

Metodika dobré praxe č. 8:

Případová práce a zavádění multidisciplinární spolupráce ve Zlínském kraji



MOTTO:

„Vydej se s důvěrou za svými sny. Žij životem, který sis představoval...”

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. Michaela Urbánková
PhDr. Lenka Krbcová Mašínová
Tomáš Krejčí
Jan Louženský

OBSAH

Tři otázky na úvod...	3
Zavádění multidisciplinární spolupráce ve Zlínském kraji	5
Představení spolupráce multidisciplinárních týmů	7
Multidisciplinární týmy na I. úrovni	10
Virtuální týmy na II. úrovni	13
V síti – multidisciplinární spolupráce na III. úrovni	17
Principy a nástroje spolupráce	19
Výstupy mapování cílových skupin	23
Současné priority multidisciplinární spolupráce	29
Souhrn metodických doporučení	30





Tři otázky na úvod...

... pro metodičku multidisciplinarity Michaelu Urbánkovou

Co je pro vás, Míšo, největší obohacení z práce na projektu multidisciplinarity?

Popravdě jsem si při vstupu do projektu neuměla představit, co všechno mě čeká – každou práci, na kterou kývnu, se snažím dělat na maximum, odpovědně, tak abych viděla její smysl a přínos pro konkrétní lidi nebo procesy. Když se ohlédnu zpětně, vidím za sebou za dva a půl roku spoustu bezesných nocí, pocitů vyčerpání, ochromení pocitem, že změna není možná... ale hlavně spoustu toho, co se povedlo, a vždy mě to nabudilo k tomu sebrat síly a s urputností pokračovat dál. Obohatila jsem se tak poznáním sama sebe, svých zdrojů. Jako původní profesí sociálního pracovníka jsem se obohatila o pro mě nový svět – zdravotnictví. Poznala jsem nová prostředí, nové profese, jiné způsoby uvažování, nové lidi... Nechala jsem se jimi nadchnout, ale zároveň jsem zastávala svůj pohled a své hodnoty. Potvrdila jsem si, že až na výjimky neexistují ani v sociálním, ani zdravotním světě špatní lidé, špatné profese – že jen existuje špatný systém. Ten je potřeba změnit tak, aby v něm mohly všechny profese vykonávat dobrou práci, která podporuje lidi, kteří to potřebují.

Obohatila jsem se o vlastní zkušenost, že je možné dva výše zmíněné světy – sociální a zdravotní – propojit tak, že si vzájemně důvěřují a mají radost ze spolupráce. Obohatila jsem se o nové znalosti, zkušenosti, kontakty, které využívám ve své standardní práci, a mohu je tak předávat dál, ve svém regionu, v naší organizaci.

Poznala jsem nové kouty nejen naší země, ale také Itálie, Walesu, Německa – z této inspirace budu jednak jako metodik, jednak jako běžný turista čerpat roky a roky.

Obohatila jsem se setkáním s lidmi, potkala jsem stovky lidí, lidí s příběhem, ať už v rolích pacienta, pracovníka nemocnice, či komunitních služeb, úřadů, kolegů z reformy... Nejde nenechat se obohatit jejich osobní či profesní zkušeností, nenadchnout se radostí z pokroků, z nově navázaných přátelství. To všechno mi zůstává bez ohledu na konec projektu.

Věřím v hodnotu multidisciplinární spolupráce. Jak se říká: „Kdo chce zapalovat oheň, musí sám hořet.“ Odnáším si dobrý pocit, že jsem udělala maximum pro to být kvalitním zapalovačem.

Vím, že jste člověk systematicky přemýšlející, odvedla jste dle mého názoru gestorky nevídaný kus práce, pomohl v tom systém?

Systém – ať už v jakékoliv sféře bytí – z mého pohledu dává řád, pravidla, mantinely, srozumitelnost, a tím pádem harmonii a bezpečí. Nastavování systému (být třeba jen partnerského, rodinného, pracovního) bývá někdy bolavé a plné nedorozumění, ale dává jasné mantinely, v nichž může vyniknout jedinečnost všech, kteří se v daném systému pohybují. Bez systému vládne chaos. Lidem se v systému nejen lépe žije, ale i lépe pracuje – člověk musí vědět, co a jak má dělat.





Stejně tak jsem se při zavádění multidisciplinárního (MD) přístupu musela opřít o systém, o metodiku, o nové dohody. Vnímám to tak, že celá moje práce v projektu ve Zlínském kraji měla za cíl z náhodnosti a chaosu postavit systém, který je jasně popsán, má jasná pravidla, je závazný a není tím pádem poplatný době, vztahům a nepadá s odchodem lidí či změnou jejich nálady. Věřím, že systém MD spolupráce ve Zlínském kraji, který je většinovou dohodou všech zapojených stran, bude pevným a nosným základem pro vše jedinečné, co se v něm odehraje, i poté, co projekt skončí.

Jste člověk, který silně podporuje případovou práci s klientem, v čem vidíte její stěžejní přínos?

Za svoji dvacetiletou praxi v sociálních a zdravotních službách jsem potkala tisíce lidí, slyšela tisíce příběhů, nikdy nebyl žádný stejný. Nikdy. Duši nelze vměstnat do tabulek a grafů. Proto si neumím představit, že by mohla existovat účinná podpora člověku, který se ocitl v náročné situaci, která by šla plošně uplatnit. Pokud by tomu tak bylo, možná by nám stačilo v prostředí péče o lidi s duševním onemocněním jen pár léčebných plánů dle jednotlivých diagnóz a nebylo by pacientů. Bohužel tomu tak není, a je tak vždy povinností nás pracovníků pomáhajících profesí přiblížit se světu člověka, který naši podporu potřebuje, dívat se na svět jeho očima, jeho zkušenostmi, nabízet naopak zkušenosti naše a našich kolegů z dalších profesí. Společně pak můžeme hledat to, co může být v jeho případě užitečné a využitelné.

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





Zavádění multidisciplinární spolupráce ve Zlínském kraji

Multidisciplinární spolupráce ve Zlínském kraji = v nás,
uvnitř týmů, mezi nimi i v komunitě jako základ podpory
lidí s duševním onemocněním

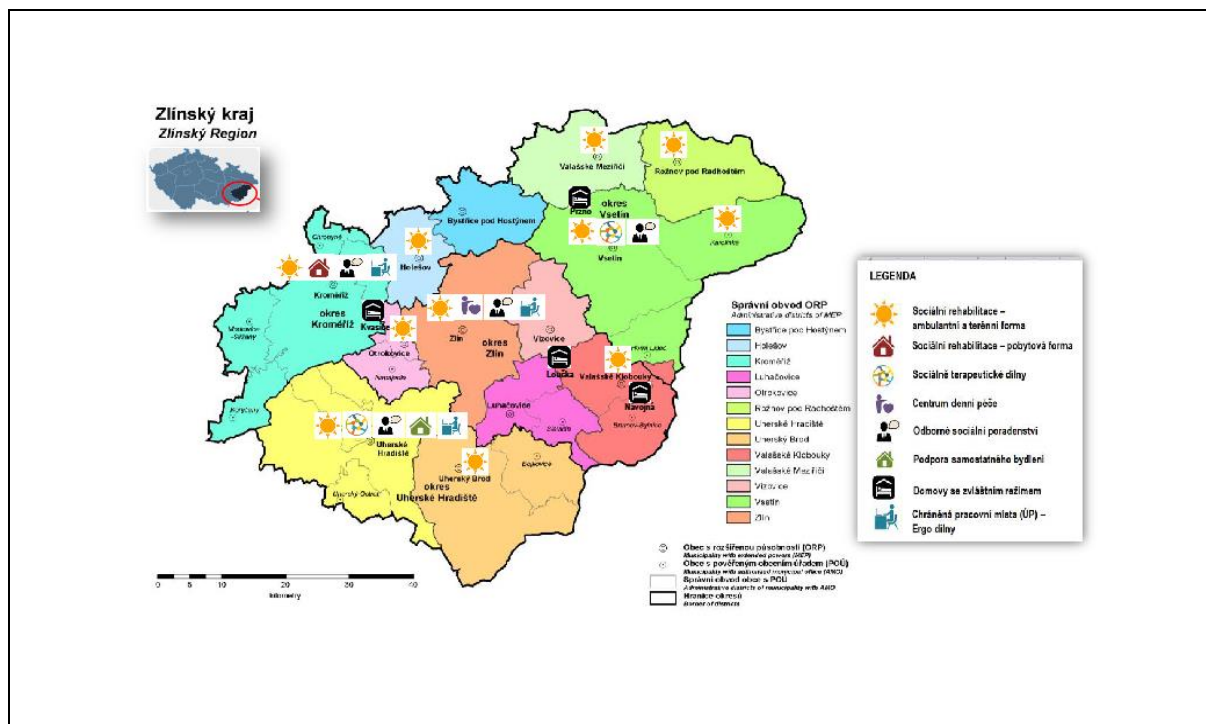
Mgr. Michaela Urbánková
metodik projektu pro Zlínský kraj

Osobně jsem do projektu multidisciplinarity ve Zlínském kraji nastoupila zhruba před dvěma lety – v roce 2019. Spolu se dvěma dalšími kolegyněmi jsme utvořily tým v únoru roku 2020. Tým je složený z velkého metodika a malých metodiků, jedné kolegyně z prostředí Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a kolegyně z komunitních služeb.

Součástí naší práce při zavádění multidisciplinární spolupráce byl krajský koordinátor, ředitel Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kraj, poskytovatelé služeb v oblasti péče o duševní zdraví a později i pobytových služeb.

V metodice vám představíme prostřednictvím příkladu dobré praxe naši cestu





Zlínský kraj patří k nejmenším krajům v republice, vyjma hl. města Prahy je třetím nejmenším. Z hlediska multidisciplinarity je charakteristický tím, že má jednu velkou centrální psychiatrickou nemocnici (v Kroměříži), v každém z okresů již řadu let funguje několik menších komunitních týmů. Před dvěma lety vznikla v rámci reformy dvě centra duševního zdraví (CDZ), jedno přímo v Kroměříži a jedno v Uherském Hradišti.

Jde o kraj, který je opravdu „na okraji“ republiky, a když jsme do něj vstoupili s tématem zavádění multidisciplinarity, bylo to pro většinu aktérů poměrně nové téma.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

1. Věnujte čas přípravě týmů, jejich motivaci, seznámení s postupy při zavádění multidisciplinárního přístupu.
2. Dejte jim k dispozici velkou metodiku multidisciplinární spolupráce.





Představení spolupráce multidisciplinárních týmů

PN Kroměříž	Zapojené týmy	Zlínský kraj
Oddělení: SMI: 1 2 5A 5B 6A 6B 20 2 gerontoddělení dětské oddělení oddělení akutní péče	 	CDZ Kroměříž CDZ Uherské Hradiště CDZ Přerov (Ol. kraj) Horizont Zlín Camino Vsetín Amika Valašské Meziříčí Iskérka Rožnov pod Radhoštěm + Naděje Vsetín + Naděje Zlín + DZR Pržno
Zlínský kraj 57 % Jihomoravský kraj 20 % Olomoucký kraj 17 % Ostatní kraje 6 %		Jihomoravský kraj Piafa Vyškov Práh Hodonín Břeclav

Prvním krokem bylo zapojování týmů do virtuální spolupráce. V rámci Psychiatrické nemocnice (PN) v Kroměříži jsme začali zapojovat do spolupráce v první řadě pacienty z okruhu SMI (závažně duševně nemocní) a zapojili jsme zatím 8 z celkových 30 týmů (oddělení). Specifikem nemocnice v Kroměříži je, že pacienti s diagnózou z okruhu SMI nejsou při příjmu přiděleni na konkrétní oddělení dle diagnózy či spádovosti regionu, ale je zohledňováno jejich přání či předchozí zkušenost, nebo volné lůžko. Z toho důvodu jsou kromě specifických oddělení (dětské, adiktologické atd.) při příjmu umisťováni prakticky po všech odděleních. To znamená, že například pokud je pacient z Uherského Hradiště, tak může být reálně umístěn na některé z 20 různých oddělení. V pilotní fázi jsme potřebovali pracovat jen s některými odděleními, museli jsme proto promyslet, které z těch 30 týmů (oddělení) zapojit do projektu multidisciplinarity. Podle cenzy jsme vytipovali 8 výše uvedených oddělení (týmů). S tím, že jsme v průběhu projektu pracovali i s dvěma gerontologickými a jedním dětským oddělením. V současnosti nastavujeme MD přístup a spolupráci na nově vzniklém akutním oddělení.

PN v Kroměříži je spádová pro 3 kraje – Zlínský (57 %), Jihomoravský (20 %) a Olomoucký (17 %). To samozřejmě komplikuje spolupráci týmů, protože některá CDZ či komunitní týmy mají dojezdovou vzdálenost do nemocnice i více než hodinu. Z toho důvodu jsme do projektu zapojili komunitní týmy ze všech tří spádových krajů. Původně jsme začali se Zlínským krajem, kde jsme měli dvě nově vzniklá CDZ, která se učila pracovat metodicky, nově se v nich nastavovala spolupráce. Dále jsme zapojili do podpory menší týmy z ostatních okresů. Ty dlouhodobě pracovaly především ambulantní formou péče. U nich bylo úkolem projektu pomoci jim metodicky připravit se na spolupráci v terénu i v prostředí psychiatrické nemocnice s touto cílovou skupinou. Naučit se pracovat novými metodikami práce. Máme zapojeny i týmy, které nepracují jenom s pacienty se SMI. Dále v metodice vám vysvětlím proč.

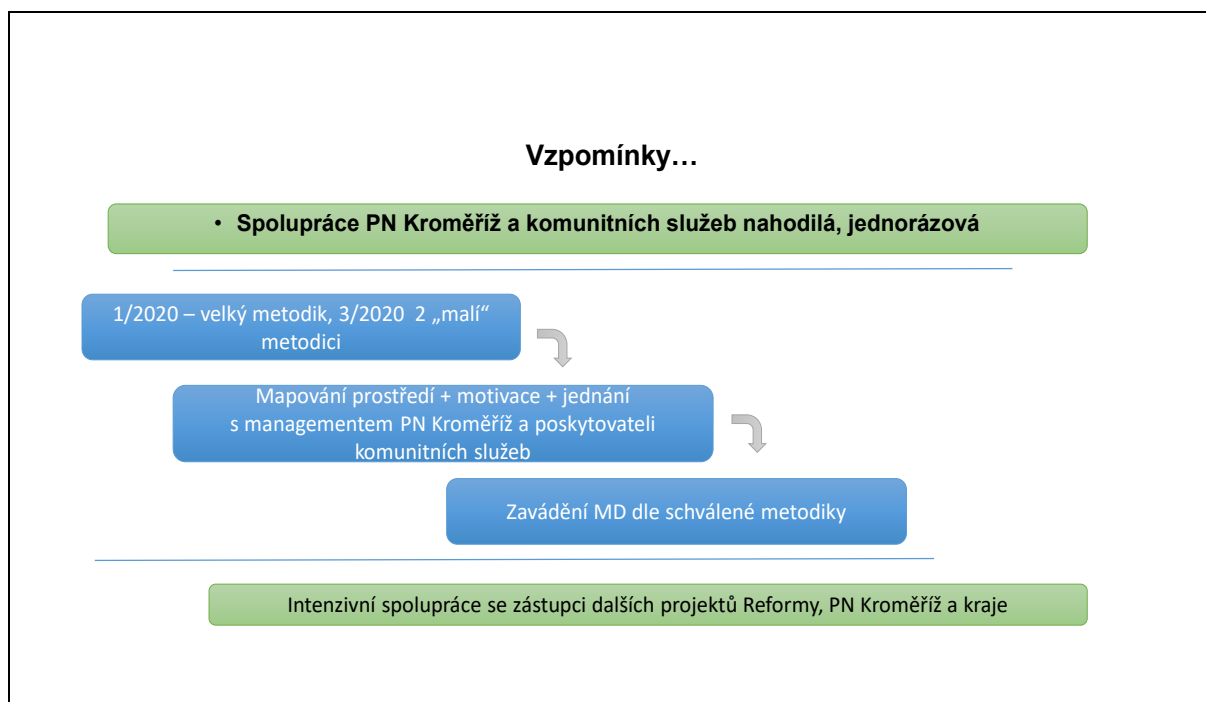




Využili jsme také toho, že máme CDZ v Přerově, které má za sebou dlouhou historii a zkušenost s pacienty z okruhu SMI, a přestože patří do Olomouckého kraje, tak má hodně pacientů právě z kraje kroměřížské nemocnice. Po získání prvních důležitých zkušeností jsme zapojili týmy z Jihomoravského kraje.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

3. Zapojte týmy z celé spádové oblasti psychiatrické nemocnice.



V začátcích při vstupu našeho týmu MD projektu byl Zlínský kraj sice pokryt komunitními službami, ale s velmi nízkou kapacitou pracovníků, kromě dvou CDZ šlo především o malé sociální služby, které pracovaly hlavně ambulantně. Naproti tomu stála jedna velká nemocnice s kapacitou 900 lůžek. Spolupráce nemocnice a služeb probíhala velmi nahodile, v podstatě jednorázově. Zjednodušeně řečeno: zástupci služeb jednou za čas přijeli (např. jednou ročně) do tzv. klubu pacientů, tam krátce představili službu, rozdali letáčky a zase odjeli. Do tohoto prostředí jsme vstoupili. Metodicky jsme vycházeli z velké metodiky – v ní se uvádí, že začít by se mělo 1. úrovní multidisciplinarity, tedy ustavit klíčové sestry a začít navazovat komunitní služby. My jsme se ale po zmapování situace v nemocnici a ve službách rozhodli, že na to půjdeme trochu jinak. Že bychom se totiž na té I. úrovni možná rychle „zasekli“. A tak jsme na to zkusili jít přes II. úroveň. A to tak, že jsme z té nahodilé spolupráce mezi komunitními týmy a nemocnicí začali tvořit systém. Vycházeli jsme z předpokladu, že když si s námi všichni zažijí dobrou praxi u konkrétních pacientů, budou mít větší motivaci měnit i struktury uvnitř nemocnice. Dnes můžeme říci, že se to opravdu stalo a zavádění procesů MD spolupráce na I. úrovni uvnitř PN je něco, co nás v rámci projektu bude teď dál čekat, a myslíme si, že už jsme na to dneska připraveni.





Každé prostředí je jiné a pro nás bylo důležité ho dobře zmapovat. Hodně jsme se proto potkávali s vedením psychiatrické nemocnice, potřebovali jsme namotivovat ředitele a další osoby, abychom mohli začít se změnami. Zároveň jsme potřebovali namotivovat i ředitele poskytovatelů komunitních služeb. Přesvědčit je, že je dobré měnit určité zaběhlé metodiky a posouvat spolupráci dál. A také jsme potřebovali namotivovat krajský úřad, aby se i tam změnily některé postupy, aby vůbec komunitním službám umožnil do nemocnice takto intenzivně jezdit. Je třeba zdůraznit, že jsme na to nebyli jenom tři v

rámcí projektu multidisciplinarity. Co si myslím, že byl jeden z klíčů k našemu dílčímu úspěchu, byla spolupráce všech zástupců reformy, tedy krajského koordinátora, garanta sociální oblasti, transformační specialistiky, zapojili jsme i zástupce sociálního odboru Zlínského kraje a dalších do opravdu společného plánování.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

4. Vytvořte plán, který povede od nahodilosti k domluvenému systému a řádu.





Multidisciplinární týmy na I. úrovni

MD I. úrovně – spolupráce uvnitř týmů

- **mapování** příležitostí, potřeb a překážek
- orientace na **zotavení** – naděje, zplnomocňování, odpovědnost za sebe sama, životní role, přání klienta, silné stránky
- metodická **podpora**
- **vzdělávání** v práci s nástroji CARE (+workshopy, webináře)

CDZ a komunitní týmy

- řešení kapacit, kompetencí uvnitř týmu
- role týmů v regionu – spolupráce
- změny metodik
- posun služeb z ambulance do terénu
- změna cílové skupiny – lidé s potřebou vyšší podpory

PN Kroměříž

- změna chodu oddělení
- přerozdělení kompetencí, klíčové sestry
- individuální plánování
- vznikající akutní oddělení – nastavení MD principů od začátku
- zapojení dětského a gerontooddělení

V rámci I. úrovně jsme s komunitními týmy spolupracovali hodně na tom, aby mohly rozšířit své kapacity, aby disponovaly lidmi, kteří budou do nemocnice jezdit. Podařilo se nám, že nás krajský úřad začlenil jako poradní orgán při plánování rozšíření a kapacity sítě služeb. I díky tomu byly některé malinké týmy kapacitně posíleny, aby mohly multidisciplinární spolupráci v nemocnici vykonávat.

Když to porovnáme s odstupem roku a půl, tak na začátku týmy pracovaly přibližně z 80 % ambulantně a z 20 % v terénu a postupem času se tato situace prakticky téměř obrátila, přičemž v současnosti pracovníci některých týmů tráví třeba čtvrtinu času opravdu v nemocnici, a to je pro ně velká zátěž. Zároveň bylo potřeba komunitní týmy naučit pracovat s pacienty v akutní fázi onemocnění, na což nebyly zvyklí, dělaly spíše takovou tu návaznou péči. Musely si projít vzděláváním, i my jsme pro ně zorganizovali nějaké workshopy a webináře v nástroji CARE. Zaměřeny byly především na sdílení vlastní zkušenosti, na práci s nástroji CARE a podařilo se nám namotivovat služby, aby si zakoupily společné vzdělávání v CARE, což bych také zdůraznila jako příklad dobré praxe – že se ředitelé domluvili, vyčlenili finance a zaplatili společné vzdělávání.

Co se týká nemocnice v Kroměříži, tak zde bylo zapotřebí vůbec ozvučit myšlenku individuálního plánování. Pořád ale existují velké rezervy, jak používat např. nástroje metodiky CARE, jak využít potenciál, že každý v týmu vidí daného jedince z trochu jiného úhlu pohledu, že komunitní služby ho znají, jak funguje, když je mu dobře, a naopak nemocnice s ním prožije akutní fázi nemoci, krizi. Takže to je něco, čemu se snažíme věnovat a k čemu nám pomáhají i pravidelná setkávání virtuálních týmů.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

5. **Začněte příklady dobré praxe tak, aby lidé uvěřili, že má zavádění MD spolupráce praktický dopad na životy pacientů.**
6. **Zapojte vrcholový management do všech procesů MD.**
7. **Nastavte procesy individuálního plánování zotavení (využijte metodu CARE).**





Harmonogram setkávání virtuálních týmů 2021

Středa
každý sudý
týden

pozn: státní svátek středa
17. listopadu

Středa
každý lichý
týden

CDZ Krom.
UH

CDZ
Přerov

okr.
Hodonín

9:00-9:20	6B	2	6A	5B
9:20-9:40	5B	6B	2	6A
9:40-10:00	6A	5B	6B	2
10:00-10:20	2	6A	5B	6B

12:00-12:20	12A	13B	5A	1
12:20-12:40	1	12A	13B	5A
12:40-13:00	5A	1	12A	13B
13:00-13:20	13B	5A	1	12A

Camino

Vyškov

Horizont
Zlín

Břeclav

9:00-9:20	6B	2	6A	5B
9:20-9:40	5B	6B	2	6A
9:40-10:00	6A	5B	6B	2
10:00-10:20	2	6A	5B	6B

12:00-12:20	12A	13B	5A	1
12:20-12:40	1	12A	13B	5A
12:40-13:00	5A	1	12A	13B
13:00-13:20	13B	5A	1	12A

Harmonogram setkávání virtuálních týmů je pravidelný a má jasný řád.

Virtuální týmy se setkávají každých 14 dní ve středu. Jednou za 14 dní jezdí do nemocnice CDZ a jednou za 14 dní jezdí ostatní komunitní týmy. Dle metodiky MD jsme se snažili frekvenci zintenzivnit na 1x týdně, bohužel se to kvůli aktuálním personálním a časovým kapacitám týmů nepodařilo. Stále řešíme problematiku nešťastně nastaveného vykazování intervencí sociálních služeb.

Na druhou stranu se ukázalo, že pokud je systém setkávání virtuálních týmů nastaven efektivně – a když jsme zavedli i nějaké podpůrné nástroje, jak to dělat –, tak porady virtuálních týmů vlastně nemusí být vůbec dlouhé.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

8. Zapojujte kraj a obce do reálných potřeb pacientů, nemluvte o službách, ale o potřebách.
9. Dávejte reálné podklady s potřebami pacientů krajskému úřadu.
10. Podporujte posilování rozvoje sítě komunitních týmů a CDZ validními informacemi u cenzů psychiatrických nemocnic.
11. Nastavte řád v pravidelných poradách, zapojujte do nich pacienty samotné, minimalizujte porady bez pacientů.
12. Frekvenci porad doporučujeme 1x týdně.





Délka pobytu	Okres	ORP	Věková skupina	Diag. okruh	Pohlaví	OL v hosp.	Oddělení	Číslo chorobopisu dnů	Počet oš.	Více hosp.	OL	OL SMI	SMI	dlouh. SMI
1. do 7 dní	Kroměříž	Bystřice pod Hostýnem	4. 18 - 64 let	F4 (bez F42)	žena	ne	11A	'03698/2021'	4					
1. do 7 dní	Kroměříž	Holešov	4. 18 - 64 let	F2	žena	ne	5B	'03755/2021'	1					1
1. do 7 dní	Kroměříž	Holešov	4. 18 - 64 let	F32-F33	žena	ne	11A	'03667/2021'	7					
1. do 7 dní	Kroměříž	Kroměříž	4. 18 - 64 let	F2	žena	ne	11B	'03734/2021'	2					2
1. do 7 dní	Kroměříž	Kroměříž	4. 18 - 64 let	F4 (bez F42)	žena	ne	4A - interní oddělení	'03744/2021'	1					
1. do 7 dní	Uherské Hradiště	Uherské Hradiště	3. 15 - 17 let	F2	muž	ne	Dětské odd. 1'	'03725/2021'	2					3
1. do 7 dní	Uherské Hradiště	Uherské Hradiště	4. 18 - 64 let	F32-F33	žena	ne	18A	'03707/2021'	3					
1. do 7 dní	Uherské Hradiště	Uherské Hradiště	4. 18 - 64 let	F4 (bez F42)	muž	ne	11A	'03711/2021'	3					
1. do 7 dní	Vsetín	Rožnov pod Radhoštěm	4. 18 - 64 let	F2	žena	ne	5A	'03677/2021'	6					4
1. do 7 dní	Vsetín	Valašské Meziříčí	4. 18 - 64 let	F4 (bez F42)	muž	ne	11A	'03691/2021'	4					
1. do 7 dní	Vsetín	Vsetín	3. 15 - 17 let	F60-F61	žena	ne	20	'03727/2021'	2					5
1. do 7 dní	Vsetín	Vsetín	4. 18 - 64 let	F2	žena	ne	11B	'03731/2021'	2					6
1. do 7 dní	Vsetín	Vsetín	4. 18 - 64 let	F32-F33	muž	ne	6B	'03706/2021'	3					
1. do 7 dní	Zlín	Otrokovice	4. 18 - 64 let	F2	muž	ne	6A	'03661/2021'	7					7
2. 8 - 14 dní	Kroměříž	Holešov	4. 18 - 64 let	F2	muž	ne	11A	'03608/2021'	10					8

Ukázka jednoho z usnadňujících nástrojů

Pracujeme velmi intenzivně s cenzy, a to tak, že každý týden dostane každý tým připravenou soupisku všech pacientů z regionu, který zastupuje, vyfiltrování jsou také dle obcí, diagnózy či jednotlivých oddělení. K identifikaci využíváme číslo chorobopisu tak, abychom zachovali anonymitu pacientů, ale zároveň usnadnili identifikaci. To znamená, že každý tým se může na setkání virtuálního týmu předem připravit. Přesně tedy ví, koho má nového na kterém oddělení. A to samozřejmě platí i obráceně, tzn. soupisku mají k dispozici i pracovníci oddělení. Tímto se odbouralo časově náročné hledání, kdo je vlastně na oddělení nový, aby o něm byla předána informace do týmů. Zároveň je tímto zajištěno, že nikdo nepropadá systémem či není propouštěn bez spolupráce s komunitní službou.

Velmi se nám také osvědčilo nastavení pravidla, že na setkání virtuálních týmů jezdí pravidelně pořád ti stejní pracovníci ze služeb (dobrá praxe je, že je to obvykle kombinace sociálního pracovníka a zdravotní sestry z týmu, či peer pracovníka). Ti se také dopředu ve svých týmech připravují na střední virtuální poradou v nemocnici. Takže by se nemělo stávat, že pracovník, který přijíždí na oddělení, neví o daném klientovi třeba nic, protože není jeho klíčovým pracovníkem.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 13. Pracujte pravidelně s cenzy z psychiatrických nemocnic, dopravte anonymní informace komunitním týmům a CDZ.**
- 14. Stabilizujte pracovníky, kteří se pravidelně setkávají na poradách virtuálních týmů, předem je připravte na program a znalost pacientů/klientů.**
- 15. Zapojte do MD práce peer konzultanty a lidi se zkušeností s duševním onemocněním.**





Virtuální týmy na II. úrovni

MD II. úrovně – setkávání virtuálních týmů

dle harmonogramu: všechny týmy 1x 14 dní

Funkce porady:

- předávání informací
- koordinace a organizování podpory ohledně nových pacientů, již navázaných pacientů
- ustavení klíčových pracovníků
- zpětná vazba k propuštěným pacientům
- sladění hodnot a jazyka
- příprava smluv o spolupráci
- reporting

Nejde o plánování péče bez pacienta!

Triáda: aktivní zapojení pacienta a sítě

Nástroje CARE

Životní příběh jako téma kazuistických workshopů

**Potřeba realizace stáží, společného vzdělávání a supervizi –
sladování hodnot, jazyka, přístupu**

Na setkání virtuálních týmů se snažíme, aby se pracovníci věnovali hlavně organizaci péče kolem pacienta. Aby se stanovilo, kdo je jeho klíčový pracovník jak z komunitní služby, tak ideálně z oddělení. Kdo má nejvíce informací o pacientovi v nemocnici, aby se domluvilo, kdy pracovníci komunitních týmů za pacientem přijdou a kdy se na něj tzv. navážou.

V době covidu, když do nemocnic nemohly služby tak intenzivně jezdit, jsme si dělali statistiku, kolik jsme za poslední tři měsíce navázali pacientů. Tehdy to bylo asi 150 pacientů za tři měsíce. Když jsme si pak provedli statistiku z devíti měsíců čistého času fungování virtuálních týmů v rámci projektu, tak jsme se pohybovali kolem 400 navázaných pacientů celkem na komunitní služby a CDZ, což považujeme za výborný výsledek, a myslím, že už si mohly obě strany ověřit, že takto systém dobře funguje.

Kromě setkání virtuálních týmů využíváme systém případové práce, kazuistické workshopy a podpory „life koučingu“. Ten jsme využili zejména v době covidu, kdy bylo všechno zavřené a my jsme se tak mohli potkávat často pouze online. Zapojili jsme jak oddělení, tak komunitní služby, pobytové služby, zapojili jsme opatrovníka nebo příbuzného pacienta, ale i třeba člena obce, do níž se měl pacient vracet. Díky případové práci a kazuistickým workshopům se nám podařilo propustit z nemocnice pacienty, kteří měli nařízenou ústavní ochrannou léčbu, kterou se po dohodě všech stran a společném plánování s pacientem podařilo změnit na ambulantní léčbu a pacienty bezpečně propustit.

Příklad dobré praxe: Kolegyně měla v pobytové službě v chráněném bydlení člověka, který má násilnou trestnou minulost. Ten by bez projektu multidisciplinarity zůstal v nemocnici na dlouhé roky. Po společném setkání všech stran a dohodách jak nemocnice, tak chráněného bydlení, obce, ze které pocházel, jakož i CDZ, a po nastavení jasných parametrů toho, jak má podpora v komunitě vypadat, se podařilo pacienta nejen propustit do chráněného bydlení, ale po několika dalších měsících už je plánovaná – opět ve spolupráci obce a dvou terénních týmů – podpora toho, aby mohl žít v civilním bydlení. Kazuistické workshopy jako nástroj společného přemýšlení a plánování nám v tom byly velkou oporou.





PŘÍNOS PRO PACIENTY I PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL

- **Pacienti:** Naděje na změnu k lepšímu.
Pocit, že se o ně někdo zajímá.
- **Personál:** Pocit, že nejsou na řešení problémů pacienta sami.
Pocit, že jsou za svou práci oceňováni.

V nemocnici se mají lidé léčit, a ne žít.

Když jsme se zeptali ředitele nemocnice v Kroměříži, jaký má přínos multidisciplinarita z jeho pohledu pro nemocnici, tak odpověděl, že pro pacienty je to nějaká naděje na změnu k lepšímu, že mají pocit, že se o ně někdo zajímá. Kvitoval, že tam služby pravidelně jezdí.

Z pohledu personálu podtrhl pro nás překvapivé zjištění, že jim multidisciplinarita dodává pocit, že na to najednou nejsou sami, že byli velmi zahlceni pocitem odpovědnosti za to, co vlastně s pacientem bude, až opustí zdi nemocnice. A také pocit, že vzájemně s komunitními službami poznávají svou práci, že jsou za svoji práci také oceňováni – že i lidé zvenku vidí, co mají pracovníci nemocnice na starosti, co vše a s jakým nasazením dělají. A zároveň obráceně poznávají vysokou profesionalitu práce komunitních služeb. To samozřejmě není jenom o tom, že se setkávají, ale znají se vzájemně, znají svou práci a obě strany už víc ví, co od sebe mohou čekat, a možná se i dokážou vzájemně ocenit.

Jako motto často využíváme citaci vedoucí sociálního odboru Zlínského kraje: „V nemocnici se mají lidé léčit, a ne tam žít.“ V tomto duchu jsme se tak začali zabývat problematikou dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, tzn. těch, kteří jsou v nemocnici déle než půl roku. Ve spolupráci kraje, nemocnice a komunitních služeb jsme začali společně mapovat potřeby těchto pacientů, kteří v nemocnici v podstatě žijí. Shodu na tom, že toto ve Zlínském kraji nechceme a musíme s tím něco dělat, považuji za velký úspěch společného úsilí.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

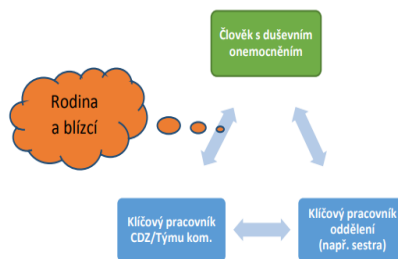
16. Realizujte systém případové práce, organizujte kazuistické workshopy.
17. Využívejte přístup live coachingu.
18. Oceňujte se navzájem, sdílejte pravidelně úspěchy a příklady dobré praxe mezi sebou.
19. Vezměte do MD spolupráce i tzv. nepropustitelné pacienty, zapojte do MD práce kraj.



Triáda Individuální plánování s pacientem

- aktivní zapojení klienta – plány zotavení založené na principech zotavení
- přístup k totožným informacím – všichni
- **princip: nic o pacientovi bez něj**

- využívání jednotných **nástrojů CARE**
 - ✓ osobní profil
 - ✓ osobní plán
 - ✓ přehled osobních preferencí
 - ✓ plán osobní podpory
 - ✓ plán včasných varovných příznaků



Kromě zmíněného střeďného setkávání virtuálních týmů se snažíme o to, aby probíhalo i intenzivní plánování v tzv. triádě. Tedy společné setkání pacienta a klíčového pracovníka jak z komunitních služeb, tak z oddělení. Motivujeme je k tomu, aby ke společnému plánování využívali nástroje metodiky CARE. Má to samozřejmě ještě spoustu svých limitů, nový způsob přemýšlení je těžký nejen pro pracovníky v nemocnici, ale i pro zástupce komunitních služeb. Ani po měsících využívání těchto nástrojů stále nejsou všichni pracovníci motivováni a plně vybaveni znalostmi, a určitě je pořád kam to posouvat dál. Společné vzdělávání vnímám jako jeden z důležitých nástrojů podpory.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

20. Plánujte v triádě, spolu s pacientem/klientem.
21. Zavádějte nástroje metody CARE systémově na všech úrovních spolupráce.
22. Plánujte zotavení člověka s duševním onemocněním, nikoliv „plány přechodu“.
23. Realizujte společně vzdělávání týmů intramurálních a extramurálních.

[illegible]

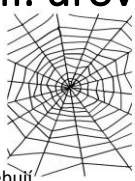
16

V síti – multidisciplinární spolupráce na III. úrovni

V síti – III. úroveň MD

Význam pevné sítě služeb

- Není možné propadnout – podpora všem, kdo pomoc potřebují (cenzy)
- Každá služba je důležitá a v síti má své místo – není „buď a nebo“
- Podpora spolupráce, ne konkurence
- Ne vytváření jedné velké služby, ale spolupráce stávajících a nových služeb
- Využití historie, zkušeností



CDZ a ostatní služby v síti

- CDZ jako vstupní brána síťování a konzultant v komunitě
- Na CDZ musí navazovat další služby – prostupnost CDZ
- Ostatní služby:
 - Komunitní týmy – pro lidi s potřebou podpory jen v sociální oblasti; pro ostatní cílové skupiny
 - Týmy bydlení (různé formy pobytových či terénních služeb)
 - Týmy zaměstnávání
 - Pečovatelská služba
 - Služby homecare
 - atd.

Na třetí úrovni multidisciplinarity bych ráda zmínila, co se podařilo a co si myslím, že je opravdu důležité, a to vytvoření pevné sítě služeb pro propuštěné pacienty. Tak, aby jí nebylo možné propadnout. A také to, že každá služba má v komunitě své místo a je důležitá.

V některých regionech jsme naráželi na to, že jsme měli několik služeb sociální rehabilitace pro stejnou cílovou skupinu. Například v okrese Vsetín dokonce tři služby sociální rehabilitace, které se překrývaly v regionální působnosti i v cílové skupině, v okrese Kroměříž dvě služby. U některých služeb byla zpočátku cítit obava z konkurence, z toho, že nebudou mít dostatek klientů, a tím podporu donátorů. Nebylo jasné, kdo si jaké pacienty bude z nemocnice přebírat. Na tento problém jsme se proto soustředili a právě například v okrese Vsetín jsme využili velmi proaktivního nastavení pro spolupráci všech aktérů. Nejdřív jsme v tříměsíčním pilotním období navázali na nemocnici v Kroměříži všechny tři služby. Říkali jsme si, pojďme to na časově omezenou dobu zkusit a pak se pojďme znova všichni sejít a říct si, co se osvědčilo, co se neosvědčilo a jak to změním. Po třech měsících jsme situaci společně vyhodnotili jako neefektivní – zatěžuje i oddělení v nemocnici i jednotlivé komunitní služby, a domluvili jsme si společně jednoho tzv. gate keepera za region, který do nemocnice jezdí na setkání virtuálních týmů a má zodpovědnost za navázání se na všechny pacienty z regionu. Zároveň jsme týmům pomohli pojmenovat, jaké nástroje budou využívat pro spolupráci mezi sebou. Výsledkem bylo, že za okres Vsetín do nemocnice jezdí služba Camino, která zároveň byla posílena o úvazky, aby zvládala tuto roli. Komunitní služby pak mají společné porady, obdobné virtuálním týmům v nemocnici, na nichž se domlouvají, se kterou ze tří služeb bude daný pacient spolupracovat. Tento způsob je výhodný i pro nemocnici, protože do ní jezdí jedna stálá osoba či dvojice a sociální pracovníce. Nemocnice tak nemusí dohledávat, který tým má ohledně kterého pacienta oslovit. Komunikuje s jednou službou a ty si informace potom předávají dál.

V Kroměříži zase mohu uvést jiný příklad dobré praxe – spolupráce služby terénní a pobytové sociální rehabilitace Zahrada a CDZ Kroměříž. Mezi službami opakovaně vznikaly třecí plochy, nebyla vyjasněná jejich role a spolupráce, ze které by těžil společný klient. Pro služby bylo třeba vytvořit a facilitovat prostor, v němž se pojmenovalo, jak se budou předávat informace, jak budou spolupracovat a jaké k



tomu budou používat nástroje. Ustanovil se také systém společných porad. Společné úsilí, nastavení pro změnu obou služeb a podpora ze strany metodiků MD se osvědčily, v současné době je radost sledovat společnou práci obou týmů. Udělali velký kus práce.

METODICKÁ DOPORUČENÍ vzešlá z dobré praxe:

- 26. Zpřehledněte si kompetence a role, vyjednejte možné změny.**
- 27. Vytvořte roli gate keepera v systému, což lze přirovnat ke vstupní a výstupní bráně do systému lůžkové péče.**





Principy a nástroje spolupráce

Principy spolupráce

- Jasně vymezení:
 - role služby
 - kompetence
 - cílová skupina
 - region
- Case management – 1 klíčový pracovník pro klienta – koordinuje péči kolem klienta, je mu průvodcem
- Souběh služeb – ne předávání klientů mezi dveřmi

Aktivní zapojení klienta – „nic o něm bez něj“

Kromě vymezení pozice jednotlivých služeb ve stejném regionu je také třeba zdůraznit „case management“ jako hlavní nástroj spolupráce a podpory pro klienta. Je žádoucí, aby mohl klient čerpat tolik služeb, kolik potřebuje k naplnění svých potřeb, ale zároveň je nutné, aby tyto služby byly vzájemně koordinovány. Je proto důležité, aby byl vzájemně mezi službami uznáván princip klíčového pracovníka jako koordinátora péče kolem společného klienta, pracovníka, který má přehled o všech návazných službách a je klientovi jeho průvodcem. Obvykle tuto roli plní pracovník CDZ či komunitní služby, která má tuto roli v regionu s ostatními službami domluvenou.

Co opravdu zdůrazňujeme, a to i ve vztahu ke kraji, je potřebnost souběhu služeb. Je zapotřebí často vysvětlovat, že člověk nemusí použít v jednom čase pouze jednu službu. Že při přechodu a předání pacienta z jedné služby do druhé je nutné, aby podpora probíhala společně a souběžně. Aby si mohly výkony a intervence u konkrétního člověka vykazovat například obě služby. Je to stejné jako v případě nemocnice, kdy k předání nedochází v momentě propouštění pacienta, ale po nějakou dobu probíhá souběh služeb. A totéž se děje u komunitních služeb, tedy pokud máme člověka v CDZ a potom má být předán do návazné služby, je zřejmé, že to není předání „mezi dveřmi“, ale že zde musí být souběh a profesionální práce.





Nástroje spolupráce

- Spolupráce celé komunity a obce – pravidelná setkávání
- Role 1 CM – koordinuje péči kolem klienta, nese životní příběh
- Společné porady
- Společné nástroje – CArE
- Spolupráce v triádě – souběh služeb
- Stáže, supervize
- Osobní vztahy
- Smlouvy o spolupráci
- Kazuistické semináře – life coaching – příklady dobré praxe



Dobře nastavený systém spolupracující sítě = srozumitelná a maximální
podpora pro klienta

Nástroje spolupráce, které používáme

My se aktuálně nacházíme v procesu uzavírání smluv nejen ohledně spolupráce mezi nemocnicí a jednotlivými komunitními službami, ale rovněž pracujeme na návrhu smluv o spolupráci na III. úrovni. Tzn. aby i komunitní služby mezi sebou měly spolupráci vydefinovanou a sepsanou, aby měly pojmenované nástroje, které společně využívají.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

28. Zaveďte princip case managementu do vašich týmů a MD práce.
29. Sdílejte péči a navazujte bezpečný vztah již při hospitalizaci pacienta v lůžkové péči.
30. Vyjednávejte tento přístup s představiteli kraje, ať ho pochopí a přijmou.
31. Spolupráci formalizujte do vzájemných dohod o spolupráci.





Potřeby lidí jako hlavní zdroj plánování od potřeby ke službám

„V nemocnici se mají pacienti léčit, ne žít.“

**Mapování potřeb VŠECH dlouhodobě hospitalizovaných pacientů PN Kroměříž
Nastavení systému, který negeneruje nové dlouhodobé pacienty**

Dialog: pravidelná setkávání – PN Kroměříž, zástupci Reformy, poskytovatelé, kraje

Zlínský a Jihomoravský kraj – výstupy promítnuté do plánů krajů – modelace, propojení plánů kraje
a transformačního plánu nemocnice

Zapojení všech oddělení – vytvoření tzv. **mapy dle typu potřeb** – cca 150 pacientů (71 ze ZK, cca 40 JM)

ZK – pacienti se zkušeností se: **SMI, závislostí, demencí, mentálním postižením s poruchami chování**

Zapojení komunitních služeb včetně pobytových služeb

Plány zotavení: nástroje CARE + specifické mapovací nástroje potřeb u ostatních cílových skupin

I po čase intenzivního zavádění MD spolupráce nám někteří pacienti stále v psychiatrické nemocnici zůstávají.

Po dohodě s gestory, ředitelem nemocnice a zástupci kraje jsme se dohodli, že se podíváme na to, proč nám lidé v nemocnici dlouhodobě žijí. Přistoupíme k problému systémově. Tedy nebudeme vybírat, který pacient je nebo není vhodný k propuštění, ale budeme pracovat se všemi dlouhodobě hospitalizovanými pacienty v PN Kroměříž, průřezově všemi cílovými skupinami. K tomu jsme potřebovali systémově zapojit spádové kraje PN Kroměříž.

Začali jsme primárně se Zlínským krajem. Cílem bylo provázat transformační plán psychiatrické nemocnice s plánem sítě Zlínského kraje za využití našeho projektu multidisciplinarity a týmů, se kterými pracujeme.

Požádali jsme nejdříve nemocnici, aby ze svého úhlu pohledu popsali, proč u nich tito pacienti jsou a co ti lidé podle nich potřebují, s tím, že my k tomu následně dodáme pohled komunitních služeb.

Skutečností je, že v kroměřížské nemocnici není dlouhodobě hospitalizovaných pacientů většina (z celkového počtu skoro 900 pacientů je to 100 až 150 pacientů, přičemž zhruba 70 je ze Zlínského kraje).

Opět jsme pracovali s cenzy – definovali jsme si, že mezi dlouhodobě hospitalizovanými máme pacienty z okruhu SMI, pacienty z okruhu potíží se závislostmi a potom pacienty, kteří žijí s demencí, a pacienty, kteří mají mentální postižení doprovázené poruchami chování, které jsou důvodem, proč tam tak dlouho zůstávají.

Ve spolupráci se Zlínským krajem jsme k mapování využili dovednosti komunitních služeb, a to nejen již zapojených do projektu a setkávání virtuálních týmů, ale i dalších, které v regionu působí. Mezi ně jsme rozdělili jednotlivé pacienty. Pro lidi s demencí a mentálním postižením a poruchami chování jsme oslovili 3 organizace, které mají ve Zlínském kraji dlouhou zkušenost a dobré reference. Například u lidí se závislostí nám se zmapováním pomohl transformovaný domov se zvláštním režimem (DZR). U lidí se





SMI jsme využili mapování nástroje CARE, u lidí z jiných cílových skupin se použily specifické mapovací nástroje využívané danými organizacemi.

Prání pana Horníka 70 let, téměř 5 let v PN Kroměříž

„Svůj život přirovnávám k boxu, mojí lásce. Když jsem dostal ránu, dokázal jsem vstát, ale teď už nedokážu – to všechno udělalo to zdraví. Kdybych mohl dýchat, tak se nechám propustit, chtěl bych být na ubytovně. Zkrátka si přeji v rodném městě umřít.“

Prání – práce

- *Už si chci jen užívat, mám starobní důchod. Já pracoval, dělal jsem na šachtě, svařoval, co bylo potřeba. Teď je to tak, že kvůli dýchání nemůžu dělat nic, i když bych chtěl.*

Prání – zdraví

- *Moc dožít v rodném městě. V 50 letech jsem ještě zvedal 150 kg a neměl jsem žádné problémy. Umím pečovat o vývod, co mám, každý den se koupu a personál ani neví, jak to umím zabezpečit. Vývod mě ale omezuje v tom, bydlet i někde na ubytovně, protože by to smrdělo spolubydlicím, to je strašně nepříjemné.*

Prání – péče o sebe a ostatní

- *Vím, co je potřeba, umím uvařit, uklidit i oprat. Vždycky jsem se o sebe uměl postarat a dochoval jsem oba svoje rodiče.*

Prání – bydlení

- *Přál bych si tu naši vilu zpět, ale to už nepůjde, tak aspoň bydlet ve městě. S rodiči v té vile jsem bydlel 46 let, po jejím prodeji jsem měl peníze a bydlel na hotelu a tam to bylo taky fajn. Zkusím zažádat o městský byt. Kdybych se tak nezadýchával a byl zdravotně (somaticky) v pořádku, tak už tady dávno nejsem.*

Prání – volný čas

- *Přál bych si dojit aspoň do trafiky. Byl jsem vrcholový sportovec, boxoval jsem za profesionální klub, bylo to tak, že mi to vydělávalo i peníze. V PN Kroměříž se dívám na TV a poslouchám tranďáček.*

Prání – vztahy

- *Mít kolem sebe lidi, co mě znají. Mám rád lidi, se kterými se budu bavit. Ve městě mě všichni znali a to bylo super, mám to tak rád. Moje radost je rodina, sestra Libuška a její děti, já svoje děti nemám. Lituji jedné životní chyby... Dětem od sestry dopřeju, už vlastně jejich dětem, dávám jim dost peněz a od sestry na tajno jedu do PN Kroměříž taxíkem. Mohl bych bydlet i tam, nabídla mi volné patro, je to v jiném kraji, ale to já nechci.*

Obrázek představuje příklad zmapování potřeb 70letého pána, který je v nemocnici téměř pět let. Vidíte, jak je po jednotlivých doménách zmapováno, co si přeje, ať už v oblasti práce, oblasti zdraví, oblasti péče či oblasti volného času.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

32. Mapujte potřeby všech dlouhodobě a střednědobě hospitalizovaných ze všech cílových skupin.

33. Reálná přání jsou reálnou cestou k zotavení, naslouchejte a přání proměňujte v reálné postupné kroky.

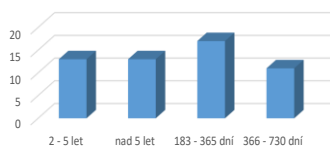




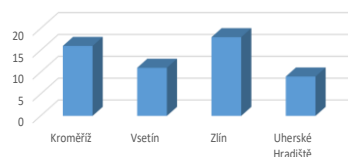
Výstupy mapování cílových skupin

Výstupy mapování SMI 57 osob

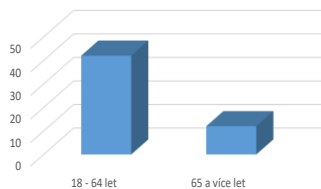
četnost dle délky pobytu



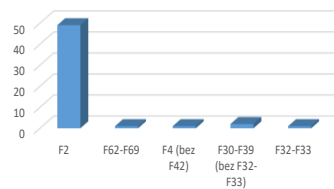
četnost dle okresu



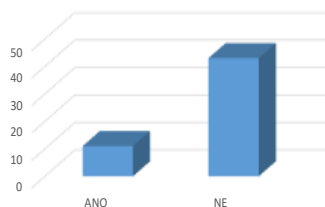
četnost dle věkové skupiny



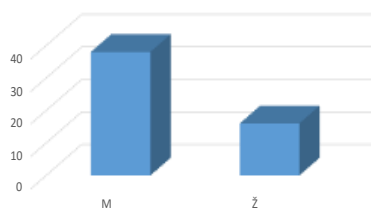
četnost dle diag. okruhu



četnost dle OL v hosp.



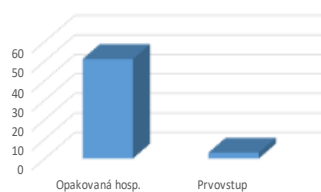
četnost dle pohlaví

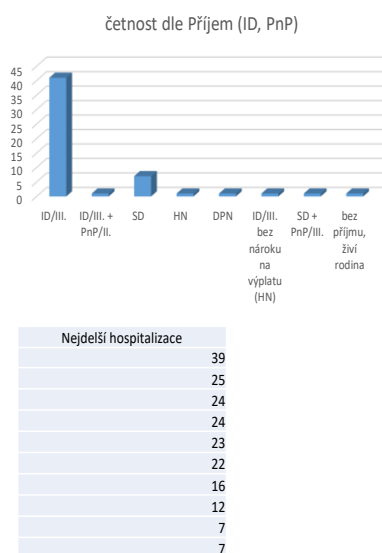
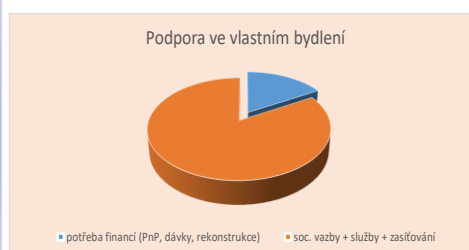
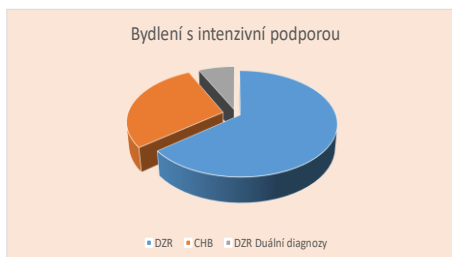
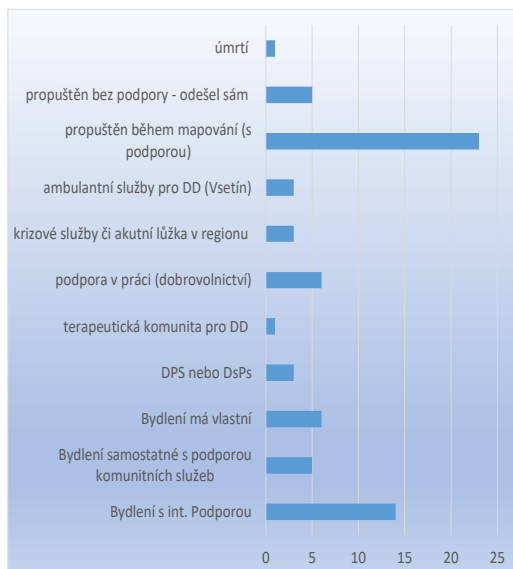


četnost dle omezení svéprávnosti

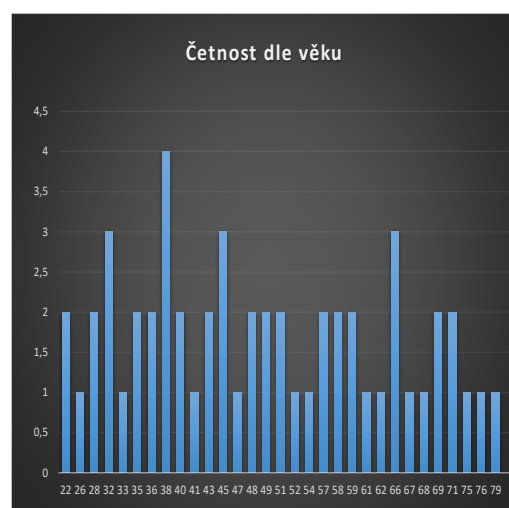


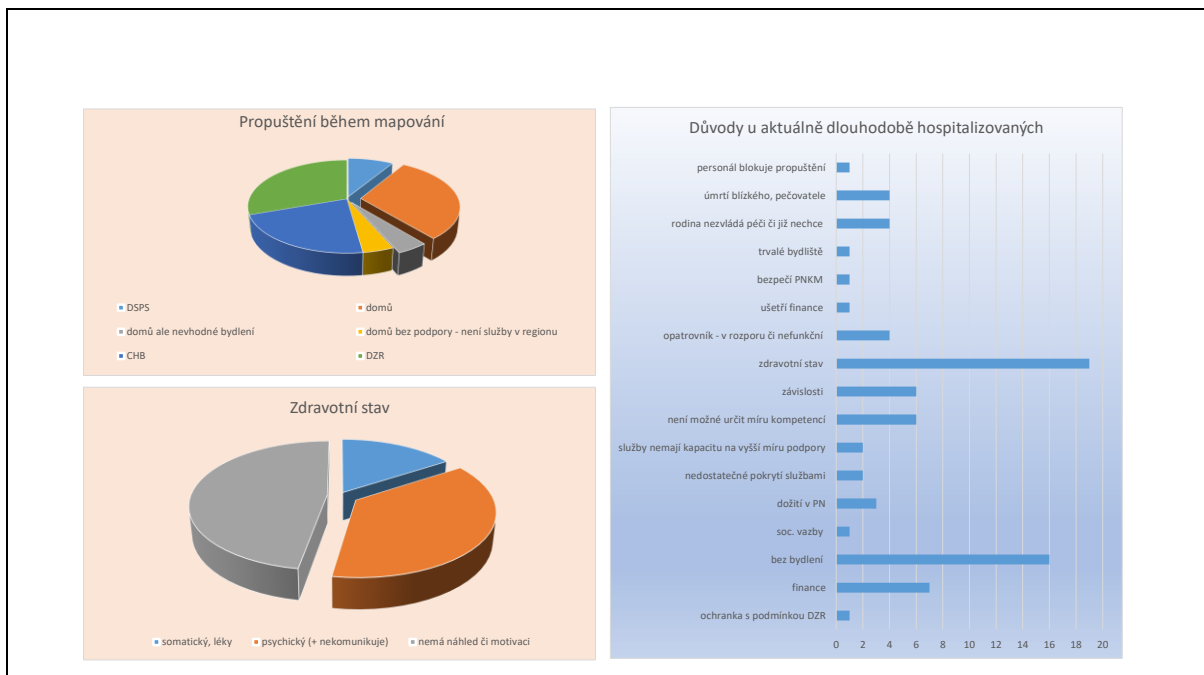
četnost dle prvovstup/opak





Nejdelší hospitalizace	
	39
	25
	24
	24
	23
	22
	16
	12
	7
	7





Na pěti výše uvedených obrázcích vidíte výstupy z mapování ve skupině SMI. Společně se Zlínským krajem na mapování dále pracujeme. V každém případě zástupci kraje ocenili, že konečně někdo nemluví stylem „potřebujeme chráněná bydlení“ nebo „potřebujeme péči 24/7“, ale že opravdu vidí konkrétní potřeby a konkrétní lidské bytosti.

Znalost reálných potřeb se ukázala pro pochopení kraje a rozvoje sítě klíčová. Zlínský kraj chce reálnou znalost potřeb dále promítnout do svého plánu sítě služeb, tak aby pacienti, které jsme oslovili v procesu mapování, mohli být opravdu propuštěni. Abychom jim služby individualizovali na míru.

Za velmi přínosný efekt mapování považují, že už během mapování se ukázalo, že někde stačil kontakt, navázání komunitní služby na pacienta, a ještě během mapování bylo 25 lidí propuštěno, což byla skoro polovina lidí. Takže k dnešnímu dni máme dlouhodobě hospitalizovaných zhruba 30 pacientů. Číslo se daří snižovat a jsme za to moc rádi. Mapovali jsme i osoby s demencí. K tomu nám poskytla Naděje Zlín výstupy svého mapování, se kterými už Zlínský kraj pracuje. Zde se činnosti ujala krajská koordinátorka, která si vzala na starost spolupráci se službami. Vzešly z toho konkrétní výstupy i u osob závislých a u osob s poruchami chování.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 34. Vezměte do MD práce všechny pacienty, nevybírejte si, pro každého pacienta se najde řešení.**
- 35. Vstupte do vztahu prostřednictvím mapování potřeb a zájmem a navázáním vztahu vytvořte naději a možnost na propuštění, nám se to podařilo u 25 pacientů dlouhodobě hospitalizovaných.**





Výstupy mapování

OSOBY S DEMENCÍ (Naděje Zlín)

- **Snížit prahovost** pobytových služeb (ochota služeb pracovat i s „problémovými“ pacienty – neodmítat klienta např. při závislosti v anamnéze, zajistit PnP/dávky hmotné nouze při nedostatečném příjmu aj.)
- **Zvýšit kapacitu** stávajících pobytových služeb (nyní čekací doba až 2–5 let), zpružnit komunikaci poskytovatelů s PN Kroměříž
- Zajistit **služby pro mladší klienty s demencí** a kombinovanými problémy (jiné potřeby než u stařecké demence!)

OSOBY SE ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU (DZR Pržno)

- 9 osob
- Zajistit podporu v abstinenci, v domácnosti, na chráněném trhu práce (vhodná služba **chráněné bydlení** – 2 klienti)
- Zajistit podporu při strukturaci dne, při užívání léků, v orientaci místem, časem, situací (vhodná služba **komunitní DZR** – 6 klientů)
- Reagovat na **preferenci činností a hodnot**: potřeba aktivity, práce, klidu, vztahu s partnerem a rodinou, respektu, pocitu užitečnosti
- Podpořit další **transformaci DZR Pržno** aj. pobytových zařízení
- Zajistit služby pro **osoby s duální dg** (alko závislost + schizofrenie): nyní pouze Návojná (Pržno, Loučka, Kvasice tyto osoby v současné době nepřijímají, Návojná do budoucna předpokládá redukce služeb, tj. lidé s touto dg zůstávají bez podpory)





Osoby s poruchami chování (Naděje Otrokovice)

- 7 pacientů – v léčbě s přerušením 79 let, průměrný věk 44 let
- Mapovaná podskupina: lehčí mentální handicap, ale výrazné poruchy chování, současně řada schopností, které lze ve vhodném mimoústavním prostředí rozvíjet
- Nižší potřeba služeb péče, výrazná potřeba podpory ve vztahové oblasti a při eliminaci projevů chování (autoagrese, heteroagrese aj.)
- Vhodná služba: **specializované chráněné bydlení (nová služba)**
- Odbor soc. věcí KÚZK organizuje **kulatý stůl** s poskytovateli služeb **pro osoby se specifickými potřebami**

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

36. Výstupy z mapování potřeb pacientů propojujte do plánování sítě služeb kraje.

37. Výstupy zprostředkujte i zdravotním pojišťovnám, odpovědným za tvorbu zdravotní sítě.





Aktuální čísla k 30. 9. 2021

- Počet lůžek: 910
- Obsazenost: 787 lůžek
- SMI: 284
- SMI Zlínský kraj: 146
- DI. hospitalizovaných Zl. kraj: 33

Dilemata k diskusi

Co dál = budoucnost MD
Posílení I. úrovně v PNKM
Nastavení MD na akutním
oddělení
Evidence
Smlouvy a vnitřní předpisy –
návaznost i po skončení projektu

Zde vidíte aktuální data z kroměřížské nemocnice. Z celkového počtu 910 lůžek je obsazenost 787. Obsazenost výrazně klesla v době covidu, nicméně po něm se zase trochu zvyšuje. Přesto věříme, že v rámci transformace se tento počet bude dále snižovat. K 1. 10. vzniklo akutní oddělení, kde jsme byli s primářem domluveni, že nastartujeme multidisciplinární spolupráci hned od začátku, a intenzivně nyní pracujeme. Využili jsme zkušenosti z Bohnic, které jsme týmu představili. Výhodou je, že primář oddělení je bývalý lékař CDZ, takže zná komunitní služby a multidisciplinární spolupráci a zároveň si svůj tým sestavil tak, aby byl ke spolupráci nakloněn a se službami a týmy se dalo spolupracovat. Aktuálně se tým akutního oddělení potýká s výběrem klientů. Koho na akutních lůžkách mít, aby se na oddělení například nehromadili lidé se závislostí. Ještě jednou zdůrazňuji, že jsme použili metodika z Bohnic (Ondřeje Starobu) na konzultaci, což je opravdu přínosné, když máte možnost ukázat na nějakou konkrétní praxi a ne jen teorii.

Od listopadu 2021 se oddělení zapojí do setkávání virtuálních týmů jednou za 14 dní a každý pacient bude navazován individuálně po poradě týmu oddělení na spádový komunitní tým či službu. Poté sociální pracovníce oddělení kontaktuje telefonicky daný tým či službu. Zvolíme tedy tři způsoby pravidelné spolupráce: telefon, online pracovní porady a pravidelné porady v psychiatrické nemocnici.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

38. MD spolupráci virtuálních týmů zaveďte i na akutním či příjmovém oddělení psychiatrické nemocnice či všeobecné nemocnice.





Současné priority multidisciplinární spolupráce

Naše současné priority:

- MD práce na první úrovni
- Podepsání smluv o spolupráci
- Jak nastavit multidisciplinární spolupráci po ukončení projektu
- Zřízení pozice metodika multidisciplinarity
- Promítnutí a zakomponování MD spolupráce do vnitřních předpisů
- Realizaci stáží
- Společné vzdělávání týmů
- Společné supervize týmů

Naše současné priority

MD práce na I. úrovni: nemocnice jako každá jiná bojuje především s personálem, takže jak ustavit primární sestry, jak přeskládat kompetence a vyznat se v tom, jaké vůbec jsou.

Zvykové kompetence versus kompetence vycházející z legislativy: sestry – i tak jak máme napsáno v metodice – kompetence k multidisciplinární práci mají, ale jde o to, aby je mohly využívat. Aby nebyly „zahlceny“ jinými věcmi.

Podepsání smluv o spolupráci: máme připravené a aktuálně se řeší u právníků.

Jak nastavit multidisciplinární spolupráci po ukončení projektu: máme předjednáno, že naše metodická by zůstala metodikem multidisciplinární spolupráce v rámci nemocnice i po ukončení projektu. Což je jeden z důležitých kroků k udržení nastavené spolupráce.

Promítnutí a zakomponování MD spolupráce do vnitřních předpisů týmů a psychiatrické nemocnice.

Realizaci stáží.

Společné vzdělávání týmů.

Společné supervize týmů.





Souhrn metodických doporučení

OBSAH – CO	POSTUP – JAK	ODPOVÍDÁ	TERMÍN	MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5
1. Věnujte čas přípravě týmů, jejich motivaci, seznámení s postupy při zavádění multidisciplinárního přístupu.				
2. Dejte jim k dispozici velkou metodiku multidisciplinární spolupráce.				
3. Zapojte týmy z celé spádové oblasti psychiatrické nemocnice.				
4. Vytvořte plán, který povede od nahodilosti k domluvenému systému a řádu.				
5. Začněte příklady dobré praxe tak, aby lidé uvěřili, že má zavádění MD spolupráce praktický dopad na životy pacientů.				
6. Zapojte vrcholový management do všech procesů MD.				
7. Nastavte procesy individuálního plánování zotavení (využijte metodu CARE).				
8. Zapojte kraj a obce do reálných potřeb pacientů, nemluvte o službách, ale o potřebách.				
9. Dávejte reálné podklady s potřebami pacientů krajskému úřadu.				
10. Podporujte posilování rozvoje sítě komunitních týmů a CDZ validními informacemi u cenů.				
11. Nastavte řád v pravidelných poradách, zapojte do nich pacienty samotné, minimalizujte porady bez pacientů.				
12. Frekvenci porad doporučujeme 1x týdně.				





13. Pracujte pravidelně s cenzy z psychiatrických nemocnic, dopravte anonymní informace komunitním týmům a CDZ.				
14. Stabilizujte pracovníky, kteří se pravidelně setkávají na poradách virtuálních týmů, předem je připravte na program a znalost pacientů/klientů.				
15. Zapojte do MD práce peer konzultanty a lidi se zkušeností s duševním onemocněním.				
16. Realizujte systém případové práce, organizujte kazuistické workshopy.				
17. Využívejte přístup live coachingu.				
18. Oceňujte se navzájem, sdílejte pravidelně úspěchy a příklady dobré praxe mezi sebou.				
19. Vezměte do MD spolupráce i tzv. nepropustitelné pacienty, zapojte do MD práce kraj.				
20. Plánujte v triádě, spolu s pacientem/klientem.				
21. Zavádějte nástroje metody CARE systémově na všech úrovních spolupráce.				
22. Plánujte zotavení člověka s duševním onemocněním, nikoliv „plány přechodu“.				
23. Realizujte společně vzdělávání týmů intramurálních a extramurálních.				
24. Zajistěte, aby plán zotavení měl pacient u sebe a rozuměl mu, aby byl vytvářen jeho jazykem.				
25. Plán pacientovi vytiskněte, dejte do ruky.				
26. Zpřehledněte si kompetence a role, vyjednejte možné změny.				
27. Vytvořte roli gate keepera v systému, což lze přirovnat ke vstupní a výstupní bráně do systému lůžkové péče.				



28. Zaveďte princip case managementu do vašich týmů a MD práce.				
29. Sdílejte péči a navazujte bezpečný vztah již při hospitalizaci pacienta v lůžkové péči				
30. Vyjednávejte tento přístup s představiteli kraje, ať ho pochopí a přijmou.				
31. Spolupráci formalizujte do vzájemných dohod o spolupráci.				
32. Mapujte potřeby všech dlouhodobě a střednědobě hospitalizovaných za všech cílových skupin.				
33. Reálná přání jsou reálnou cestou k zotavení, naslouchejte a přání proměňujte v reálné postupné kroky.				
34. Vezměte do MD práce všechny pacienty, nevybírejte si, pro každého pacienta se najde řešení.				
35. Vstupte do vztahu prostřednictvím mapování potřeb a zájmem a navázáním vztahu vytvořte naději a možnost na propuštění, nám se to podařilo u 25 pacientů dlouhodobě hospitalizovaných.				
36. Výstupy z mapování potřeb pacientů propojujte do plánování sítě služeb kraje.				
37. Výstupy zprostředkujte i zdravotním pojišťovnám, odpovědným za tvorbu zdravotní sítě.				
38. MD spolupráci virtuálních týmů zaveďte i na akutním či příjmovém oddělení psychiatrické nemocnice či všeobecné nemocnice.				

