se postupuje formou spolupráce v triádě, kdy na schůzce participují tři lidé: klient, case manager z komunitní služby a case manager nebo primární sestra ze služby zdravotní. Tento malý tým společně pracuje na tom, aby vytvořil první základ pro zotavování člověka, vyjednaný a dohodnutý s pacientem a zaznamenaný v písemné formě v plánu zotavení.

Připravuje se tak prostředí na spolupráci ve virtuálním týmu, kde je přítomno již větší množství zapojených subjektů, které mohou participovat na cestě člověka k zotavení.

Pracuje se s přáním, s vizí člověka, se silnými stránkami a plánuje se jeho cesta k zotavení, která postupně prostřednictvím rozhovorů mapuje vždy všechny jeho potřeby.



## System spolupráce – komunitní péče o duševní zdraví v kraji

### CDZ Ústí nad Labem jako koordinátor, gate keeper

- ✓ 1x měsíčně organizační konzilium
- ✓ Každé úterý a čtvrtek depistážní setkání s MTD týmy příjmových oddělení v PN HB
- ✓ Individuální schůzky u všech klientů/pacientů s navázanou spoluprací
- ✓ Setkávání v triádách u všech pacientů
- ✓ Virtuální týmy s jednotlivými primariáty dle pravidelného harmonogramu
- ✓ Koordinace zapojování dalších šesti týmů duševního zdraví Fokusu Labe v kraji

### Týmy duševního zdraví Ústeckého kraje

- ✓ 1x měsíčně organizační konzilium
- ✓ Flexibilní zapojování se do virtuálních týmů
- ✓ Flexibilní zapojování se do práce v triádách
- ✓ Individuální práce dle potřeb pacientů spádové oblasti (obojí koordinuje CDZ dle zjištění a aktuálních cenů)
- ✓ Zapojení do koordinační schůzky komunitních služeb pro strukturu a plán zapojení se do práce virtuálních týmů na aktuální měsíc

Multidisciplinární přístup má prokazatelné efektivní dopady. Fokus Labe se svými týmy zapojenými do MD spolupráce v Ústeckém kraji s cílovou skupinou lidí s dlouhodobým duševním onemocněním shrnul výsledky společné práce s Psychiatrickou nemocnicí Horní Beřkovice za období let 2018–2020.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

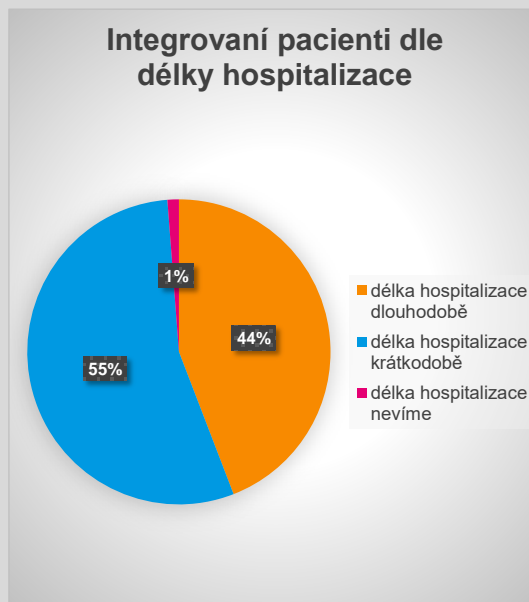
21. Vytvořte systém zapojením všech segmentů péče: KOMUNITNÍ TÝMY / CDZ – AKUTNÍ VŠEOBECNÉ NEMOCNICE – AKUTNÍ A NÁSLEDNÁ PÉČE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE A LÉČEBNY.
22. Nastavte pravidelnou spolupráci, její jasná kritéria, frekvenci, role, výstupy.
23. Vše písemně zformulujte a uzavřete smlouvy o spolupráci.



## Výstupy práce multidisciplinárních týmů za rok 2018–2020 u cílové skupiny vážně duševně nemocných pacientů v Ústeckém kraji

### Výstupy práce multidisciplinárních týmů za roky 2018–2020 v Ústeckém kraji – cílová skupina SMI

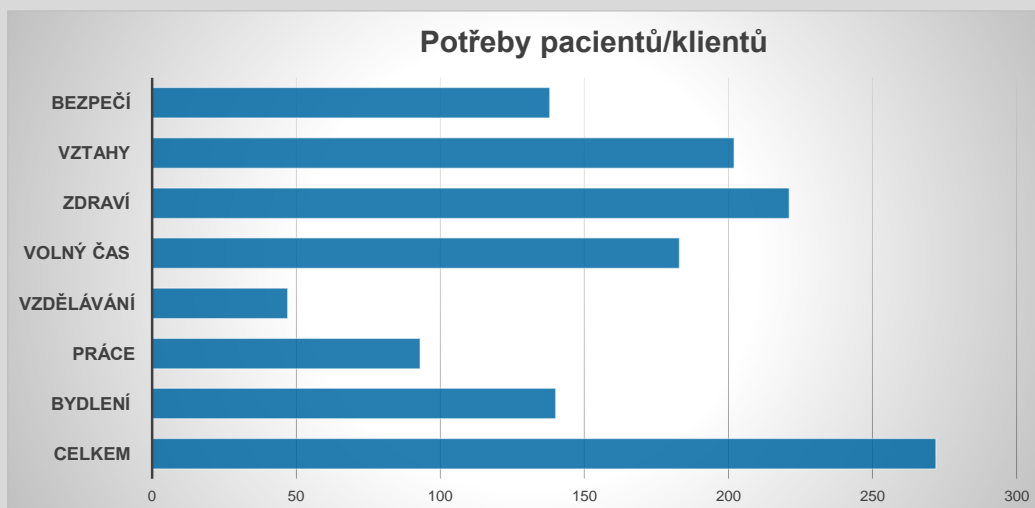
- Celkem bylo za období 2018–2020 zkontaktováno během hospitalizace komunitními týmy 281 uživatelů se SMI
- Z tohoto počtu je již přes 200 uživatelů integrováno zpět v komunitě
- Jedná se o klienty hospitalizované jak krátkodobě, tak dlouhodobě



Během tohoto období bylo v průběhu své hospitalizace zkontaktováno 281 uživatelů. Z toho jich je již přes 200 integrováno do přirozeného života. Někteří s podporou komunitních služeb a týmů a někteří již žijí samostatný život, nezávislý na službách.



## Zmapované potřeby pacientů/klientů

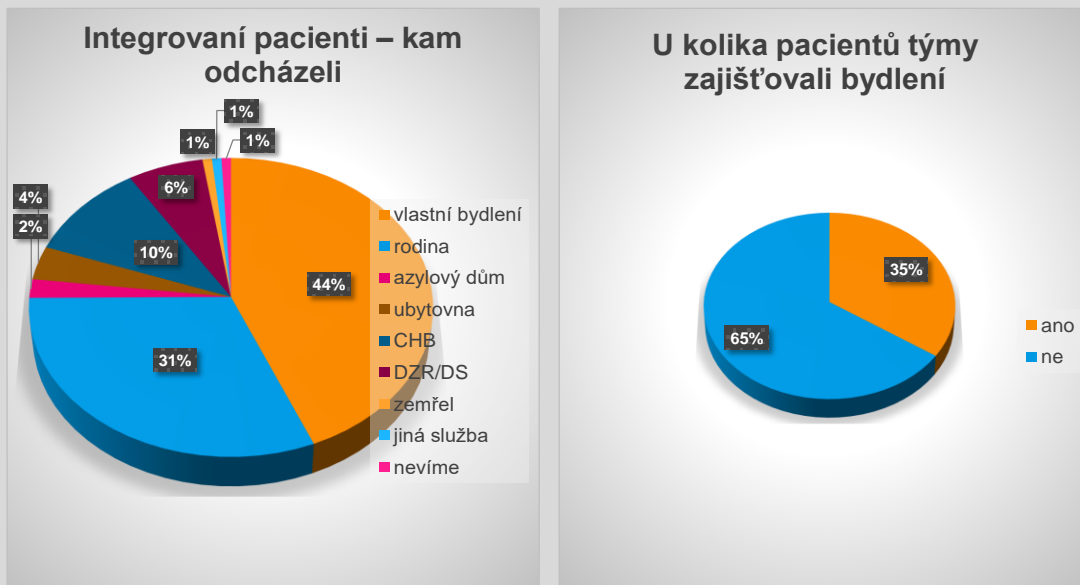


U klientů, se kterými jsme pracovali, jsme mapovali potřeby. Často se objevuje předpoklad, že každý z pacientů, který je hospitalizován, bude řešit potřebu v oblasti bydlení, které je problematické ve všech regionech v kraji. V mapování se však potřeba bydlení objevila až na čtvrtém místě. To, co nejvíce pacienti řešili, bylo zdraví a vztahy. Vztahy v rodině a s blízkými přáteli.





### ... více ke statistice a potřebám



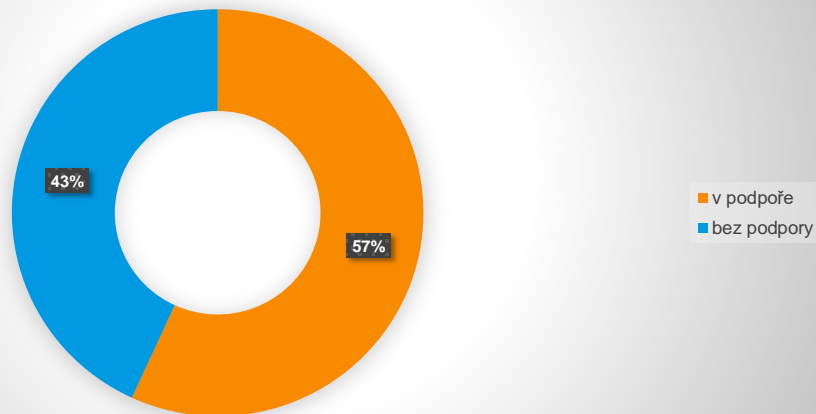
Z pacientů, kteří spolupracovali s týmy Fokusu Labe, jich 44 % odcházelo z hospitalizace do vlastního bydlení. Velká část klientů se vracela zpátky do svých rodin. Ostatní klienti řešili bydlení prostřednictvím různých návazných služeb, ať již je to chráněné bydlení, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, azylové domy, někteří klienti i přechodně odcházeli na ubytovny, kde měli nějaký čas pro to, aby společně s podporou týmu pracovali na zajištění dalšího bydlení. Graf vpravo ukazuje, že pouze u 35 % klientů týmy zajišťovaly pro pacienty služby bydlení.





## Následné čerpání podpory komunitních týmů

### Integrovaní pacienti – aktuální podpora týmu po půl roce od propuštění



Po půl roce zůstalo v podpoře týmů cca 57 % klientů. 43 % klientů s podporou týmů má saturovány svoje potřeby a žije samostatně v komunitě.

Podobný postup a organizaci spolupráce jsme následně aplikovali i při zavádění multidisciplinární spolupráce v oblasti pacientů s adiktologickou problematikou a u dětí a mladých lidí v ohrožení duševního onemocnění.

#### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

24. Ved'te si podrobné údaje/statistiku o propuštěných pacientech, kteří jsou týmy integrováni do běžného života.
25. Neobsazujte znovu lůžka po pacientech, kteří byli dlouhodobě hospitalizovaní a podařilo se jim nalézt civilní život.
26. Uvolněná lůžka zakomponujte do transformačních plánů, postupně se tak uvolní celé oddělení a kapacity lidí budou využitelné pro nové multidisciplinární týmy a potřebnou akutní péči.
27. Udělejte si s komunitními týmy jasný plán na snižování kapacit následných lůžek po pacientech, kteří zde byli dlouhodobě hospitalizovaní a podařilo se je v rámci multidisciplinární spolupráce propustit.





## Cílová skupina lidí s potřebami v oblasti závislostí

### Cílová skupina lidí se závislostní problematikou

#### Zapojené týmy

- 7A, 7B, 7C léčba návykových nemocí
- Částečně 7D oddělení duálních diagnóz
- Drug-out klub (nové služby v rámci projektů reformy)
- CDZ Ústí nad Labem
- 7 mobilních týmů duševního zdraví Fokusu Labe

Stavíme na základech a procesech zažitých v práci s pilotní cílovou skupinou SMI

Při práci s lidmi s duální diagnózou propojení 3 subjektů (tým Fokus Labe, Drug-out klub a oddělení nemocnice + klient)

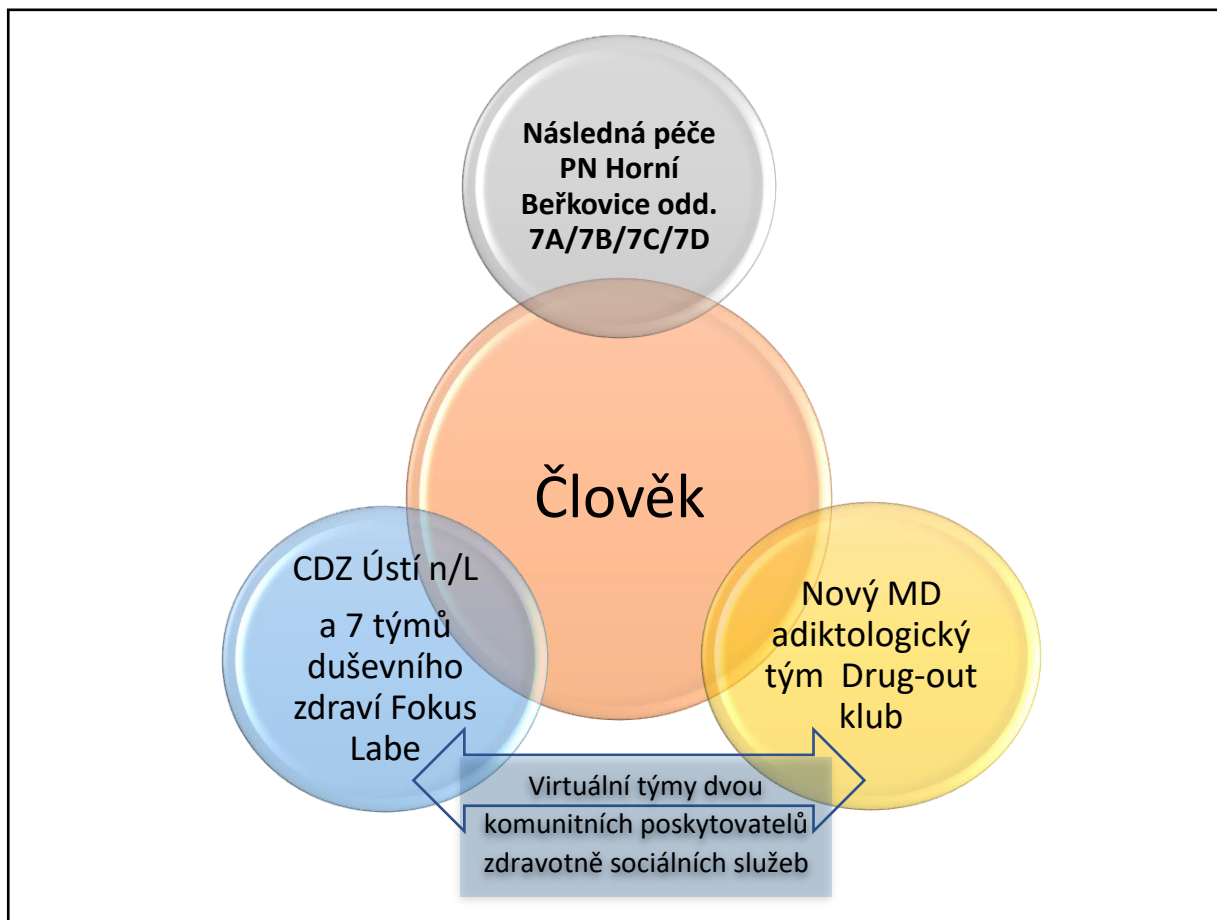
V aktuálním počátečním rozvoji spolupráce na úrovni virtuálního týmu na oddělení 7A,B,C s MD týmem Drug-out klubu

Individuální rozdělování case managementu mezi zapojenými komunitními službami

U cílové skupiny lidí se závislostí jsme postupovali obdobným způsobem. Na počátku se zapojily týmy z Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic, do kterých spadá i oddělení 7D, což je oddělení duálních diagnóz. Do vzniku virtuálních týmů i v oblasti adiktologie jsou zapojeny všechny týmy Fokusu Labe a CDZ Ústí nad Labem, které pracují s lidmi s duálními diagnózami, a nový multidisciplinární tým adiktologických služeb Drug-out klubu.

Co se týče cílové skupiny lidí se závislostní problematikou, opět jsme nestavěli na zelené louce. Stavíme už na základech a procesech, které jsme si zažili s pilotní cílovou skupinou SMI. Zapojili jsme týmy PN v Horních Beřkovicích, které mají přímo specializovaná oddělení na léčbu návykových nemocí. Jak už jsme zmínili výše, je zde zapojené oddělení 7D, které je zaměřeno na léčbu lidí s duální diagnózou, a klíčovou roli komunitní služby hraje Drug-out klub coby nová služba v rámci projektu reformy.





Spolupráci jsme nastartovali právě na oddělení duálních diagnóz, kde se k týmům duševního zdraví Fokusu Labe připojovali pracovníci Drug-out klubu, a měli jsme tak možnost postupně přejít do spolupráce virtuálních týmů na základě recovery hodnot. Vyplynula nám zde potřeba vyjasňování si case managementu v rámci spolupráce tří subjektů – záleží vždy na domluvě všech tří participujících stran, kdo v procesu bude tím, kdo bude proces úzdravy v rámci case managementu koordinovat. Může to být jak pracovník Fokusu Labe nebo týmu duševního zdraví, tak i pracovník Drug-out klubu. Co se týče úskalí této spolupráce, je zde prozatím jiná filozofie činnosti pracovníků komunitních služeb, jež jsou zaměřené na lidi se závislostní problematikou. Opouští se od potřeby „jakéhosi čekání na motivaci pacienta k léčbě“, která je často samotnou nemocí oslabena, a přechází se v rámci spolupráce k práci se silnými stránkami pacienta/klienta. Propojení všech tří subjektů se ukazuje jako velmi efektivní, stejně tak systém virtuálních týmů dvou komunitních služeb.

#### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

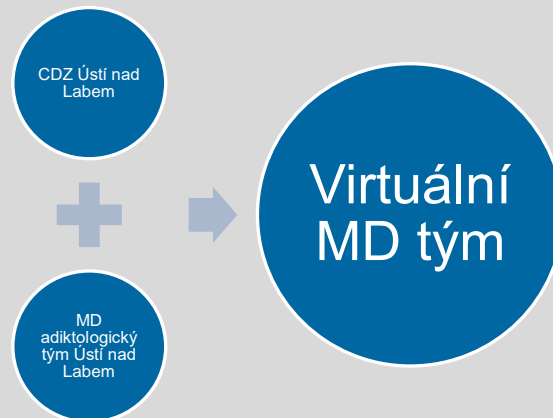
28. Iniciujte vznik virtuálních týmů mezi CDZ, komunitními týmy a MD adiktologickým týmem.
29. Zaveďte pravidelnou spolupráci virtuálních týmů s MD adiktologickým týmem.
30. Nám pomohla vzájemná podpora CDZ vůči novému MD adiktologickému týmu.



## Spolupráce virtuálních týmů CDZ Ústí n/L a MD adiktologie

### Zapojené komunitní týmy

- Drug-out klub (MD tým – nové služby v rámci projektů reformy)
- CDZ Ústí nad Labem



Zahájit spolupráci dvou komunitních týmů, CDZ Ústí nad Labem a MD adiktologického týmu, a nastavit systémově práci na úrovni pravidelné spolupráce adiktologického týmu a týmů PN Horní Beřkovice byly úkoly následujícího období.

Tým CDZ Fokus Labe podpořil edukačně i prakticky, zkušenostmi, vybudovanou spoluprací i praktickou pomocí poskytnutím dopravy, nově vzniklý adiktologický tým. Tým CDZ přizval adiktologický tým k návštěvám PN Horní Beřkovice, oba týmy se účastnily společně práce s pacienty, jejich síťování při propouštění z hospitalizace, hledání bydlení, práce, lidských vztahů.

Oba týmy pracují v rámci MD síťovacích setkání s pacienty a jejich rodinami, účastní se společně porad, plánují společně s klienty a zaměstnavateli získávání práce, zkompetentňují pacienty v oblasti potřeb samostatného bydlení, lidských vztahů a dalších potřeb na cestě pacientova zotavení.

Obdobně jako u pacientů s vážným duševním onemocněním i v oblasti adiktologie vytváříme systém po celém Ústeckém kraji. Do spolupráce jsou nyní integrovány i další sociální služby v oblasti adiktologie z celého kraje: CDZ, terénní služby, doléčovací služby a terapeutické komunity.

Cílem je opět využít silné stránky všech služeb, vybrat v každém stotisícovém regionu jednu službu jako gate keeping pro další spolupráci. V březnu 2022 proběhla první multidisciplinární platforma všech služeb v oblasti adiktologie za účasti vedoucích zdravotního a sociálního odboru Ústeckého kraje, gestorky MD MZ ČR, ředitele PN Červený Dvůr a padesáti účastníků z řad služeb a klientů. Účastníci se dohodli, že MD platforma se bude realizovat 3x do roka. Svolávat ji bude krajský koordinátor a garant reformy v Ústeckém kraji.



### **Cílová skupina dětí a mladých lidí ohrožených v oblasti duševního zdraví**

U cílové skupiny pro děti a mladé lidi, ať už jde o ty, kteří jsou v systému péče o duševní zdraví, anebo o děti a mladé lidi, kteří jsou ohroženi vznikem duševního onemocnění, byla situace na počátku téměř beznadějná. Pohlíženo na systém paradigmatem jedné specializace se zdálo, že nemáme žádné služby pro děti v riziku duševního onemocnění. Když jsme ale změnili paradigma svého pohledu od jedné specializace na týmovou specializaci, začali jsme v kraji vidět řadu zdrojů, které můžeme k péči využít, transformovat, zvýšit jejich kompetence a vytvořit opět krajský systém.

U cílové skupiny dětí bylo více než u jiné cílové skupiny podstatné aktivní zapojení Ústeckého kraje, a to prioritně do plánování a transformace péče v oblasti již existujících sociálních služeb pro děti. Aktivní zapojení kraje jsme měli, klíčovou součástí práce multidisciplinárního přístupu bylo tedy propojení na plánování služeb a tvorbu plánu péče o duševní zdraví na následujících 10 let. Práci měl v gesci krajský koordinátor reformy. Potřebovali jsme mít pro svou práci sdílenou vizi péče, která bude schválena Radou a Zastupitelstvem Ústeckého kraje.

Plán se zpracoval za účasti všech hlavních poskytovatelů péče pro oblast dětí a mladých lidí a byl schválen Zastupitelstvem Ústeckého kraje. Plán má základní vizi budoucího systému péče a 17 strategických cílů do roku 2030, které vymezují směr multidisciplinární práce. Bylo pro nás důležité propojení mezi tím, CO v systému máme a budeme dále rozvíjet, tedy kapacitou systému, a JAK bude systém organizován, jak bude profesionální spolupráce utvářena filozofií multidisciplinárního přístupu a služby orientované na zotavení. Plán je dostupný ke stažení na webových stránkách krajského úřadu [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1760786](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1760786).

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 31. Podívejte se na svůj systém v kraji optikou „silných stránek“, jaké máte všechny služby, jaké plní funkce v systému péče, jaký mají potenciál na změnu.**
- 32. Vyjednávajte s krajem, ustavte pracovní skupinu pro děti a mladé lidi v ohrožení duševního zdraví, zapojte všechny důležité subjekty, pracujte pravidelně, i když na počátku možná o vaši práci nikdo nebude „stát“ a nikdo z institucí vám ji nezadáva.**
- 33. Plánujete změnu, a to velmi podstatnou změnu, buďte připraveni na odpor, počítejte s ním, i my jsme ho zažili a zažíváme. Vzájemně se podporujte, vyjednávajte vize s rodiči, lidmi, kteří systémem prošli, jednejte transparentně.**





## Multidisciplinarita v systému – Krajský plán péče pro děti a adolescenty s potřebami v oblasti duševního zdraví

- Krajský plán staví dopady a vize na principech multidisciplinární spolupráce
- Předpokládá a plánuje komunitní péči o duševní zdraví u dětí a adolescentů skrze MD týmy v osmi vymezených regionech (80–120 tis. obyvatel)
- Pilířem v kraji bude MD tým, tedy CDZ pro děti a mladé lidi, v propojení na denní stacionář s možností využívat akutní či krizová lůžka na pediatrických odděleních (s konziliární péčí MD týmu)
- CDZ pro děti a mladé lidi v úzkém propojení na CDZ pro dospělé
- Minimalizování hospitalizace dítěte
- Péče o duševní zdraví dětí a mladistvých je poskytována v komunitním systému
- DPN Louny orientuje své služby komunitně (MD tým a stacionář)
- Týmy v systému spolupracují multidisciplinárně na všech úrovních

Multidisciplinární spolupráce se nám tedy prolíná s krajským plánem péče, který se věnuje dětem a adolescentům, kteří mají potřeby v oblasti duševního zdraví. Celý plán je postaven na principech multidisciplinární spolupráce. Když plán vznikl s vizí, že hospitalizace u dětí budou úplně minimalizovány a že péče o duševní zdraví dětí a mladistvých bude přenesena a bude poskytována v komunitním systému, tak jsme vycházeli z plánování multidisciplinárních týmů v jednotlivých vymezených regionech. Jsou to regiony, které mají 80–120 000 obyvatel. V Ústeckém kraji máme výhodu, že se tyto regiony shodují s bývalými okresy. V jejich rámci se plánují jak sociální služby v okruhu střednědobého plánování služeb, tak i zdravotní pojišťovny. Pilířem péče o děti budou multidisciplinární týmy, které vyrostou postupně z centra duševního zdraví pro děti a mladé lidi. A tyto týmy budou velmi úzce navázány na denní stacionáře a budou mít možnost využívat akutní či krizová lůžka na pediatrických odděleních, kde bude multidisciplinární tým poskytovat konziliární péči. Centra duševního zdraví pro děti a mladé lidi budou velmi úzce navázána na centra duševního zdraví pro dospělé. Týmy v systému budou spolupracovat multidisciplinárně na všech úrovních. Péče bude přesunuta do komunity a v rámci Dětské psychiatrické nemocnice Louny dojde také k orientaci péče směrem do komunity a k vybudování multidisciplinárního týmu a stacionáře.



## Multidisciplinarita v systému péče o děti s potřebami v oblasti duševního zdraví

- Strategické workshopy s poskytovateli SAS pro rodiny a děti – case management
- Případové konference k hospitalizovaným dětem, mapování potřeb a následné modelování stávající sítě poskytovatelů komunitních služeb
- Chybějící stacionáře pro děti s potřebami v oblasti duševního zdraví
- Decentralizace péče
- Zkompetentňování základního systému (práce s rodinami, se systémem náhradní rodinné péče, OSPOD, ...)
- Projekt Pedagogicko-psychologická poradna
- Specializovaná akutní lůžka na dětských odděleních ve všeobecných nemocnicích

Snažili jsme se stejně jako ve všech cílových skupinách zmapovat služby, které s dětmi a rodinami pracují v Ústeckém kraji. Ve všech regionech jsme našli sociálně aktivizační služby pro rodiny a děti. Našli jsme zde nízkoprahová zařízení. Z toho jsme vycházeli, když jsme iniciovali strategické workshopy s těmito poskytovateli a domlouvali jsme se s nimi, jestli by chtěli být těmi týmy, které postupně vyrostou v centra duševního zdraví, která budou mít v systému péče o děti koordinační roli. Svolávali jsme případové konference k hospitalizovaným dětem a přizývali jsme k tomu stávající služby tak, aby nahlédly do stávajícího systému péče o duševní zdraví dětí, a mohly se tak lépe rozhodnout, jestli se budou dál směřem k centru duševní zdraví pro děti rozvíjet. Zatím z této spolupráce vzešly 3 nové týmy pro děti, které se rozrostly z původních sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a z azylového domu pro matky s dětmi. Takže je vidět, že potenciál k rozvoji leží napříč sociálními službami, které v regionu již pracují. O co se dále snažíme, je decentralizace péče, která nebude cílená pouze na Dětskou psychiatrickou nemocnici Louny, to často komplikuje intenzivní spolupráci s rodinou, protože když rodiny za péčí musí dojíždět, tak je to pro některé z nich nereálné časově i finančně. Velmi se teď zaměřujeme na zkompetentňování aktérů, kteří v systému již v současné době pracují, ať už to je systém náhradní rodinné péče, ať už to jsou orgány sociálně-právní ochrany dítěte, ať už to jsou pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, a zároveň nás čeká část práce s akutními lůžky na dětských odděleních ve všeobecných nemocnicích. To je něco, s čím zatím nejsou ona oddělení úplně srozuměna a je potřeba konkrétní oddělení posílit jak kompetenčně, tak personálně, aby děti, které mají akutní potřebu v oblasti duševního zdraví, mohly dostat péči na běžném dětském oddělení. Tím by se ulehčila jak spolupráce s rodinou, tak se sociálním prostředím dítěte, včetně školy. A také by se ve velké míře snížila stigmatizace, která je s hospitalizací na psychiatrické nemocnici spojována. To jsou kroky, které nás teď v oblasti dětí s potřebami ohledně duševního zdraví čekají.





### Cílová skupina „Děti a mladí lidé v ohrožení duševního zdraví“

- Zapojené týmy
- Dětský mobilní tým Fokus Labe
- Psychiatrická nemocnice Louny – tým na oddělení
- Dětský mobilní tým Litoměřice
- Kojenecký ústav Most – Dětský mobilní tým Most
- Dětský mobilní tým Teplice

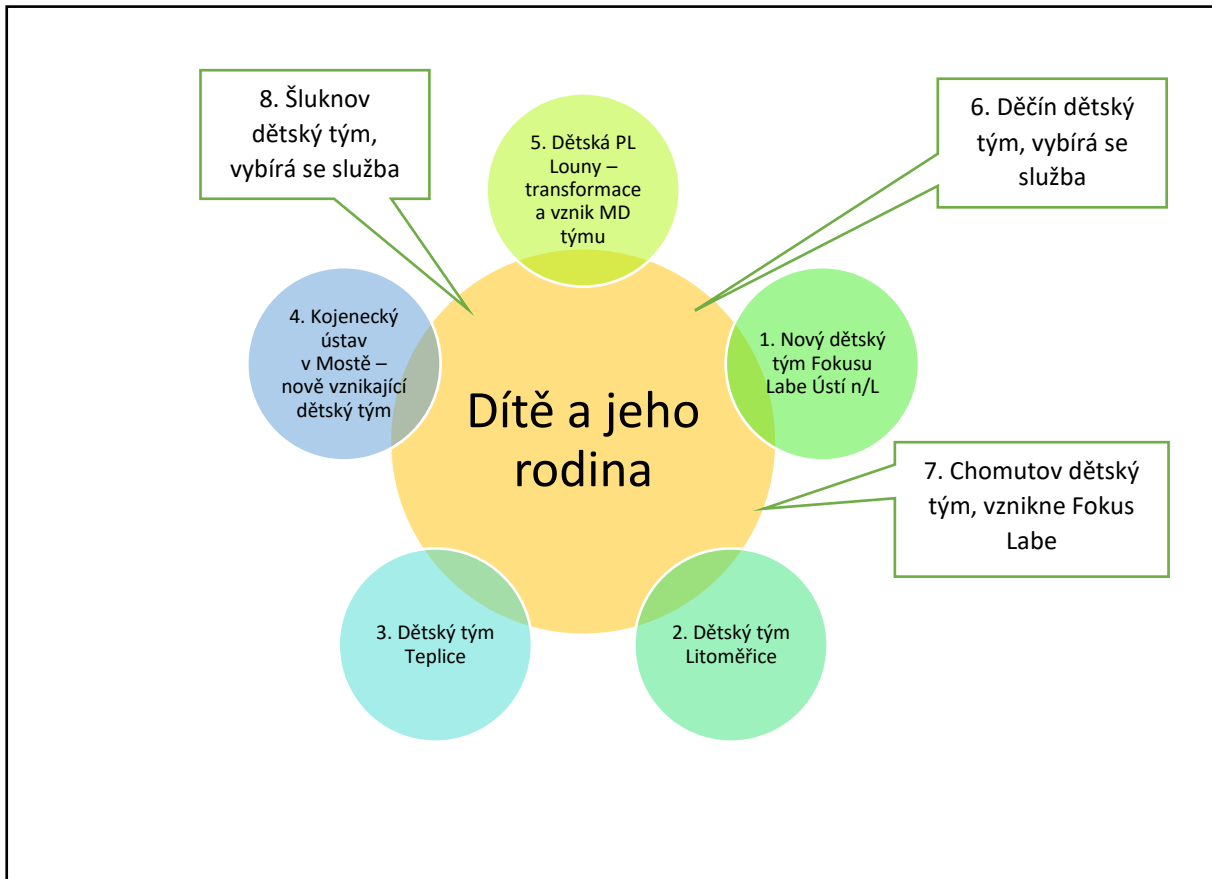
Prvním krokem bylo tedy vyjednání postupu s Ústeckým krajem a zpracování plánu v oblasti duševního zdraví do roku 2030. Druhým krokem byl vznik prvního pilotního dětského týmu duševního zdraví, kde se aktivity ujala lidrovská organizace Fokusu Labe. Organizace, která má 30leté zkušenosti s vytvářením systému komunitní péče pro dospělé v oblasti SMI a zkušenosti tak mohla a začala postupnými kroky zúročovat i v oblasti dětí a mladých lidí. Ve svém strategickém plánu se organizace rozhodla, že vstoupí do oblasti péče o děti a mladé lidi. Na krajské řídicí skupině reformy tak v rámci plánování služeb pro děti vznikl MD tým pro děti a mladé lidi s celokrajskou působností.

Tým vznikl v roce 2020 a byl prvním týmem, jehož posláním bylo zaměřit se primárně na děti hospitalizované v PL Louny a na spolupráci s OSPOD v Ústeckém kraji. Nebyl to však tento ojedinělý krok, ale první krok k vytváření systému. V pracovní skupině pro děti, která je podskupinou řídicí skupiny kraje, byly vytipovány další sociální služby v kraji, které měly motivaci, bazální zkušenost s prací s dětmi a přijaly výzvu transformovat se do MD týmu pro děti v daném okrese. Opět s cílem mít v každém okrese jeden tým pro děti v roli gate keepingu.

Takto jsme podpořili a emancipovali Kojenecký ústav v Mostě ke vzniku dětského týmu, sociálně aktivizační službu v Teplicích ke vzniku dětského týmu a azylový dům pro matku a dítě v Litoměřicích ke vzniku dětského týmu.

Tím jsme docílili vzniku 4 nových týmů pro práci s dětmi v první fázi. V druhé fázi, v níž se ocitáme nyní, pracujeme na výběru dalších 3 sociálních služeb, které se rozvinou do komunitních týmů v dalších 3 okresech kraje. Týmy takto vzniklé se postupně propojí se zdravotními pracovníky, přijmou je do svých týmů a postupně se vyvinou v multidisciplinární týmy v daném území. Nezbytným předpokladem však je, aby se transformovala ústavní péče a byl dostatek zdravotních pracovníků. Avšak již po roce zkušeností je patrné, že i týmy postavené na kompetentních case manažerech jsou efektivní v práci s dětmi.





#### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

34. Zaveďte princip case managementu i pro oblast dětí.
35. Dejte týmům mentorskou a coaching podporu zkušenějších kolegů, nám se osvědčili zkušení kolegové z práce s lidmi s vážným duševním onemocněním.
36. Zaveďte a realizujte pravidelná síťová setkání s dětmi, rodinou a dalšími subjekty v systému.
37. Zaměřte se v první fázi na následnou péči u dětí hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a na oddělení psychiatrických nemocnic.
38. Zaměřte se v druhé fázi na preventivní aktivity.





## Cílová skupina dětí s potřebami v oblasti duševního zdraví

### Tým duševního zdraví pro děti a mladé lidi Ústí nad Labem

- Děti a mladí lidé ve věku od 7 do 18 let s duševním onemocněním či v riziku rozvoje duševního onemocnění a jejich rodiny
- Multidisciplinární tým pro děti a mladé dospělé realizuje podporu dětem a mladým dospělým se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinám a dětem a mladým dospělým v riziku rozvoje duševního onemocnění
- Při zvládnání psychosociální zátěže nebo emocionálně náročné a těžké životní situace realizujeme prevenci hospitalizací prostřednictvím multidisciplinární spolupráce s lůžkovým zařízením, rodinou, školou a dítětem, pracujeme na zkracování případných hospitalizací a kontinuálním přechodu z hospitalizace zpět domů

### Dětská psychiatrická nemocnice Louny

- Je poskytovatelem zdravotních služeb v oboru dětská a dorostová psychiatrie
- Dětská psychiatrická nemocnice Louny je jednou ze tří dětských psychiatrických nemocnic v České republice; je státní příspěvkovou organizací, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky a je samostatným právním subjektem
- Nemocnice nabízí komplexní lůžkové zdravotní služby pro stavy vyžadující dlouhodobější hospitalizaci v oboru dětská a dorostová psychiatrie pro děti od tří do osmnácti let; nemocnice poskytuje zdravotní služby ambulantní v oboru dětská a dorostová psychiatrie
- Kapacita 40 lůžek

První tým duševního zdraví v Ústí nad Labem pracuje s dětmi od 7 do 18 let věku, které mají duševní onemocnění už diagnostikované nebo jsou v riziku rozvoje duševního onemocnění. Pracujeme na principu multidisciplinární práce, což nám velmi ulehčuje naše snažení, protože na příběh dítěte a rodiny nejsme sami. Pracujeme na prevenci hospitalizací, tj. aby se děti nevracely do psychiatrické léčebny v Lounech. Pokud je hospitalizace shledána nezbytnou, pracujeme s celou rodinou i školou na tom, aby hospitalizace byla co nejkratší a dlouhodobá péče se realizovala v komunitním prostředí. Pracujeme na „pořadníku dětí“, které čekají na hospitalizaci v PN v Lounech. Nemocnice v Lounech je poskytovatelem zdravotních služeb v oboru dětské a dorostové psychiatrie, je státní příspěvkovou organizací zřízenou Ministerstvem zdravotnictví a je to samostatný právní subjekt, který nabízí komplexní zdravotní služby.





## MD spolupráce II. úrovně Dětského týmu Fokusu Labe a PN Louny:

- Uzavřena smlouva o spolupráci
- Pravidelné setkávání virtuálního týmu á 2 týdny, v případě potřeby operativně
- Společné plánování péče o dítě a jeho systém během hospitalizace v průběhu propouštění a po hospitalizaci v komunitě
- Práce s rodinným systémem dítěte
- Případová setkání
- Preventivní práce, síťování a práce s dětmi a rodinami, které jsou v pořadníku na hospitalizaci, s cílem naplnění potřeb v oblasti duševního zdraví bez potřeby uskutečnění hospitalizace

Na vytvoření virtuálního týmu a spolupráci na druhé úrovni mezi týmem duševního zdraví a nemocnicí byla uzavřena smlouva o spolupráci, vycházející z Velké metodiky, a je zde popsáno, jak by měla probíhat společná multidisciplinární práce. Domluvili jsme se s vedením nemocnice, že se virtuální týmy budou setkávat minimálně jednou za 2 týdny, případně 1x za týden, v případě potřeby i častěji. Společně plánujeme s týmem, který pracuje v nemocnici. Většinou je složený z paní ředitelky, která je zároveň lékařka, sociálních pracovníků, sester na oddělení a staničních sester.

Již při hospitalizaci dítěte plánujeme, za jak dlouho se bude propouštět, na čem se bude pracovat v nemocnici, s čím má dítě odcházet domů po hospitalizaci, a mapujeme, kam se bude po hospitalizaci vracet. Za dobu hospitalizace se setkáváme s dítětem, s pracovníky a zároveň se setkáváme s rodinnými příslušníky. Zapojujeme školu, kam dítě dochází, a pracujeme případně i s OSPOD. To všechno se děje za doby hospitalizace.



### MD spolupráce III. úrovně – navazování spolupráce se:

- školami
- pedagogicko-psychologickými poradnami
- místně příslušnými OSPOD
- pedopsychiatry
- pediatri
- lůžkovými pediatrickými odděleními
- dobrovolníky a dalšími odborníky v individualizované síti dítěte a jeho rodiny

Mezikrajská spolupráce s komunitními týmy či CDZ pro děti a adolescenty s místem bydliště mimo Ústecký kraj

V rámci spolupráce třetí úrovně se snažíme navazovat spolupráci se školami, napojili jsme se na pedagogicko-psychologické poradny, které nás i samy aktivně oslovují. Máme navázán OSPOD, kde došlo na jejich krajském setkání k představení týmu duševního zdraví. Stejně tak spolupracujeme s pedopsychiatry, se kterými začínáme spolupráci už v době hospitalizace dítěte. Když je to žádoucí, tak se propojujeme i na pediatri.

Velkým cílem je navázání na pediatrická oddělení v nemocnici, abychom mohli vstupovat a být rovnocennými partnery pro péči o děti, které tam jsou hospitalizovány. Hodně spolupracujeme s dobrovolnickým centrem, kde je velká poptávka a přání dětí mít k sobě dobrovolníka mimo systém sociálních anebo zdravotních služeb. A zapojili jsme do spolupráce i týmy, které se chtějí orientovat na péči o děti, a zároveň se provazujeme na ostatní týmy, které jsou mimo Ústecký kraj, protože v nemocnici v Lounech jsou hospitalizovány i děti z jiných krajů.



### Dopady:

- Navázání spolupráce u 30 dětí / nedochází k rehospitalizaci
- Zmapování všech dětí v hospitalizaci PN Louny, práce s cenzy
- Aktivizace systému péče o dítě
- Emancipace stávající sítě sociálních služeb z řad Sociálně aktivizačních služeb (SAS) a nízkoprahových zařízení pro děti

### Nově zapojované týmy do MD spolupráce v oblasti dětí:

- Ústecko: již zapojený tým CDZ pro děti a mladé lidi
- Děčínsko: Charitní sdružení Děčín
- Litoměřicko: Květina
- Teplicko: Naděje

Zatím jsme navázali spolupráci přibližně u 30 dětí, u nichž většinou nebyla další hospitalizace. Pokud k ní došlo v jednotkách případů, byla hospitalizace plánovaná, po celou dobu hospitalizace byla péče kontinuální s týmem duševního zdraví a hospitalizace byla velmi krátká.

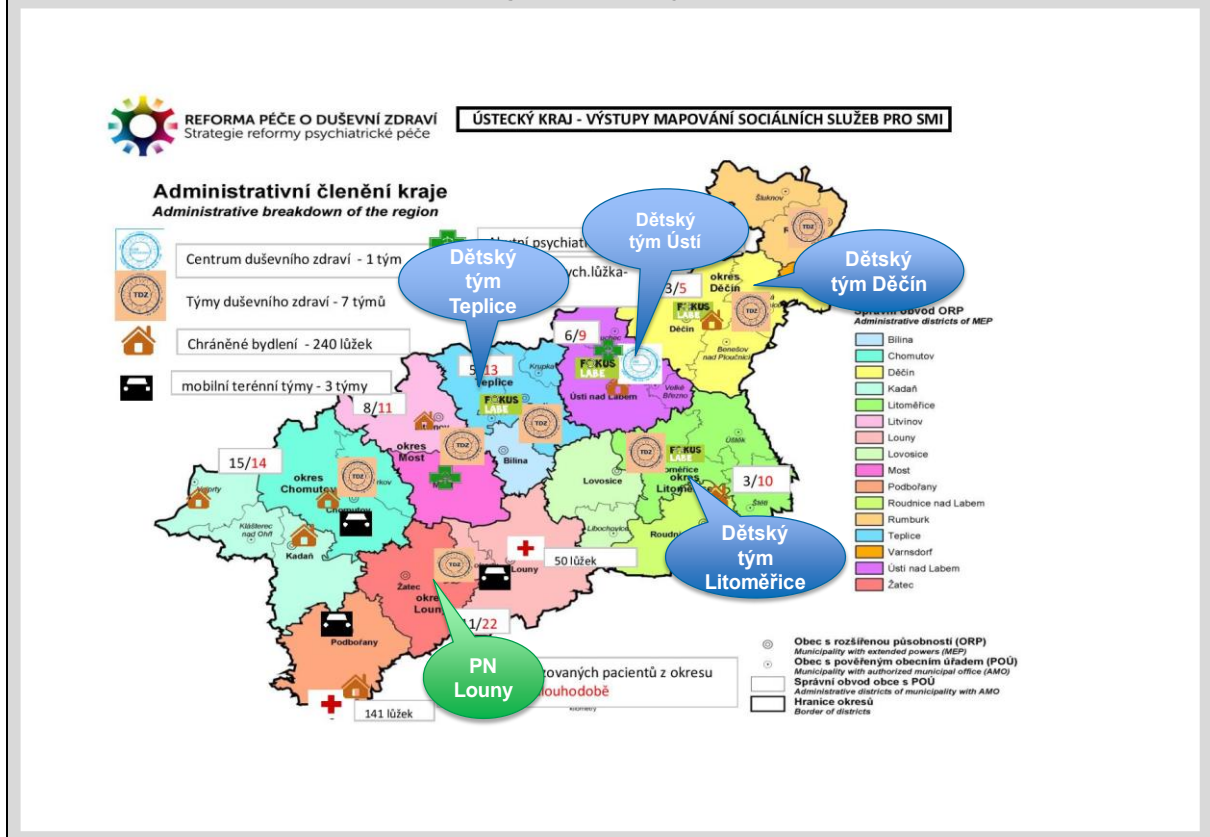
Pracujeme se všemi dětmi v nemocnici v Lounech, síťujeme a pomáháme jim se provázat na ostatní služby.

Zaktivizovali jsme celý systém péče pro děti v Ústeckém kraji a navázali jsme úzkou spolupráci s dalšími třemi službami, které už začaly pracovat s dětmi, dojde k „přerozdělení“ dětí, které máme z jejich oblasti, předáváním do vznikajících týmů, aby i frekvence intervencí mohla být častější, neboť se mimo jiné sníží dojezdová vzdálenost.





## Budujeme systém



Na mapce je vidět budování systému péče o děti – vyzdvihnuty jsou dětské týmy v Teplicích, Ústí, Děčíně a Litoměřicích, zeleně je označena Dětská psychiatrická nemocnice Louny, kam začnou – kromě ústeckého týmu – dojíždět pravidelně i další tři týmy, aby se poznaly s lidmi z týmu nemocnice. Tým duševního zdraví v Ústí nad Labem poskytuje v současné době místa pro stáže, edukaci a zázemí pro další kolegy z dalších nově vznikajících týmů.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

39. Vytvářejte **SYSTÉM** v kraji. Zapojte motivované služby, nastavte proces jejich růstu a proměny, vytipujte v každém stotisícovém regionu jednu klíčovou službu a týmy vzájemně propojte a udržujte mezi nimi komunikaci a kooperaci.
40. Zpracujte si plán s jasnou vizí, kam chcete směřovat v systému péče o duševní zdraví dětí.
41. Pokud máte, využijte pro vznik týmů zaměstnance z kojeneckých ústavů, my jsme to udělali a osvědčilo se nám to.





## Příklad dobré praxe

### Kazuistika

- Tereza, 16 let, žije s rodiči, má starší sestru, se kterou se nevidá, má velmi ráda svoji babičku.
- Rodiče se snaží spolupracovat.
- Tereza opakovaně hospitalizovaná.
- Byla jako dítě velmi šikanovaná. Začalo to asi v 11 letech, kdy se poprvé pokusila o sebepoškození. Rodiče její problémy neřešili, problematiku řešila babička. Tereza se poprvé pokusila o sebepoškození (řezání do ruky), když jí bylo 11 let. Říká, že poprvé viděla sebepoškození u své starší sestry. Sestra ale nikdy nebyla hospitalizována a se svými potížemi se nijak neléčila.
- Tereza říká, že už od malička byla jiná, často smutná. Pamatuje si, že měla doma plyšáky a říkala si, že lidé, kteří je vyráběli, jsou asi šťastnější než ona (protože plyšáci se usmívají).



CDZ pro děti a  
mládež  
Rodina a láska



### Příklad dobré praxe: Tereza

Tereza, dívka, 16 let, žije s rodiči, má starší sestru, se kterou se nevidá, a má velmi ráda svoji babičku. Než jsme vstoupili do spolupráce, Tereza byla opakovaně hospitalizovaná v poměrně krátkých časových intervalech za sebou. Jako dítě byla velmi šikanovaná, začalo to v 11 letech, kdy se poprvé pokusila o sebepoškození. Problém rodiče neřešili, ale řešila ho babička. Proto k ní má Tereza velkou citovou vazbu a hodně se na ni navázala, jelikož babička jí byla velkou životní oporou. Sestra Terezy měla také problémy se sebepoškozením, ale nikdy své problémy neřešila, nikdy se s nimi neléčila. Tereza popisuje, že od malička byla jiná, často smutná, že měla doma plyšáky, o kterých si myslela, že jsou šťastnější než ona, protože se pořád usmívají.





- Náš první kontakt proběhl v DPN Louny v dubnu 2021.
- Kontaktoval nás i otec Terezy.
- Navázána spolupráce s Terezinou ošetřující psychiatrickou, která doporučila, aby Tereza po propuštění docházela na terapie, případně že by byla vhodná rodinná terapie. Proběhla schůzka s psychologkou Terezy. Sdílení informací v týmu: lékař, sestra, psycholog, rodina a CDZ. Diskuse za účasti Terezy, jak dál směřovat činnosti po propuštění.
- Za Terezou jsme dojížděli každý týden. Pracovali jsme na navázání vztahu.
- V květnu byla Tereza propuštěna, následující den tým CDZ za Terezou vyjel, postupně byl vytvořen protikrizový plán a plán osobní podpory. Proběhlo mapování, které je průběžně vždy doplňováno o další skutečnosti.
- S Terezou jsme se domluvili na možnosti využití podpůrného telefonu.
- V srpnu 2021 byla hospitalizována v PN Bohnice. Za Terezou jsme vyjížděli a sama aktivně chtěla využít možnosti podpory z naší strany po telefonu. Bylo zrealizováno a po propuštění, začátkem prosince 2021, proběhl hned osobní kontakt. Tereza stále čerpá naše služby a již nedošlo k hospitalizaci, její zdravotní stav se upravil a pokračujeme v individuálním plánu.

Náš první kontakt proběhl s Terezou v Lounech v dubnu 2021, kdy nás kontaktoval otec Terezy, se kterým je spolupráce významnější než s matkou. Během hospitalizace jsme navázali spolupráci s její ošetřující psychiatrickou. Ta doporučila Tereze docházet na terapie, včetně rodinné. Setkali jsme se s psychologkou, sdělili jsme informace a do rozhovorů o intervencích jsme zapojili i Terezu, aby byla součástí našeho setkávání a plánování toho, co bude po propuštění. Dojížděli jsme za ní každý týden a podařilo se nám navázat vztah, protože Tereza nás brala jako „někoho“, kdo jí může pomoci v životě po propuštění z léčebny. Což se záhy ukázalo, protože Terka byla poměrně rychle propuštěna a my jsme za ní vyjeli hned druhý den po propuštění a začali jsme s ní pracovat na protikrizovém plánu a plánu osobní podpory, což Terku zaujalo jako něco hmatatelného. Velice kreativně si zpracovala protikrizový plán, který má nad postelí. Hovoří o tom, že to pro ni bylo přínosné, a často se k tomu tématu vrací. Nabídli jsme Terce také možnost využívání podpůrného telefonu, který je k dispozici 7 dní v týdnu. Terka ho občas využívala ze začátku, dnes už je dobře zasíťovaná. Nicméně v roce 2021 proběhla hospitalizace v nemocnici v Bohnicích, kde sice nemáme smlouvu o spolupráci, ale pracovníci nemocnice byli nakloněni tomu, abychom za Terkou přijeli. Takže i v době pandemie jsme tam za Terkou vyjížděli. Domlouvali jsme se s personálem na stejném principu, jaký máme nastavený v Lounech. Terka využívala v době hospitalizace z naší strany podporu po telefonu, kdy jsme jí telefonovali nebo jsme jí nabízeli možnost online setkání. Domluvili jsme, jak by mělo proběhnout propuštění Terky, které se realizovalo v prosinci roku 2021, a hned ten den, co byla propuštěna, jsme za ní vyjeli, abychom se s ní potkali po hospitalizaci. Terka nadále čerpá naše služby a od prosince nedošlo k další hospitalizaci. Pokračujeme dále v individuálním plánu, vyladíme protikrizový plán tak, aby k hospitalizaci už nemuselo v dohledné době dojít, což všechny strany považují za velký úspěch, protože cyklus jejich hospitalizací byl hodně intenzivní. Terka je dnes na sebe hrdá.





## Oblast péče o seniory

### Oblast péče o seniory

Zapojené MD týmy: Agentura Sluníčko (komplexní domácí péče a terénní sociální služby – nové služby)

- Propojování pečovatelské služby a domácí péče
- Case management případu klienta – zdravotní sestra domácí péče
- Multidisciplinární spolupráce – domácí péče, pečovatelské služby, osobní asistence, rodiny, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem

Od plánování systému, který se zabývá dětmi s potřebami v oblasti duševního zdraví, se dostáváme do oblasti péče o seniory s psychiatrickými diagnózami. Vidíte, že multidisciplinární tým pro seniory má už svoji první vlašťovku v Ústeckém kraji, je to Agentura Sluníčko, která poskytuje kompletní domácí péči a terénní sociální službu. Je to tým, který vznikl v rámci projektu *Nové služby* a umožnil nám pilotovat úzké propojení sociálně zdravotního pomezí, které se prolíná celým systémem péče o duševní zdraví.

Stavěli jsme hodně na propojování pečovatelské služby a domácí péče. Jsou to služby, které jsou v systému zastoupeny rovnoměrně po celém Ústeckém kraji. Často už spolupracují, ale potřebovali jsme do systému vložit ještě prvek case managementu a prvek toho, kdo bude péči koordinovat.

Když jsme analyzovali to, co dělají pečovatelské služby, a jaké možnosti a úkony může poskytovat domácí péče, tak nám z toho vzešlo, že case manager, tedy koordinátor péče v systému pro seniory, by měla být zdravotní sestra domácí péče, která je tím, kdo se k seniorovi dostane nejbližší a nejdříve. Každý senior, který odchází z hospitalizace, ať už z psychiatrické nemocnice, nebo ze všeobecné nemocnice, může na prvních 14 dní odcházet s předepsanou domácí péčí, kde zdravotní sestra hned po propuštění udělá první zmapování nejenom klienta, jaké má potřeby, ale mapuje i prostředí, ve kterém se klient nachází a pohybuje.

Sestra je tím, kdo pak do systému podpory, který staví kolem klienta, může přizvat ostatní služby, které jsou nutné, aby klient dostal podporu, kterou potřebuje a mohl co nejdéle zůstat doma. V rámci multidisciplinární spolupráce nás čeká propojování jak domácí péče, tak pečovatelských služeb, služeb osobní asistence, velký díl podpory musí být směřován i do rodiny k neformálním pečovatelům, kteří v podpoře seniora odvádějí velký díl práce a častokrát jsou bez podpory. Pomáhají hodně intuitivně, což je lidské a žádoucí, avšak s možností profesionálního zasiťování. Vznikne tak sdílený prostor pečovat nejen o svého blízkého člověka v seniorském věku, ale i prostor pečovat o sebe, o své duševní zdraví.



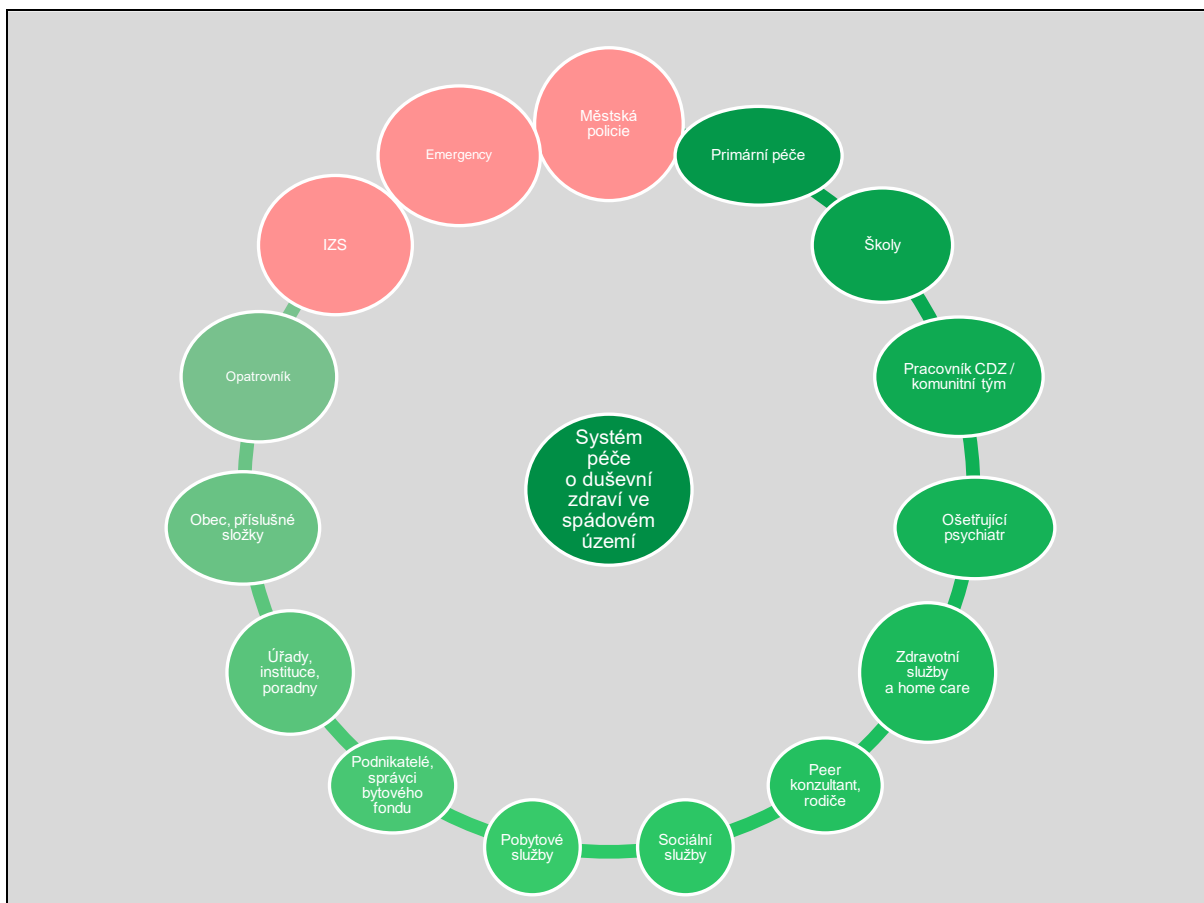


## Cíle v oblasti péče o seniory

- Nastavení ambulantní a komunitní péče, tak aby člověku v seniorském věku s potřebami v oblasti duševního zdraví bylo umožněno setrvat v domácím prostředí
- V každém regionu dostupné multidisciplinární týmy, které v systému péče převzou roli koordinátora – case managera a mimo jiné zkoordinují veškerou potřebnou péči v komunitě i v propojení na další potřebné služby
- Podpora neformálních pečujících
- Dlouhodobé hospitalizace seniorů v psychiatrických léčebnách nebudou realizovány

Celý systém směřujeme k tomu, aby se v oblasti péče o seniory nastavil ambulantní komunitní systém péče tak, aby člověk i v seniorském věku, když se u něj objeví duševní onemocnění, mohl setrvat v domácím prostředí, co nejdéle je to možné.

System se opět staví na dostupnosti multidisciplinárních týmů, které převzou role koordinátora, case managera tak, jak už jsme zmiňovali. Case manager pak zajistí a zkoordinuje potřebnou péči v komunitě. Důležité je zaměřit se i na podporu neformálních pečujících tak, aby dlouhodobé hospitalizace seniorů v psychiatrických léčebnách již nebyly realizovány.



Systém péče o duševní zdraví v Ústeckém kraji je stejně jako v dalších 13 krajích velmi široký. Spadá do něj řada subjektů a v podstatě každý den se může rozrůstat, protože tak jak je individuální každý příběh člověka s duševním onemocněním, tak je i individuální jeho síť.

V procesu zavádění multidisciplinární spolupráce jsme v posledním období začali intenzivně nastavovat spolupráci se třemi složkami třetí úrovně multidisciplinární spolupráce: integrovaný záchranný systém, městská policie a lékařská pohotovost (emergency).

Integrovaný záchranný systém je prvek, který vlastně sám v sobě obsahuje multidisciplinární složku. Ve chvíli, kdy komunitní týmy vyjednávají o hospitalizaci klienta, zejména u asertivních kontaktů, kdy se jedná o člověka, který v systému psychiatrické péče ještě není (může nás na něj upozornit soused, rodina, že se děje něco zvláštního), tak komunitní týmy vyjíždějí do rodiny a zajišťují první kontakt. Pokud se nedaří stabilizovat a zajistit léčbu v komunitě, může docházet k dobrovolné či nedobrovolné hospitalizaci. A v tom integrovaný záchranný systém hraje velmi důležitou roli. Jedná se o navazování dobrých vztahů jak s policií, tak s lidmi ze záchranné služby. Jde o edukaci všech stran, jak přistupovat k člověku s rozvojem duševního onemocnění tak, aby hospitalizace, která přichází s akutní fází onemocnění, byla důstojná a bezpečná pro daného člověka. Jednou z osvědčených možností je doprovod a podpora center duševního zdraví a pracovníků komunitních týmů duševního zdraví při akutní hospitalizaci. Předejde se tak situacím, kde je člověk v akutní fázi onemocnění „naložen do sanity“ bez adekvátního přísunu informací a porozumění toho, co se s ním děje. CDZ a týmy duševního zdraví tak mohou naplňovat roli PRŮVODCŮ při cestě k hospitalizaci, během hospitalizace a po hospitalizaci. Role case manažerů z týmů se nám osvědčila ve třech rovinách, kde pro každou z nich potřebuje mít case manager předem vytvořené prostředí pro multidisciplinární spolupráci:



V době před hospitalizací:  
spolupráce s IZS /  
emergency MN /  
městská policie

Během hospitalizace:  
spolupráce  
s akutním  
oddělením

Po hospitalizaci:  
spolupráce  
s celým sociálním  
prostředím  
člověka

Propojovat se s týmy Emergency Masarykovy nemocnice (pohotovostmi), které jsou gate keeperem směrem pro vstup do lůžkové péče, je žádoucí a efektivní. Potkáváme se se situacemi, kdy je člověk s duševním onemocněním před vstupem na Emergency často ve velmi sociálně i zdravotně zuboženém stavu. Pracovníci pohotovosti vyhodnocují jeho zdravotní stav a vzhledem k tomu, že u lidí s duševním onemocněním, kteří v systému ještě nejsou a dostávají se na pohotovost právě v zuboženém stavu, může docházet k leckdy mylnému identifikování člověka jako člověka bez domova či člověka, který má problém s návykovými látkami. A tak je efektivní, aby pracovníci komunitních služeb byli navázáni na Emergency na jedince, kteří mohou na první pohled projevat zvláštní rysy v chování.

Rovněž městská policie je velmi důležitým prvkem v systému. Strážníci městské policie jsou každý den v terénu, znají situaci města, včetně sociálně vyloučených oblastí, které s sebou nesou i větší riziko vzniku či rozvoje duševního onemocnění, ať už u dětí, anebo i u dospělých lidí.





## Akutní a krizová péče

### AKUTNÍ A KRIZOVÁ PÉČE – II. A III. ÚROVEŇ

- 1/2022 – vznik pracovní skupiny při Řídícím výboru strategie reformy v Ústeckém kraji
- Členové pracovní skupiny:
  - krajský koordinátor, odborní garanti reformy v UK, metodik multidisciplinárního přístupu
  - zástupci krajského úřadu (zdravotní a sociální odbor)
  - zástupce multidisciplinárních týmů (komunitní podpora) – SMI, senioři, děti, adiktologické
  - zástupci akutní lůžkové zdravotní péče – LO MN, LO Most, PN Horní Beřkovice, DPN Louny, dětská oddělení v nemocnicích
  - zástupci poskytovatelů krizové péče (sociální služby)
  - zástupci integrovaného záchranného systému
  - zástupci školství

Kontinuální péče, tedy i během hospitalizace klienta/pacienta na lůžkovém oddělení v akutní fázi onemocnění, je dalším z klíčových prvků zotavování člověka z duševního onemocnění.

Přesouváme se nyní k tématu multidisciplinární spolupráce během akutní a krizové péče. Je to téma, které rozvíjíme posledního půl roku naší práce a budeme se mu intenzivně věnovat v letošním roce v rámci pracovní skupiny, která vznikla při Řídícím výboru strategie reformy v Ústeckém kraji, který pracuje při krajském úřadě. Součástí pracovní skupiny jsou kromě krajského koordinátora, odborných garantů reformy a metodika multidisciplinárního přístupu také zástupci krajského úřadu za odbor zdravotní a sociální, protože se v tomto tématu opět pohybujeme na sociálně zdravotním pomezí. Zároveň jsme přizvali i zástupce školství, protože toto téma prostupuje různými cílovými skupinami, včetně dětí, a právě u dětí škola hraje poměrně důležitou roli. Součástí pracovní skupiny jsou zástupci multidisciplinárních týmů, kteří poskytují podporu v komunitě. Pracují s různými cílovými skupinami, ať už jsou to klienti s dlouhodobým duševním onemocněním, senioři, kteří mají potřeby v oblasti duševního zdraví, nebo děti a klienti, kteří se potýkají s adiktologickou problematikou. Zároveň jsou do této skupiny přizváni zástupci akutní lůžkové zdravotní péče – z ústecké Masarykovy nemocnice, Nemocnice Most, Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice, Dětské psychiatrické nemocnice Louny. Do spolupráce budeme přibírat dětská oddělení v nemocnicích, kde se objevují děti, které se ocitnou v nějaké krizi nebo akutním stavu. Zároveň jsou do pracovního prostoru přizváni i zástupci poskytovatelů krizové péče, což jsou sociální služby, které na území Ústeckého kraje s krizí pracují. A určitě se budou účastnit i zástupci integrovaného záchranného systému, ať už to je policie České republiky, nebo hasiči a záchranná zdravotnická služba.





## AKUTNÍ A KRIZOVÁ PÉČE – II. A III. ÚROVEŇ

- Nastavení a rozvoj multidisciplinární spolupráce a nastavení sítě služeb tak, aby podpora v krizi, v náročném období života mohla v největší možné míře probíhat v přirozeném/domácím prostředí klienta
  - Nastavení systému podpory v krizi pro různé krizové situace, stavy – od psychosociální krize až po podporu člověka, který prožívá zhoršení zdravotního stavu či celkové životní situace
  - Zmapování stávající situace v kraji
  - Propojení sociálních a zdravotních služeb v této oblasti

Zde vidíme nastavení a rozvoj multidisciplinární spolupráce mezi aktéry, kteří v síti v Ústeckém kraji už pracují, krizí se zabývají. Smyslem je nastavení sítě tak, aby podpora v krizi a v náročném období života člověka mohla být v co největší míře poskytována v přirozeném domácím prostředí klienta. Směřujeme k tomu, aby byl systém podpory v krizi nastavený pro všechny situace, ve kterých se člověk ocitne, ať už se jedná o psychosociální krizi nebo po zhoršení zdravotního stavu. Zároveň budeme mapovat, jak situace v Ústeckém kraji vypadá nyní, jaké služby v kraji jsou, z čeho můžeme vycházet, a to, co nás aktuálně nejvíc čeká, je propojovat stávající sociální a zdravotní služby a vnést multidisciplinární přístup do započaté spolupráce a zároveň doplnit systém o služby, které chybí a ze systému vypadly.





Dobrým příkladem nám bude zkušenost z multidisciplinární spolupráce s akutním oddělení PN Horní Beřkovice, které se od počátku svého vzniku v rámci reformy do spolupráce zapojilo. Virtuální týmy zde spolupracují pravidelně, a tudíž i velmi rychle při hospitalizaci pacienta. Přijetí pacienta probíhá s komunitním týmem a je konzultováno v co nejkratší době po hospitalizaci pacienta. Pokud je pacient v péči CDZ, je akutní hospitalizace v co největší míře plánována a koordinována s podporou klienta a jeho rodiny. Plánování hospitalizace probíhá ještě v době, kdy je klient v dobrém zdravotním a sociálním stavu a postup je s klientem vyjednan a zaznamenán do protikrizového plánu.

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 42. V systému je klíčové navázat multidisciplinární spolupráci a ustavit virtuální týmy s akutní a krizovou péčí v systému péče. Vytvořte tedy virtuální týmy CDZ s komunitními týmy a týmy akutních oddělení ve svém kraji. Nastavte pravidelnou spolupráci, ideálně smluvně zakotvenou.**
- 43. Zasiťujte se s pacienty již při hospitalizaci, provázejte je po dobu hospitalizace, navažte důvěryhodný vztah, provázejte je i při a po propouštění, které společně všichni plánujete.**
- 44. Vytvořte pracovní skupinu akutní a krizové péče na kraji, kam zapojíte všechny stěžejní subjekty, popíšete funkcionalitu, role v systému, nastavíte multidisciplinární spolupráci a dáte kraji do plánu informace, co v systému chybí.**
- 45. Zapojte do skupiny k akutní a krizové péči i články IZS, policii, rychlou záchrannou službu, hasiče.**





## Multidisciplinární spolupráce v oblasti služeb zaměstnávání

### Zaměstnávání aneb smysluplné životní role v procesu uzdravy

- „Nejsme jen navlékači korálků“
- Propojení na systém vzdělávání – ÚJEP, sociální agentura, vzdělávání „Ven z bludného kruhu nezaměstnanosti“
- Pracovní uplatnění na chráněném i volném trhu práce
- Pro úplné zotavení je třeba, aby lidé s duševním onemocněním získali ve svém životě nějakou smysluplnou roli, která nemá s jejich nemocí nic společného
- Nově získané postoje, jako je naděje, důvěra a větší zodpovědnost za sebe sama, se musí uplatnit v „normálních“ rolích **zaměstnance**, syna, matky, souseda a jim podobných. Je důležité, aby se lidé připojili k širšímu společenství a stýkali se s těmi, kteří nespádají do sfér spojených s duševním onemocněním. Smysluplné role učiní konec izolaci a pomohou lidem s duševním onemocněním zotavit se a „získat život“.

Potřebu pracovat, být součástí společenství, být užitečný má každý z nás. Lidé, kteří se dostali v průběhu svého života do potíží s dlouhodobým duševním onemocněním, jsou často vyřazení z možnosti mít důstojnou práci. Multidisciplinární spolupráce pracovníků komunitních týmů, CDZ a v našem případě týmu zaměřeného na získávání a udržení si kompetencí a schopností pracovat je dobrou praxí.

Důstojná práce, která nebude „torpédovat“ lidi s duševním onemocněním pouze do úklidových a roznáškových profesí, je stále velkou výzvou. „Nejsme jen navlékači korálků“ je motto sociálního podnikání organizace Fokus. Práce a smysluplné zaměstnání totiž představují klíčový prvek v zotavování lidí s duševním onemocněním. Vidíme to dnes a denně před očima již dlouhých 30 let. Sociální a vztahové zkompetentňování lidí s duševním onemocněním, nové životní role, návrat smyslu do života a možnost vystoupení z bludného kruhu pouze duševně nemocného člověka je to, co důstojná a smysluplná práce přináší. Multidisciplinární spolupráce mezi profesionály a člověkem, který chce pracovat, je zásadní pro dosažení úspěchu v této oblasti.

V posledním období jsme začali i v této oblasti mnohem intenzivněji multidisciplinárně pracovat. Zapojovat sociální síť, rodinu, lékaře-psychiatra a společně s člověkem vyjednávat vše důležité pro zvládnutí pracovních výzev a situací, které člověka v práci zcela přirozeně potkávají.

V rámci multidisciplinární spolupráce se zaměřujeme i na počátek, kdy se člověk na svoji pracovní kariéru připravuje, tzn. propojování se na systém vzdělávání. Pracovníci týmu duševního zdraví se napojili na pracovníky Univerzity Jana Evangelisty Purkyně, kde jsou zapojeni do podpory vzdělávání lidí se specifickými potřebami, a to i pro jedince s duševním onemocněním. Jedná se o podporu, která umožní mladým lidem, kterým do života vstoupila duševní nemoc, neukončovat vzdělání, dokončit jej a moci tak v budoucnu najít důstojné a užitečné zaměstnání, které stojí na jejich silných stránkách,





dovednostech a znalostech.

Dále jsme zapojili do potřeb v oblasti práce a zaměstnání sociální agenturu, která se zaměřuje projektově na zvyšování pracovních kompetencí u lidí se zdravotním znevýhodněním. Sama organizace Fokus Labe pak realizuje interní vzdělávání *Ven z bludného kruhu nezaměstnanosti*, zaměřené přímo na lidi z cílové skupiny SMI.

Stavíme na myšlence, že pro úplné zotavení je potřeba, aby lidé s duševním onemocněním získali ve svém životě smysluplné životní role, které nemají s jejich nemocí nic společného.

Stavět na silných stránkách člověka, umět v rámci zotavování zdravě riskovat při vstupu do zaměstnání, vystoupit z komfortní zóny, pracovat se vztahy na pracovišti, se stresem a řadou dalších situací, to je to, co člověk při nástupu do práce řeší a potřebuje mít na počátku podporu individuálně nastavenou pro dosažení úspěchu.

Nově získané postoje, jako je naděje, důvěra, větší zodpovědnost za sebe sama, se musí uplatnit v normálních rolích člověka, mezi něž role zaměstnance patří. Člověk není jenom syn, matka, soused... Jedinec se připojí k širšímu společenství, začlení se do systému, začne fungovat v komunitě, začne druhým „dávat“, přestane být pouhým konzumentem, začne se stýkat s těmi, kteří nespádají do sfér spojených s duševním onemocněním. Postupně začne vycházet po dlouhé době z jedné jediné role, a to je role pacienta. Smysluplná role, ke které zaměstnanec patří, učiní konec izolace a pomůže lidem s duševním onemocněním získat zpátky svůj život.

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 46. Do multidisciplinární spolupráce zapojte i týmy či case manažery v oblasti zaměstnávání.**
- 47. Realizujte síťovací setkání při změnách v oblasti zaměstnávání s klientem a jeho rodinou, vyplatilo se nám to v oblasti plánování změn, toho, co kdo může pro změnu udělat, aby se podařila. Snížila se nám tím úzkost a frustrace u rodinných příslušníků, kteří mají často obavu vycházející z prožitých zkušeností, z jakékoliv změny v životě jejich blízkého s duševním onemocněním. Strach ze změny následně paralyzuje celý život člověka. Síťovací setkání jsou efektivním prostorem, kde je možné vše vyjednat, změny si vysvětlit a připravit.**





## Bydlení a rozvoj multidisciplinární spolupráce

### Služby bydlení v systému MD spolupráce

- Vstup do chráněného bydlení probíhá vždy s podporou blízkých a spolupracujícího týmu, který zajišťuje case management – aktivní během celého procesu spolupráce
- Společně pracujeme na specifikaci potřeb a kompetencí, na kterých chce člověk v bydlení pracovat
- Utváříme společný plán podpory, osobní plán a plán včasných varovných příznaků, i s blízkými lidmi klienta

Do multidisciplinární spolupráce jsou zapojeny všechny týmy bydlení. Služby bydlení jsou klíčovou službou s postupující transformací psychiatrické péče. Týmy bydlení řadu let jezdily do PN Horní Beřkovic navazovat spolupráci s pacienty z oblasti SMI. Ke spolupráci byli pacienti „vytipováni“ PN a týmy si často vybírali „vhodné“ pacienty. Takto nastaveným systémem prošlo velké množství pacientů, kteří již dnes žijí v reálném životě.

V posledních 3 letech se systém spolupráce změnil. Máme k dispozici anonymní cenzy o pacientech hospitalizovaných v PN Horní Beřkovic. Týmy pracují již se všemi pacienty/klienty, kteří samozřejmě ke spolupráci udělí souhlas. Do spolupráce je zapojeno centrum duševního zdraví, které je bránou, gate keepingem, pro vstup do systému služeb bydlení. Služby bydlení jsou organizované jako celistvý model, který není nějak vyčleněn a je součástí celého procesu multidisciplinární spolupráce. Model praktikujeme již několik let a osvědčil se. Dovoluje nám využívat celé rozpětí služeb a pokrývá potřeby klientů. Co vnímáme, je, že case management je zásadní pro to, aby klient, který vstupuje do systému péče, měl jednoho člověka a ten ho provázel celým procesem. I služby bydlení procházejí transformací a přizpůsobují se potřebám a novým situacím. V dnešní době se ukazuje, že se tyto potřeby a kompetence mění oproti tomu, jak to bývalo dříve. Dříve chráněná bydlení fungovala víc nácvikovým, tzv. průchodným způsobem. Dnes se ukazuje, že je nutné více pracovat na tom, jak zvládat některé životní situace, jak pracovat se stresem, jak pracovat se samotou, se zvládáním krize, která je způsobena tím, že najednou člověk, který opustil léčebnu, zažívá to, že má volný čas, má spoustu nových podnětů, které na něj nějak působí, a on se s nimi musí nějak vyrovnávat. Utváříme s klientem společný plán podpory, osobní plán a plán včasných varovných příznaků. Co je důležité říci, že všechny materiály jsou „živé“.





- Motivace rodiny a blízkých k zapojení do rodičovských skupin
- Cíle chráněného bydlení – zvyšování kompetencí, přebírání odpovědnosti, práce s riziky, přenesení funkčního systému podpory (Case management, zdravotní služby, pečovatelské služby, adiktologické služby aj.)

Jako opravdu důležité vidíme plán včasných varovných příznaků. Do vyjednávání, přemýšlení a vytváření plánu je zapojena rodina. Cílem chráněného bydlení je zvyšování kompetencí, snažíme se, aby lidé pracovali s krizí, naučili se přebírat odpovědnost sami za sebe, za své činy a pracovali s riziky. Odkládáme se od modelu pečovatelského a zaměřujeme se na model recovery, kde je jedním z hlavních cílů přebírání zodpovědnosti za svůj život a hledání nových rolí. Jsme součástí celého systému multidisciplinární spolupráce.

#### **METODICKÁ DOPORUČENÍ:**

- 48. Zapojte do multidisciplinární spolupráce služby bydlení, jsou klíčovými pro rozvoj procesu zotavení u člověka.**
- 49. Plánujte v triádě mezi CDZ, komunitními týmy a týmy bydlení.**
- 50. Proberte a nastavte transparentně roli case manažerů ve chvíli, kdy je klient ve dvou službách.**





## Domov se zvláštním režimem, tým recovery housingu a mobilní tým v Chomutově

# MD spolupráce Fokusu Labe s DZR Krakonoš Vejprty

- DZR Krakonoš je součástí MSSS Vejprty
- Kapacita cca 60 osob, cílová skupina SMI
- Domov prochází změnami – projekt Cesta změny
- Mapování míry potřebné podpory u všech klientů
- Úpravy zařízení – minimalizace ústavních prvků
- Rozdělení do 4 domácností dle míry podpory
- Individualizace péče
- Změna přístupů – recovery
- Rozvoj multidisciplinární spolupráce

Zde je velice stručně popsána multidisciplinární spolupráce s DZR (domov se zvláštním režimem) Krakonoš, který je součástí městských služeb Vejprty. Dříve byla kapacita zařízení 60 osob, v dnešní době je 48 a zaměřují se zde na cílovou skupinu SMI.

Co je velice důležité, že multidisciplinarita přišla do tohoto zařízení v době, kdy prochází velkou změnou, tzv. projektem *Cesta změny*, kde si uvědomují, že je potřeba změnit celý systém, a my tam přicházíme s dalším prvkem a dalším modelem.

Pro nás je důležité, že nám důvěřovali, že jsme odborníci v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, a stali jsme se jejich partnery pro společné vytváření nového systému. Proběhlo mapování všech klientů zařízení.

DZR prošel i velkými vnitřními úpravami, proto se kapacita 60 osob snížila na 48, tak aby klienti mohli žít důstojnějším způsobem. Klienti se rozdělili do čtyř skupin podle toho, jak byli kompetentní a jaká byla vize pro jejich další změnu. Vytvořil se systém individuální péče a vstoupil do toho systém recovery, spočívající v možnosti pracovat s klienty DZR více do hloubky, a rozvinuli jsme multidisciplinární spolupráci.





## System spolupráce s Fokusem Labe

- Pravidelná spolupráce s týmem duševního zdraví Chomutov – 1x týdně na 8 hodin mapování a individuální práce s klienty a pracovníky
- Dle mapování a míry podpory – IP plán (triáda)
- Spolupráce na přípravě přechodu klientů do komunitního chráněného bydlení, IP plány, zkušební pobyty
- Spolupráce u přijímání nových pacientů z PN HB, CM Fokus Labe
- Zapojení do stáží, supervizí (týmové Fokus a Krakonoš), vzdělávání

Tým duševního zdraví Chomutov do Vejprtv jezdí jednou týdně. A s vybranými klienty, kteří rozvíjejí své kompetence k jinému bydlení, naši pracovníci společně se zaměstnanci DZR vytvářejí nový plán podpory tak, aby mohli přejít do podpory chráněného bydlení již v přirozeném prostředí města Chomutova. Spolupráce probíhá intenzivně a ukazuje se jako velice efektivní.

Co se nám podařilo i ve spolupráci s jinými odděleními např. z Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic, bylo, že jsme vstoupili do procesu mapování zájemců o služby DZR Krakonoš a byli jsme přizváni jako case manažeři k celému procesu. Pomohli jsme s mapováním, předali jsme informace a zůstáváme můstkem, který přemostuje komunitní služby s pobytovou službou. Jako cenné vnímáme vzájemnou spolupráci, stáže a supervize a lidský přístup, který nám pomáhá porozumět různým oblastem, které se v péči o duševní zdraví potkávají.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

51. **Zapojte do multidisciplinární spolupráce časem i domovy se zvláštním režimem. My jsme to udělali a daří se nám společně s týmy DZR měnit systém práce.**
52. **Pracujte společně s DZR a i krajem, jako jeho zřizovatelem, na zvýšení „prostupnosti“ pobytové služby.**
53. **Velkým cílem, ale pokuste se o něj, je nalézt pro pobytové služby typu domovů se zvláštním režimem nové role v systému péče. Inspirujte se v domově Rychnov, který prošel celkovou transformací a dnes je moderní pobytovou službou, která má i velký význam v krizové péči.**





## Krajský úřad Ústeckého kraje

- Aktivní spolupráce s Krajským úřadem Ústeckého kraje
  - Zástupci MD součástí Řídícího výboru Strategie reformy psychiatrické péče v ÚK
  - Aktivní přístup Krajského úřadu ÚK při propojování jednotlivých aktérů
- Pokračování v MD dalším projektem Ústeckého kraje
  - Systémový projekt – zajištění dalšího pokračování řízení a koordinace reformy psychiatrické péče v kraji
  - Další rozvoj MD spolupráce pro cílové skupiny: SMI, děti, senioři, lůžková zařízení (DZR, psych. nemocnice)

Co považuji za důležité zmínit na závěr, je, že projektu multidisciplinarity byl velmi nakloněn i Krajský úřad Ústeckého kraje, s kterým probíhá velmi aktivní spolupráce. Zástupci projektu multidisciplinarity jsou součástí Řídícího výboru strategie reformy psychiatrické péče v Ústeckém kraji.

V rámci Ústeckého kraje je velmi aktivní přístup při propojování jednotlivých aktérů reformy a díky tomu zde na reformu a projekt multidisciplinarity bude navazovat další systémový projekt a bude se tak moci realizovat další rozvoj multidisciplinární spolupráce pro cílové skupiny SMI, pro cílovou skupinu dětí, seniorů a pro lůžková zařízení.

### METODICKÁ DOPORUČENÍ:

54. Zajistěte si pokračování aktivit multidisciplinární spolupráce, která je klíčem k novému nastavení komunitního systému péče. Zpracujte projekt, předložte ho na finanční zdroje, nebo pouze plán, který budete realizovat za podpory kraje, nebo se dohodnete v místním profesionálním sektoru. Prostě zajistěte pokračování vašich aktivit. Pokud jste realizovali multidisciplinární spolupráci podle Velké metodiky, máte vytvořené silné zázemí pro její pokračování.
55. Neztrácejte naději... podporujte v týmu vše, co pomáhá týmu neztrácet naději, nám se osvědčilo sdílení dobré praxe.





## Další metodické cíle

- Zvolit podobu a formu společného (klientova/pacientova) plánu
- Integrovat na všech odděleních do práce virtuálního týmu klienta/pacienta
- Vyjednat podobu společného virtuálního prostoru pro flexibilnější domlouvání společných setkání včetně nasdílení potřeby přítomnosti jednotlivých zúčastněných profesí (i externích – zajištění přítomnosti rodiny, blízkého, opatrovníka...)
- Potřeba zaměřit se ještě precizněji na milníky jednotlivých fází (přechod z akutního na následné lůžko, překlady pacientů na jiná oddělení, propouštění...)
- Vzhledem k aktuálnímu stavu akutních lůžek v kraji potřeba stejného propojení i na mimokrajské nemocnice (Kosmonosy, Bohnice)
- Potřeba zapojení svépomocné skupiny a pracovníků v sociálních službách s peer zkušeností
- Zkvalitnit a rozšířit virtuální týmy na další subjekty v systému klienta/pacienta
- Zapojit psychiatrickou léčebnu Petrohrad do nastavení systému MD spolupráce
- Systémově nastavit MD spolupráci v oblasti gerontopsychiatrických pacientů

Vzhledem k tomu, že naše spolupráce už řádně pokročila, tak se nám vynořují nové cíle a výzvy. Mezi základní patří např. zvolit podobu a formu společného klientova plánu, jak to udělat tak, aby plán vždy byl opravdu klienta. Inspirovali jsme se u kolegů z Prahy, kdy nositelem, a to doslovným, tzn. v ruce má plán své úzdravy, je vždy klient a komunitní i zdravotní služba k němu pouze přistupují. Potřebujeme integrovat na všechna oddělení do virtuálních týmů klienta a pacienta. Je to velmi dobrá praxe a je potřeba ji zavést na všechna oddělení. Vyjednávat ještě lepší podobu společného virtuálního prostoru pro flexibilnější domlouvání společných setkání, včetně nasdílení v případě potřeby přítomnosti dalších účastníků, dalších profesí, rodin, opatrovníka a časem i toho individuálního plánu. Potřebujeme se zaměřit na jednotlivé milníky fází při hospitalizaci pacienta, tzn. při přechodu z akutního na následné lůžko či překlady pacientů na jiná oddělení a propouštění. Zapojení i mimokrajských nemocnic, o kterých jsme se již zmínili výše, v Kosmonosech a v Bohnicích, protože i to jsou místa, kam jsou naši klienti převáženi. Potřebujeme zapojit svépomocné skupiny a pracovníky v sociálních službách s peer zkušeností do práce přímo v léčebnách. Zkvalitnit a rozšířit virtuální týmy na další subjekty v systému, tzn. přizývat k virtuálním týmům rodinné příslušníky, sousedy, opatrovníky, blízké osoby. Více zapojit prozatím ne úplně dobře zapojenou psychiatrickou léčebnu v Petrohradě a zaměřit se na práci s cílovou skupinou gerontopsychiatrických pacientů, kde spolupráce ještě není v této fázi.





## Plány a možnosti

- **Virtuální týmy** – podpora malých metodiků při setkávání, budování dobré struktury setkávání, změny myšlení a hodnot
- Setkávání v **triádě** a konkrétní výstupy v podobě **individuálních plánů**
- **Vzdělávání**
- **Stáže**
- **Supervize**
- Virtuální týmy **gerontoddělení** + služby homecare
- Virtuální týmy **adiktooddělení** + terénní služba
- Virtuální týmy pro **osoby s mentálním postižením** + zapojení **DZR**
- 3. úroveň – zapojení a aktivizace prozatím nezapojených stran
- 1. úroveň – **case management v PN**
- Mapování a následná práce s okolnostmi a vlivy na pacienty s tzv. **syndromem otáčivých dveří**
- Práce se sítí a sktrukturou komunitních služeb pro děti s potřebami v oblasti duševního zdraví
- Sjednocení a zapojení se do sběru dat ze strany všech sociálních i zdravotních terénních týmů
- Práce s **potřebami** a **silnými stránkami** osob z jednotlivých cílových skupin
- **Kultura práce** založená **vždy** na zapojení člověka s potřebami v oblasti duševního zdraví – „nic o nás bez nás“

Do budoucna potřebujeme dále podporovat virtuální týmy, ukotvovat a standardizovat změny myšlení a hodnotových přístupů k příběhům lidí s duševním onemocněním. Setkávat se v triádě, standardizovat konkrétní výstupy individuálních plánů, zapojit se do dalších tří aktivit projektu, což je vzdělávání, které s sebou nese prvky „open dialogu“ a CARE, dále pokračovat a prohlubovat vzájemné stážování zaměstnanců všech zapojených multidisciplinárních týmů. A teď, v této době, což je březen roku 2022, zapojit virtuální týmy do společných supervizí. Dále chceme zavést virtuální týmy a zkvalitnit je do takové podoby, jako jsou třeba na oddělení ochranných léčeb na gerontopsychiatrickém oddělení či adiktooddělení a postupně vytvořit virtuální týmy i pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením se zapojením DZR. Určitě je třeba zapojit a aktivizovat prozatím nezapojené strany, více se věnovat case managementu primárních sester v psychiatrických nemocnicích, více se věnovat lidem, kteří se do nemocnic vrací opakovaně, pracovat se sítí a strukturou komunitních služeb pro děti. Pracovat s daty, která z projektu multidisciplinarity vyplývají, a dále se věnovat prohlubování kultury práce v oblasti péče o duševní zdraví.





## Souhrn metodických doporučení

OBSAH – CO	POSTUP – JAK	ODPOVÍDÁ	TERMÍN	MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5
1. Analyzujte potenciál změny všech služeb, které máte ve svém regionu, a zapojte služby s potenciálem ke změně.				
2. Vyjednané dohody zpracujte písemně.				
3. Průběžně realizujte společné aktivity, kde se budou týmy potkávat i v neformálním prostředí, stáže a vzdělávání jsou dobrou možností.				
4. Vytvořte si důstojné prostředí pro práci týmů s pacientem, nepraktikujte „schůzky na chodbě“, snižují bezpečí a smysl práce.				
5. Věnujte čas metodické přípravě týmů.				
6. Do všech schůzek a plánovacích porad, případových vedení a dalších nástrojů zapojte pacienta/klienta. Zvýšíte partnerství, motivaci a efektivitu práce.				
7. Věnujte se všem potřebám s pacientem/klientem.				
8. Využívejte metodické materiály přístupu CARE.				
9. Věnujte pozornost sociálním determinantám duševního onemocnění, rozpracujte je v plánech zotavení.				
10. Věnujte čas porozumění příběhu člověka, který se skrývá za duševním onemocněním.				
11. Setkávejte se ke společné práci virtuálních týmů velmi intenzivně, nejméně 1x týdně je dobrou praxí.				
12. Zaveďte roli case managera jednotlivým profesím v týmu.				



13. Reflektujte měnící se roli case managera směrem k průvodci zotavením. Role case managementu vám umožní stírat hierarchické rozdíly v týmu.				
14. Zavedte práci nad principy zotavení do své praxe, ptejte se sami sebe v týmech, zda naplňujete kritéria práce orientované na zotavení.				
15. Vyvěste si principy zotavení na viditelná místa.				
16. Rozhodnutí na poradách hodnotěte z pozice recovery principů.				
17. Implementujte jasnou kulturu práce „nic o nás bez nás“ i v krizové a akutní fázi onemocnění.				
18. Proveďte audit své organizace, týmu, kde si popíšete, kde všude jednáte <u>s</u> pacientem/klientem anebo <u>bez</u> pacienta/ klienta.				
19. Obdobně udělejte audit ve spolupráci s rodinou a blízkými.				
20. Pracujte s uvědoměním si toho, v jaké fázi zotavení se pacient/klient nachází, každé své rozhodnutí/intervenci posuzujte z hlediska odpovědi na klíčovou otázku ZKOMPETENTŇUJI, nebo BERU KOMPETENCE NA SEBE, tedy „překážím“ v procesu zotavování?				
21. Vytvořte systém zapojení všech segmentů péče: KOMUNITNÍ TÝMY / CDZ – AKUTNÍ VŠEOBECNÉ NEMOCNICE – AKUTNÍ A NÁSLEDNÁ PÉČE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE A LÉČEBNY.				
22. Nastavte pravidelnou spolupráci, její jasná kritéria, frekvenci, role, výstupy.				
23. Vše písemně zformulujte a uzavřete smlouvy o spolupráci.				



24. Ved'te si podrobné údaje/statistiku o propuštěných pacientech, kteří jsou týmy integrováni do běžného života.				
25. Neobsazujte znovu lůžka po pacientech, kteří byli dlouhodobě hospitalizovaní a podařilo se jim nalézt civilní život.				
26. Uvolněná lůžka zakomponujte do transformačních plánů, postupně se tak uvolní celé oddělení a kapacity lidí budou využitelné pro nové multidisciplinární týmy a potřebnou akutní péči.				
27. Udělejte si s komunitními týmy jasný plán na snižování kapacit následných lůžek po pacientech, kteří zde byli dlouhodobě hospitalizovaní a podařilo se je v rámci multidisciplinární spolupráce propustit.				
28. Iniciujte vznik virtuálních týmů mezi CDZ, komunitními týmy a MD adiktologickým týmem.				
29. Zaveďte pravidelnou spolupráci a vznik virtuálních týmů s MD adiktologickým týmem.				
30. Nám pomohla vzájemná podpora CDZ vůči novému MD adiktologickému týmu.				
31. Podívejte se na svůj systém v kraji optikou „silných stránek“, jaké máte všechny služby, jaké plní funkce v systému péče, jaký mají potenciál na změnu.				
32. Vyjednávejte s krajem, ustavte pracovní skupinu pro děti a mladé lidi v ohrožení duševního zdraví, zapojte všechny důležité subjekty, pracujte pravidelně, i když na počátku možná o vaši práci nikdo nebude „stát“ a nikdo z institucí vám ji nezadává.				
33. Plánujete změnu, a to velmi podstatnou změnu, buďte připraveni na odpor, počítejte s ním, i my jsme ho zažili a zažíváme. Vzájemně se podporujte, vyjednávejte vize s rodiči, lidmi, kteří systémem prošli, jednejte transparentně.				



34. Zavedte princip case managementu i pro oblast dětí.				
35. Dejte týmům mentorskou a coaching podporu zkušenějších kolegů, nám se osvědčili zkušenosti kolegů z práce s lidmi s vážným duševním onemocněním.				
36. Zavedte a realizujte pravidelná síťová setkání s dětmi, rodinou a dalšími subjekty v systému.				
37. Zaměřte se v první fázi na následnou péči u dětí hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a na oddělení psychiatrických nemocnic.				
38. Zaměřte se v druhé fázi na preventivní aktivity.				
39. Vytvářejte SYSTÉM v kraji. Zapojte motivované služby, nastavte proces jejich růstu a proměny, vtipujte v každém stotisícovém regionu jednu klíčovou službu a týmy vzájemně propojte a udržujte mezi nimi komunikaci a kooperaci.				
40. Zpracujte si plán s jasnou vizí, kam chcete směřovat v systému péče o duševní zdraví dětí.				
41. Pokud máte, využijte pro vznik týmů zaměstnance z kojeneckých ústavů, my jsme to udělali a osvědčilo se nám to.				
42. V systému je klíčové navázat multidisciplinární spolupráci a ustavit virtuální týmy s akutní a krizovou péčí v systému péče. Vytvořte tedy virtuální týmy CDZ s komunitními týmy a týmy akutních oddělení ve svém kraji. Nastavte pravidelnou spolupráci, ideálně smluvně zakotvenou.				
43. Zasíťujte se s pacienty již při hospitalizaci, provázejte je po dobu hospitalizace, navažte důvěryhodný vztah, provázejte je i při a po propouštění, které společně všichni plánujete.				



44. Vytvořte pracovní skupinu akutní a krizové péče na kraji, kam zapojíte všechny stěžejní subjekty, popíšete funkcionalitu, role v systému, nastavíte multidisciplinární spolupráci a dáte kraji do plánu informace, co v systému chybí.				
45. Zapojte do skupiny k akutní a krizové péči i články IZS, policii, rychlou záchrannou službu, hasiče.				
46. Do multidisciplinární spolupráce zapojte i týmy či case manažery v oblasti zaměstnávání.				
47. Realizujte síťovací setkání při změnách v oblasti zaměstnávání s klientem a jeho rodinou, vyplatilo se nám to v oblasti plánování změn, toho, co kdo může pro změnu udělat, aby se podařila. Snížila se nám tím úzkost a frustrace u rodinných příslušníků, kteří mají často obavu vycházející z prožitých zkušeností, z jakékoliv změny v životě svého blízkého s duševním onemocněním. Strach ze změny následně paralyzuje celý život člověka. Síťovací setkání jsou efektivním prostorem, kde je možné vše vyjednat, změny si vysvětlit a připravit.				
48. Zapojte do multidisciplinární spolupráce služby bydlení, jsou klíčovými pro rozvoj procesu zotavení u člověka.				
49. Plánujte v triádě mezi CDZ, komunitními týmy a týmy bydlení.				
50. Proberte a nastavte transparentně roli case manažerů ve chvíli, kdy je klient ve dvou službách.				
51. Zapojte do multidisciplinární spolupráce časem i domovy se zvláštním režimem. My jsme to udělali a daří se nám společně s týmy DZR měnit systém práce.				
52. Pracujte společně s DZR i krajem, jako jeho zřizovatelem, na zvýšení „prostupnosti“ pobytové služby.				



53. Velkým cílem, ale pokuste se o něj, je nalézt pro pobytové služby typu domovů se zvláštním režimem nové role v systému péče. Inspirujte se v domově Rychnov, který prošel celkovou transformací a dnes je moderní pobytovou službou, která má i velký význam v krizové péči.				
54. Zajistěte si pokračování aktivit multidisciplinární spolupráce, která je klíčem k novému nastavení komunitního systému péče. Zpracujte projekt, předložte ho na finanční zdroje, nebo pouze plán, který budete realizovat za podpory kraje, nebo se dohodnete v místním profesionálním sektoru. Prostě zajistěte pokračování vašich aktivit. Pokud jste realizovali multidisciplinární spolupráci podle Velké metodiky, máte vytvořené silné zázemí pro její pokračování.				
55. Neztrácejte naději... podporujte v týmu vše, co mu pomáhá neztrácet naději, nám se osvědčilo sdílení dobré praxe.				