



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

MOTTO:

„Budme neustále otevřeni neobjevenému.“



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





ZPRACOVATELSKÝ A REALIZAČNÍ TÝM

PhDr. Marie Zimmermannová
PhDr. Lenka Krbcová Mašíňová
Tomáš Krejčí
Jan Louženský

Obsah

Tři otázky na úvod.....	3
Zavádění multidisciplinární spolupráce v Jihomoravském kraji	4
Multidisciplinární spolupráce s dětskou psychiatrickou nemocnicí ve Velké Bíteši	15
Multidisciplinární spolupráce s Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice v Brně	23
Multidisciplinární spolupráce s Dětskou nemocnicí Fakultní nemocnice Brno.....	25
Spolupráce na III. úrovni.....	28
Souhrn metodických doporučení	33





Tři otázky na úvod...

... pro metodičku multidisciplinarity Marii Zimmermannovou

Marie, během jednoho roku jsme dosáhli v Jihomoravském kraji posunu v péči o duševní zdraví téměř skokem, co považujete za podstatné?

Začít. I když se nám zdá, že nemáme dostatek zdrojů pro podporu dětí s psychickými problémy, dostatek pedopsychiatrů atp. Pracovat se stávajícími zdroji a ty posilovat v nových kompetencích. Zásadní je spolupráce. Nastavit systémovou regionální spolupráci při formování nových principů práce.

Jsou týmy a služby v sociální oblasti motivované pro rozvoj svých kompetencí a budování silného multidisciplinárního týmu, vidíte zde potenciál?

Nelze to zobecnit. Některé jsou motivované a některé jsou silně uzavřené. Dobré je začít s těmi, které motivaci mají, protože mohou být inspirací pro ostatní obdobné služby. Mohou přinášet změnu. Ověřilo se nám, že podpora v rozvoji kompetencí má obrovský smysl. Na jejím základě vznikly nové týmy pro děti nebo se stávající systém více posílil ve vzájemné spolupráci, ve včasné zachycení problémů u dětí.

Jaká je motivace kraje pro oblast péče o děti a mladé lidi s duševním onemocněním?

Jihomoravský kraj je velmi důležitým článkem úspěchu, který se v kraji podařil. Kraj má zájem o podporu celého systému – školství, sociální a zdravotní služby. Motivace mohou být různé. Lépe by na to odpověděl zástupce kraje. Vnímám, že kraj má zájem zajistit podporu dětí s psychickými obtížemi, uvědomuje si, že aktuální podpora je nedostatečná. Pokud se nezačne problém řešit včas, může dojít k eskalaci a k prohlubování, což se pak v kraji odráží při poskytování péče.

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





Zavádění multidisciplinární spolupráce v Jihomoravském kraji



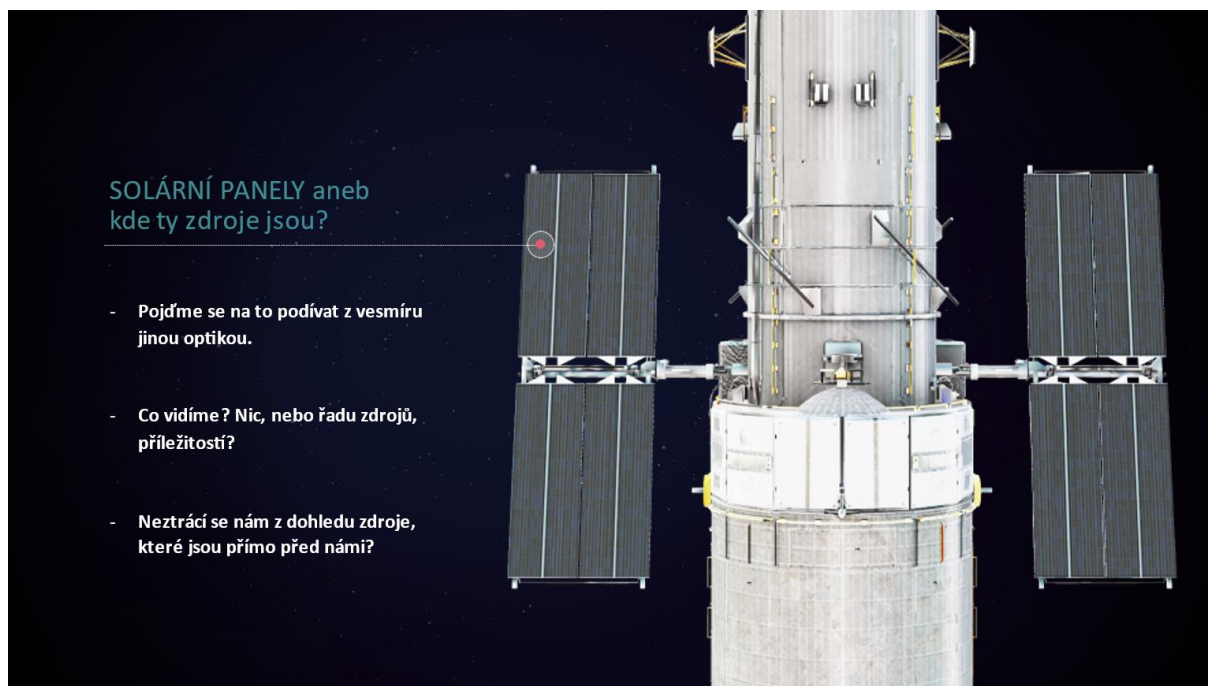
Ne, nejedná se o omyl. Pro svou prezentaci, resp. metodiku, jsem chtěla využít metaforu vesmíru, protože někdy je dobré se na začátek podívat z úplně jiného úhlu pohledu. Vysvětlím proč. To, co budu dále prezentovat, se podařilo nejenom v rámci různých reformních projektů Ministerstva zdravotnictví ČR. Velké množství těch aktivit se podařilo i díky otevřenosti kraje a dalších aktérů, kteří už dlouhodobě působí v oblasti duševního zdraví v Jihomoravském kraji (JMK).





Při vstupu na pozici metodika multidisciplinarity pro oblast dětí v JMK jsem na začátku svojí funkce měla pocit, že nevidím nic. Žádné specializované služby pro děti s psychickými problémy. Kladla jsem si otázku, kam děti z psychiatrických lůžkových dětských zařízení budu navazovat.





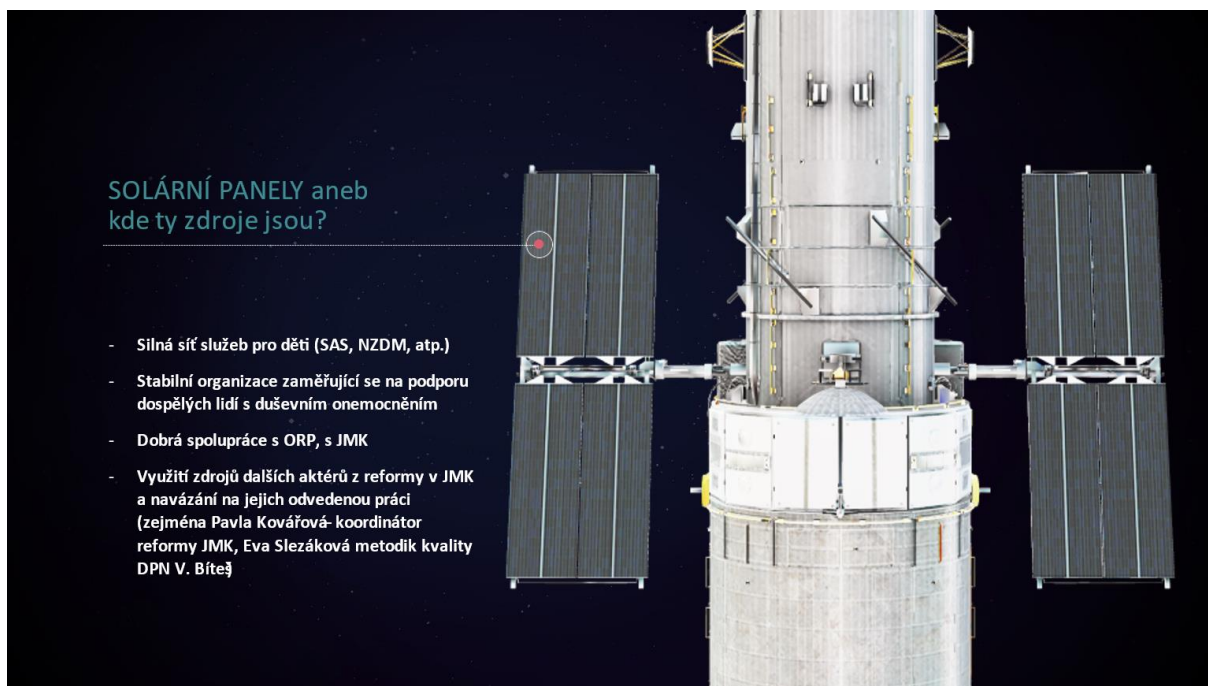
Bylo potřeba se na ty věci podívat z trochu jiného úhlu pohledu. Říkala jsem si, že musím „začít“ a musím „vidět“. Nedívala jsem se „pouze“ na to, že je nedostatek ambulantní psychologické i psychiatrické péče pro děti, to se týká nejenom Jihomoravského kraje, je to celorepublikový problém. Situace s dostatečným zastoupením pedopsychiatrů je řešením na další dlouhá léta. My jsme se v zavádění multidisciplinarity soustředili na to, co můžeme začít realizovat zde a nyní. Zaměřili jsme se na to:

1. co je silné ve službách v kraji;
2. jak můžeme již současné sociálně-zdravotní služby v kraji provázet, zasíťovat a zvyšovat jejich kompetenci;
3. kde máme další profesionály, kteří mají kompetence a chtějí je rozvíjet v oblasti péče o duševní zdraví dětí a mladých lidí;
4. pojmenovat škálu potřeb dětí a mladých lidí s duševním onemocněním či jeho rizika;
5. pojmenovat sociální determinanty duševního onemocnění u dětí a mladých lidí.

Už teď jsou v systému zdroje, které při jejich podpoře a aktivizaci mohou část péče zajistit. Metafora v názvu prezentace „pojdme se na to podívat z vesmíru“, pojdme mít odstup a podívat se na to, co vidíme, spíš než na to, co nám chybí, tedy to, co nevidíme, je tak velmi přiléhavá. Zadání od gestorů projektu bylo přemýšlet a mapovat silné stránky kraje, podívat se na současné zdroje, s kterými můžeme v kraji pracovat. Postupně tak pomoci celé síti služeb krok za krokem „vyrůst“ v efektivní systém.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

1. Zmapujte všechny zdroje, které v kraji (daném území) můžete využít k vytvoření systému multidisciplinární spolupráce.
2. Vytvořte přehled, čím která profese může být prospěšná a jaké jsou její kompetence.
3. Pojmenujte škálu potřeb dětí a mladistvých s duševním onemocněním či jeho rizik.
4. Pojmenujte sociální determinanty duševního onemocnění u dětí a mladých lidí a začněte na počátku systém rozvíjet k vyšší kompetenci právě v těchto oblastech.
5. Postupujte krok za krokem po menších reálných cílech, které vycházejí z vaší situace v kraji.



SOLÁRNÍ PANELE aneb kde ty zdroje jsou?

- Silná síť služeb pro děti (SAS, NZDM, atp.)
- Stabilní organizace zaměřující se na podporu dospělých lidí s duševním onemocněním
- Dobrá spolupráce s ORP, s JMK
- Využití zdrojů dalších aktérů z reformy v JMK a navázání na jejich odvedenou práci (zejména Pavla Kovářová- koordinátor reformy JMK, Eva Slezáková metodik kvality DPN V. Bíteš)

Když jsem se podívala na dostupné zdroje, tak hlavními a velkými zdroji pro formování nových typů podpory v oblasti dětského duševního zdraví mohou být stávající služby.

Nemusíme vlastně všechno řešit pouze tak (nám se to osvědčilo v Jihomoravském kraji), že dáme vzniknout úplně novým týmům, novým organizacím, něčemu úplně novému. Naopak, můžeme podporovat stávající služby, aby v oblasti podpory dětského duševního zdraví začaly fungovat a zvyšovat své dovednosti a kompetence.

Mám na mysli např. stávající služby zaměřené na dospělé, republikově je síť sociálních služeb zaměřujících se na duševní zdraví dospělých velmi dobře pokrytá. Je to něco, co známe už desítky let. Zhruba před 30 lety začaly fungovat i sociální služby specializované na duševní zdraví dospělých.

A to jsou silné zdroje, kde lidé mají know-how, organizace mají ověřené způsoby práce, které sice nejsou zaměřené na děti, nicméně jsou velmi dobře přenositelné na řešení řady situací v oblasti dětí. Podpora stávajících organizací, které mají know-how v oblasti duševního zdraví, může být jedním z efektivních kroků. Může to opravdu znamenat, a třeba v Jihomoravském kraji, ale i jinde se tak děje, že uvedené organizace mohou snižovat věkovou cílovou skupinu a mohou být podpořeny v tom, aby se zaměřovaly nejenom na dospělé, ale i na děti.

Dalším zdrojem podpory mohou být stávající služby, které se zaměřují na podporu dětí obecně. Což jsou zejména sociálně aktivizační služby, nízkoprahové kluby a Orgány sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD).

Sociálně aktivizační služby se v Jihomoravském kraji ukázaly jako velmi cenný zdroj pro podporu dětí a pro zajištění včasnosti detekce a zasíťování dětí, které mohou mít psychické problémy. Jsou to služby, které umí pracovat v terénu, resp. pracují primárně v terénu. Služby, které umí pracovat s dítětem, které je ohroženo. Jsou to služby, které umí prakticky podporovat kompetence rodičů a mohou mít know-how na určitý způsob práce s rodinou, takže jim není potřeba dodat celý komplex všech nástrojů pro práci s dětmi, ale stačí jim doplnit jen určitou část, a to zaměření na dětské duševní zdraví.

Takže sociálně aktivizační služby mohou být jedním z hlavních zdrojů, pokud služby specializované na duševní zdraví dětí na území kraje chybí, což je vlastně celorepublikový problém.





Na základě zadání projektu jsem tedy začala celou situaci takto vnímat a pracovat na ní. Intenzivně jsem spolupracovala s koordinátorkou reformy na kraji Pavlou Kovářovou, která společně se mnou tyto procesy a plán formuje.

Začaly jsme vyjednávat o podpoře sociálně aktivizačních služeb s Jihomoravským krajem, který byl velmi přístupný a otevřený v rámci individuálních projektů pro sociálně aktivizační služby.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 6. Zaměřte se na stávající služby v oblasti duševního zdraví, které pracují s dospělou populací, a vyjednávejte možnosti snížení věkové hranice například na 15 let.**
- 7. Oslovte všechny sociálně aktivizační služby v kraji a začněte vyjednávat a motivovat je k posílení jejich dovedností pro práci s dětmi s duševním onemocněním.**
- 8. Vytipujte i jiné sociální služby, které jsou motivované pro práci v oblasti duševního zdraví.**





Kraj nabídl a připravil vzdělávací podporu, která vypadala tak, že v průběhu roku 2021 všechny sociálně aktivizační služby mohly absolvovat vzdělávání a několik ucelených kurzů zaměřených na duševní zdraví dětí. Témata byla například vývojové trauma, práce s rodinou, kde je dítě s psychickým onemocněním, mapování potřeb u dětí s psychickými problémy, koncept zotavení, multidisciplinární spolupráce na zdravotně-sociálním pomezí apod. Mezi lektory byly i pracovníce z lůžkových zařízení – staniční sestra Fakultní nemocnice Brno z dětského psychiatrického oddělení, zdravotně-sociální pracovníce Dětské psychiatrické nemocnice ve Velké Bíteši. Takže sociálně aktivizační služby díky Jihomoravskému kraji získaly podporu v rámci individuálních projektů, kdy se mohly účastnit pěti čtyřhodinových kurzů a webinářů a návazně na to měly podporu i v rámci koučování a supervizní nebo individuální metodické podpory plynoucí přímo do týmů sociálně aktivizačních služeb. Cílem bylo dodat balík informací, vzdělávání, kurzů a podpory.

Na to, aby v praxi mohl člověk použít všechny informace, které týmy získaly na základě vzdělávání, nám sloužila individuální supervizní podpora pro jednotlivé sociálně aktivizační služby, kdy lektori individuálně podporovali sociálně aktivizační služby na úrovni týmů. Mluvili o dětech, které mají v péči, řešili konkrétní situace, říkali si, co je včasná podpora, jak má být nastavena, co to je a jak se projevuje vývojové trauma apod. Dále dostávaly sociálně aktivizační služby podporu na úrovni metodického vedení vedoucích pracovníků a ředitelů, kteří rozhodují o tom, jak bude sociální služba vyprofilována, jaké metody práce zvolí, jak bude služba organizačně nastavena atd.

Jednalo se tedy o poměrně velký balík podpory, který sociálně aktivizační služby v Jihomoravském kraji dostaly.

Jaké byly dopady? Když jsem na začátku v sociálně aktivizačních službách (SAS) začínala, tak zaznívalo z úst pracovníků týmů SAS: „Co my tady spolu vlastně budeme dělat, paní Zimmermannová? My tady vlastně žádné děti s duševním onemocněním nemáme.“

V průběhu roku se začaly díky podpoře z projektu Jihomoravského kraje sociálně aktivizační služby otevírat a pracovníci začali říkat: „Aha, to je možná ta rodina, která by potřebovala tu podporu, rodina, která prochází něčím, co si zaslouží zvýšenou pozornost v oblasti duševního zdraví.“ V současné době je uvědomění a poznání takové, že všechny sociálně aktivizační služby, kde provádíme supervizi, říkají: „Všechny děti, které máme v péči, až na extrémní výjimky, jsou děti ohrožené na zdravém psychickém vývoji.“

Velká část dětí, které se pohybují na OSPOdech nebo v sociálně aktivizačních službách, nízkoprahových klubech, je ohrožena na zdravém psychickém vývoji. Cílem bylo dodat do těchto služeb pracujících v oblasti primární prevence zprávu: „Dítě, které potřebuje specializovanou podporu v oblasti dětského duševního zdraví, není jenom dítě, které má již psychiatrickou diagnózu, není to jenom dítě, které je často hospitalizováno v psychiatrické nemocnici, nebo které užívá medikaci.“

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 9. Věnujte péči a energii práci s týmy, jejich podpoře, vzdělávání, mentoringu, supervizím, celkové podpoře.**
- 10. Vytvořte si společný jasný plán, jak krok za krokem naplnit celkovou změnu systému.**
- 11. Propojte prostředí sociálního a zdravotního sektoru již v době vzdělávání.**
- 12. Realizujte stáže, ukazují se jako nejefektivnější způsob vzájemného poznání a vytvoření prostředí důvěry.**





Často se v dětském věku nepotkáváme s klasickými diagnózami tak, jak je známe v dospělém věku. Setkáváme se spíše s tím, že má dítě trápení, problém, trauma z předešlé doby, s kterým si nemusí vědět rady. Projevy pak vidíme v jeho chování, které je vnímáno jako nepřiměřené situaci. Týmy SAS popisovaly dítě, které hodilo po učitelce židli, nebo dítě, které naopak stojí v koutě, neví si s ním rady, nemluví, je uzavřené do sebe, nedokážou ho rozpovídat. Často se pak toto chování označuje jako „výchovné problémy“. Potřebovali jsme soustředit pozornost pracovníků týmů i na děti, u nichž mohou pracovat preventivně, s větší znalostí a pochopením příčin „problémů“. Není to opravdu tak, že větší cílenou pozornost zasluhují pouze děti, které mají psychiatrické diagnózy, na které jsme zvyklí u dospělých.

Porozumění příčinám v širokém spektru služeb. To je informace, kterou jsme potřebovali do sociálně aktivizačních a dalších služeb přinést, pracovat s ní. Aby vytvářený multidisciplinární systém a lidé v něm pracující uměli situace rozpoznat včas, **uměli jim porozumět, znali příčiny** a zvolili smysluplné a efektivní intervence a vytvářeli **bezpečnou síť podpory**.

Zkušenost v Jihomoravském kraji nám potvrdila znovu to, co tušíme a víme, a to, že děti s psychickými problémy nejsou začleněny včas do podpory a péče. Jde o nedokonalost systému, v České republice obecně. Je proto potřeba se zaměřovat na systémovou změnu v oblasti dětského duševního zdraví, na multidisciplinární týmy pracující na sociálně-zdravotním pomezí, na včasnou podporu a detekci, kontinuitu péče a všechny sociální determinanty duševního onemocnění u dětí a mladých lidí.

Včasnost je hodnota, která by mohla stát v centru pozornosti všech krajů při vytváření systémů multidisciplinární spolupráce v oblasti dětského duševního zdraví.

Je potřeba mít na paměti, že je nezbytné se zaměřit na dvě věci: První je včasnost, to znamená neřešit situace, až když dítě stojí na střeše a chce z ní skočit dolů, nebo když se dítě sebepoškozuje, nebo když je dítě agresivní. Je potřeba řešit situace opravdu dřív, kdy se ještě nic významného neprojevuje, jenom víme, že to dítě nemá dlouhodobě uspokojovány základní potřeby a nemá podmínky pro zdravý psychický vývoj. Neuspokojování základních potřeb může mít a rozhodně má významný vliv na dětské duševní zdraví.

Druhá věc je, když už se jedná opravdu o dlouhodobý vleklý problém. Jde často o děti, které se dostávají do spolupráce s OSPOD, jsou hospitalizovány, potkáváme se se situacemi eskalace problémů v rodině. I zde mohou po získání kompetencí působit týmy sociálně aktivizačních služeb.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 13. Pracujte systémově v každém okrese / ORP / spádové oblasti se 100 000 obyv. tak, aby všude byl vždy jeden potencionální provozovatel služeb, který bude motivován rozvinout své služby.**
- 14. Pracujte na edukaci co nejširšího spektra služeb v porozumění příčinám problémů a jejich včasnému rozpoznání.**
- 15. Organizujte pravidelné mítinky a vytvářejte síť podpory všech zdrojů v komunitě.**





Dalšími oblastmi, u kterých je potřeba rozvinout včasnost, je systém školení metodiků prevence, školních psychologů, třídních učitelů. Stejně jako jsme dali na počátku podporu sociálně aktivizačním službám, tak jsme začali s JMK vyjednávat podporu pro další aktéry v péči o duševní zdraví dětí a mladých lidí.

Momentálně připravujeme společně s krajskou koordinátorkou webináře, případně workshopy zaměřené na pedagogicko-psychologické poradny, na školní psychology nebo na třídní učitele. Opět půjde o podporu, která nebude pouze o jednom kurzu, ale minimálně o třech kurzech a více v rámci první poloviny roku 2022. Implementovat téma dětského duševního zdraví do škol jako prioritní téma je nyní naším cílem. Školy jako existující subjekty jsou zdrojem významné podpory a prevence. Často zachytí ohrožující situaci u dítěte jako první, často však neví, jak s ní pracovat dál.

Podobně vyjednáváme aktuálně podporu i pro azylové domy pro matky v tísní, pro rodiče v tísní. A proběhla schůzka krajské koordinátorky s Českou asociací streetwork, která se zaměřuje na projekty pro nízkoprahové kluby a na podporu nízkoprahových klubů, které vnímáme také jako velmi cenný zdroj podpory dětí s psychickými problémy. Česká asociace streetwork by se ráda inspirovala tím, co existuje u sociálně aktivizačních služeb. A zkusila by pilotní projekty, podporu zaměřenou na nízkoprahové kluby napříč republikou, možná zpočátku v rámci jednoho či několika krajů.

Rovněž probíhala spolupráce s dalšími aktéry na tzv. 3. úrovni MD. To znamená úplně všech, kteří se podílejí na práci kolem dětí v dané oblasti. Vznikly regionální a místní multidisciplinární pracovní skupiny, o kterých se zmíním níže.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

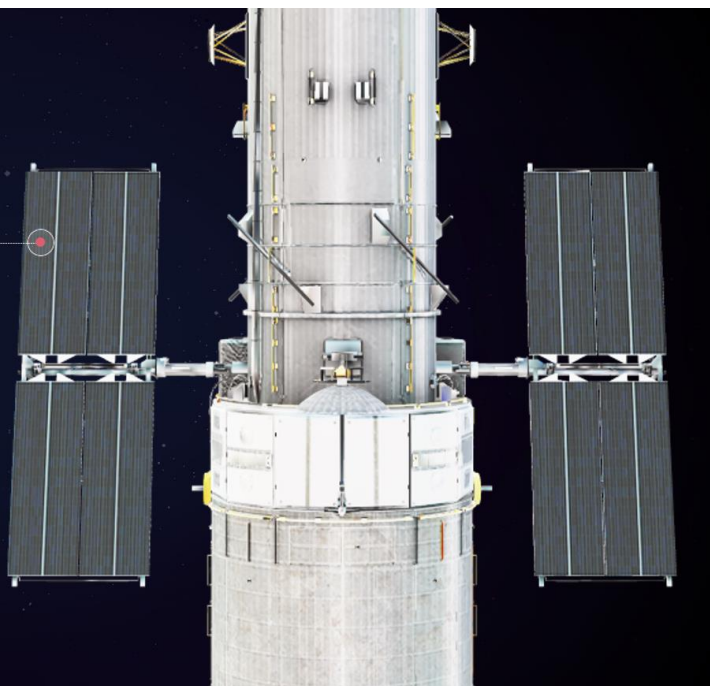
- 16. Připravte spolu s krajskou samosprávou vzdělávání dalších vybraných skupin v péči o duševní zdraví.**
- 17. Napojte se na školy a vytvořte systém opakované spolupráce se školami, kterou mohou realizovat týmy sociálně aktivizačních služeb.**
- 18. Zapojte do spolupráce nízkoprahové kluby ve vašem kraji/okrese.**





Práce se zdroji 2020 + 2021

- JMK – IP projekt – roční vzdělávání pro SAS
- ČAS – vzdělávání pro NZDM v JMK
- Vznik nových týmů či jejich zárodků (Práh, Anabell) a specializace stávajících- SAS Plzeň, Vyškov
- OSPOD – webináře, regionální klíčoví pracovníci OSPOD
- Odbor školství – vzdělání pro školy, PPP
- Úzká spolupráce a důležitá role koordinátorů a metodiků MD, metodiků kvality, transformačních specialistů



OSPOD jako klíčový partner. Klíčovým partnerem pro formování práce a podpory dětí s psychickými problémy jsou OSPOD a jejich klíčoví pracovníci. Praxe nám ukazuje, že jsou pracovníci velmi přetíženi počtem rodin, které musí na OSPOD řešit, a hůře se provádí vyhodnocení toho, kdy je potřebná včasná vazba a zasíťování na další služby. Pracovníci OSPOD jsou velmi cenným zdrojem pro práci a podporu dětí.

OSPOD potřebuje dodat specializované nástroje, obdobně jako sociálně aktivizační a další služby. Realizovali jsme tedy v Jihomoravském kraji dva nebo tři webináře pro pracovníky OSPOD, které byly zaměřené na dětské duševní zdraví. U prvního webináře bylo zásadním tématem vývojové trauma, protože nejdůležitější je, aby pracovníci pochopili situace, ve kterých se děti ocitají. Že vývojové trauma neznamena pouze to, že jsem účastníkem nějaké vážné nehody nebo že jsem svědkem toho, že dojde k nějakému vážnému incidentu nebo násilí. Ale že vývojové trauma může být naopak v podstatě velmi vleklá a skrytá věc, která probíhá i v běžné rodině se sociálně a ekonomicky silným statutem. Bylo to téma, které šlo napříč podporou kompetencí pracovníků všech služeb, a tedy i pracovníků OSPOD.

Následně jsme řešili s metodickým vedením OSPOD v JMK, že na začátku není možné podchytit úplně všechny pracovníky OSPOD, protože je to velká masa lidí. Začneme proto tím, že zvolíme klíčového pracovníka ve všech rozšířenou působností (ORP), který se bude zaměřovat na dětské duševní zdraví. Všechny ORP tedy za sebe vytipovaly jednoho klíčového pracovníka, který se bude zaměřovat na dětské duševní zdraví. Tento pracovník se stává naším partnerem. Cílem je, aby zpočátku alespoň jeden člověk mohl být vzdělán do hloubky v oblasti péče o duševní zdraví a následně informace přenášel do svého týmu pracovníků OSPOD dále.

Pracovníci OSPOD poté procházeli s pracovníky ze sociálně aktivizačních služeb webináři, kdy jsme rozdělili pracovníky OSPOD a SAS **podle regionu**. Metodik multidisciplinarity společně s krajskou koordinátorkou reformy se s nimi potkali a vytvořili SWOT analýzu toho, jak to v daném regionu vypadá z hlediska duševního zdraví dětí a systému péče. Ať už se to týká příležitostí, zdrojů, omezení a dalších věcí, které se v regionu ukazují. Každý region je trochu jiný, má jiné zdroje, někde mají pedopsychiatra, někde nemají. Někde dokonce chybí i sociálně aktivizační služby, takže podpora rodin je velmi obtížná. Nejzákladnějším zjištěním bylo, **jaké množství zdrojů máme**. Já sama jsem byla překvapená, kolik zdrojů máme k dispozici okolo dětského duševního zdraví a jaké know-how si nesou i pracovníci





z jiných krajů. Tím méně pracovníky sociálně aktivizační služby patřící pod velké organizace, které pracují a fungují ještě v jiných krajích a mohou přenášet nějaké zkušenosti z jiných projektů, které realizovali v jiném kraji, do Jihomoravského kraje. Takže jsme přišli na to, že v Jihomoravském kraji sice určitá zkušenost neproběhla, ale něco se realizovalo v rámci organizace v jiném kraji, takže je možné zkušenosti a dobrou praxi využít a přenést. To je tedy příklad jednoho ze silných zdrojů. A tím se dostáváme zpátky k podpoře stávajících služeb a k jejich know-how.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 19. Zapojte do spolupráce OSPOD systémově, určete ve spolupráci s krajem a OSPOD jednoho pracovníka, který bude pro vás kontaktní osoba, realizujte hlubší edukaci.**
- 20. Vytvořte multidisciplinární propojení mezi těmito pracovníky OSPOD a týmy sociálně aktivizačních služeb, které začaly pracovat v oblasti duševního zdraví.**
- 21. Inspirujte se u know-how stávajících organizací.**
- 22. Zapojte do práce neziskový sektor.**

Cílem SWOT analýzy bylo jednak říci, kde jsou jaká omezení a podobně, ale jednak podpořit spolupráci OSPOD a SAS a také navázat na zpracovanou SWOT analýzu tím, že se výstupy přenesou do **regionálních multidisciplinárních skupin**.

Následně se uskutečnilo setkání na všech okresech kraje, kde jsme **vytvořili multidisciplinární pracovní skupiny zaměřené na dětské duševní zdraví**. Do těchto skupin jsme pozvali kohokoli, kdo se pohybuje v oblasti podpory dětí – od škol, pedagogicko-psychologických poraden přes dětské domovy, výchovné ústavy až po nově vznikající zárodky týmů zaměřených na dětské duševní zdraví.

Cílem **multidisciplinárních regionálních skupin** je formování péče v regionu a také poznávání se navzájem. Vždycky je to o tom, že lidé mají různá očekávání, tudíž je nutné vyjasnění očekávání, kompetencí a rolí a práce se zdroji, které v tom daném regionu jsou. SWOT analýza, která se vytvořila na setkání OSPOD a SAS, se následně přenesla na regionální multidisciplinární skupiny, aby ke SWOT analýze mohli další aktéři zmapovat potřeby, zdroje, příležitosti a omezení ze svého pohledu.

Cílem skupin je i strategicky plánovat péči v daném regionu s ohledem na příležitosti a možnosti a specifika regionu. Takže výstupem by v příštím roce mělo být, aby regionální skupiny dokončily SWOT analýzu s dalšími aktéry a následně vytvořili strategický plán daného regionu, který se poté přenesl na zastupitelstva obcí, případně i dál na krajskou úroveň, čímž by mohlo být zmapováno, co je potřeba, a naformulována strategie jednotlivých ORP a okresů. Tolik k podpoře a práci s pracovníky OSPOD.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 23. Vytvořte regionální pracovní skupiny MD (podle ORP či okresů), zapojte všechny relevantní partnery, vypracujte společně SWOT analýzu, vytvořte společnou vizi.**
- 24. Pracujte participativním způsobem.**
- 25. Vytvořte detailní akční plán, jak dále reorganizovat péči směrem k multidisciplinární spolupráci a jaké služby dále transformovat do oblasti péče o duševní zdraví, případně jaké služby dále rozvíjet.**





To, co jsme začali ještě pilotně zkoušet, je podpora **3. úrovně multidisciplinarity** a zde tzv. sdílené plány péče. V některých regionech začaly vznikat **pilotně sdílené plány péče**. Proč? Potkáváme se často s tím, že děti/rodiny jsou ve více službách, takže se jim věnuje více odborníků najednou. Rodiny například využívají sociálně aktivizační službu, OSPOD, dítě chodí do nízkoprahového klubu, někdy se objeví pedagogicko-psychologická poradna, lékař-psychiatri, lékař-pediatr a nově týmy v oblasti duševního zdraví. Je tedy mnoho osob, které spolu občas komunikují, někde víc, někde méně, záleží na daném regionu, a komunikují spolu zpravidla v době, kdy se něco důležitého, akutního děje, a komunikace probíhá obvykle přes telefon. Praxe nám ukázala neefektivitu a náročnost takto nastaveného systému. Naší snahou směřující k budoucí vizi, kterou budeme pilotně testovat, je proto **sdílený plán péče**. Cílem této „ideální“ vize, ke které časem dospějeme, je to, že dítě a rodina mají jeden plán podpory – jeden plán péče. Tam, kde je rodina v péči OSPOD, může být zastřešujícím dokumentem **IPOD (individuální plán ochrany dítěte)**, kde není, může být zastřešujícím dokumentem **jakýkoliv plán**, na kterém se daná regionální skupina shodne. Když všichni máme stejné nástroje pro plánování, tak můžeme plánovat a sjednocovat nástroje, které budeme používat na podporu dětí s psychickými problémy. Začali jsme tvořit první sdílené plány podpory, kdy společně s rodinou a dítětem vyjednávali a plánovali intervence na setkání i pracovníci. Což je vlastně prvek, který známe z **případových porad u dospělých pacientů**. Rozdíl je ten, že u případových porad nepracujeme s tak intenzivní četností u jedné rodiny, zatímco u dětí se jedná o opravdu intenzivní spolupráci.

Na začátku jde o vyjasňování rolí a zastřešování celé spolupráce, bavíme se vlastně o **case managementu**, kdy je zvolený jeden case manager, který takto funguje. Takže první pilotní plány, které vznikají napříč všemi organizacemi, kdy celou spolupráci zastřešuje **jeden plánovací proces a dokument a zvolený case manager**, se v Jihomoravském kraji právě odehrávají. Není to „prozatím“ dokonalý systém, ale začal a jeho účastníky jsou všichni v oblasti péče o duševní zdraví. Je to jedna z klíčových možností, jak na úrovni kraje či regionu podporu poskytovat partnersky, kontinuálně, s využitím všech relevantních zdrojů a silných stránek.

Všichni volají po metodické podpoře, po metodickém ukotvení, po společném manuálu na úrovni kraje, který by mohl multidisciplinární spolupráci s jejími principy, procesy a hodnotami zastřešovat. Důvodem je i to, že narážíme na věci, jako je třeba **sdílení citlivých osobních údajů**. Nebo možnosti mapování potřeb, např. **mapovací karty**, na které naráží různé služby, protože je mají odlišné. Je tedy ještě mnoho věcí, které je **potřeba metodicky a koncepčně ošetřit**. To je další úkol pro další spolupráci. Úroveň a provázanost péče kolem dětí bude integrovaná do systému udržitelně. Služby nebudou stát vedle sebe, ale půjdou společně. To je jeden z cílů nově vzniklých regionálních multidisciplinárních pracovních skupin zaměřených na dětské duševní zdraví v regionech.

Všechny skupiny fungují na úrovni okresu, v každém okrese vznikla pracovní skupina a cílem je setkávat se několikrát ročně. Zpočátku jsme si stanovili, že se budeme setkávat jednou za dva měsíce.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

26. Vytvořte společné plánovací postupy a nástroje.
27. Integrujte do plánování vždy děti a rodinu v duchu přístupu „NIC O NÁS BEZ NÁS“.
28. Používejte princip práce postavený na case managementu.
29. Dohodněte se mezi sebou v sociálně-zdravotních službách, kdo bude case managerem příběhu dítěte a jeho rodiny.





Multidisciplinární spolupráce s dětskou psychiatrickou nemocnicí ve Velké Bíteši

Lůžková zařízení pro děti - JMK

Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

FN Brno Psychiatrická klinika – dětské psychiatrické oddělení

Dětská nemocnice FN Brno

Lůžková zařízení pro děti, která mají spádovost v Jihomoravském kraji, jsou jedním z významných zdrojů pro multidisciplinární spolupráci. V Jihomoravském kraji jde o:

- Dětskou psychiatrickou nemocnici Velká Bíteš, která je na Vysočině, nicméně polovina hospitalizovaných dětí pochází z Jihomoravského kraje;
- Psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice Brno a její dětské psychiatrické oddělení, které působí jako akutní oddělení;
- Dětskou nemocnici Fakultní nemocnice Brno, která není psychiatrickým zařízením, nicméně je zde převážná část zachytu dětí po sebevražedných pokusech nebo stavech ohrožení zdraví a života kvůli poruchám příjmu potravy.

To jsou tři zařízení, na které jsme se v rámci projektu zaměřili. Na začátku roku 2021, kdy jsem začala vstupovat do lůžkových zařízení, tak už probíhaly některé prvotní změny v rámci reformy, zejména zde již byli specialisté na transformaci nebo manažeri kvality, takže jsem nevstupovala úplně na pole „reformou neorané“. Nicméně bylo potřeba nastavit systém kontinuální péče formou provazování dětí na návaznou péči v komunitě. Návaznou péči nemyslíme jen péči psychiatrickou, ale péči reagující na komplexní potřeby dětí a jejich rodin. Stěžejní roli zde plní týmy pracující v přirozeném prostředí dítěte a jeho rodiny. Zdravotně-sociální multidisciplinární podpora v terénu, která může být i velmi intenzivní a jejímž hlavním cílem je minimalizovat hospitalizaci dětí, zamezit vytržení dětí z jejich přirozeného prostředí a maximalizovat intervence v běžném prostředí dítěte.

V rámci zavedení multidisciplinární spolupráce bylo potřeba posílit zdroje. V Jihomoravském kraji jsme na počátku roku 2021 neměli ani jeden specializovaný tým na dětské duševní zdraví. Rozvoj kompetencí týmů jsem popsala v předchozí kapitole.

Pracovalo se tedy se zdroji organizací, které mají zaregistrované sociálně aktivizační služby. Přes podporu sociálně aktivizačních služeb, kterou Jihomoravský kraj zaštiťoval, se podařilo podpořit sociálně aktivizační službu **Piafy Vyškov**, která se rozhodla, že se bude zaměřovat na dětské duševní zdraví, a to nejenom na včasnou detekci a provazbu na další specializované služby, ale přímo na podporu dětí uvnitř týmu, kdy se sociálně aktivizační služba sama bude zaměřovat speciálně na děti





s psychickými problémy. Výhodou této sociálně aktivizační služby je, že má ve svých řadách psychologa, takže tady se ukazuje první vlaštovka, že i když nemáme organizace, které by přišly a řekly „my chceme řešit dětské duševní zdraví a dělat nové týmy“, tak se může stát, že některé služby dostanu odvahu, obdrží větší kompetence a díky podpoře budou situace řešit. Získají zkušenosti, budou erudovaní, nastaví procesy a metodiky uvnitř svých týmů a služeb. Takže sociálně aktivizační služba Piafa Vyškov je jedna z těch služeb, které se zaměřují na dětské duševní zdraví cíleně.

Další zapojenou organizací je **Annabel**, která se dlouhodobě zabývala dospělými i dětmi s poruchou příjmu potravy, což je rovněž oblast duševního zdraví. Začala spolupráci rozvíjet a zaměřila se i na děti s psychickými problémy obecně, což se rozvinulo až do úzké spolupráce s Dětskou psychiatrickou nemocnicí Velká Bíteš.

Dalším zdrojem je **Práh Jižní Morava**, moje mateřská organizace, ve které jsem již 17 let. Ještě před rokem jsme vůbec nevěděli, že budeme pracovat s dětmi s psychickými problémy. Naopak jsme v nejužším vedení organizace stále hlásali, že my do oblasti práce s dětmi nikdy nevstoupíme. Ale hezky se vše propojilo, a tak jsme se nakonec rozhodli, že do toho půjdeme.

Tři výše uvedené organizace momentálně v Jihomoravském kraji zajišťují podporu dětí s psychickými problémy. Ne všechny týmy považujeme za tzv. velké, úplné. Co se velkých týmů týče, pak se bavíme o Brně, kde jsou **momentálně tři velké týmy** (velkým týmem myslím 5 osob), které se zaměřují na podporu dětí s psychickými problémy. Týmy jsou multidisciplinární, zdravotně-sociální, v některých týmech je dokonce zdravotní sestra a konzultující psychiatr, v menších okresech se podařilo alespoň to, aby zde fungovaly zárodky týmů, aby se v týmech věnoval alespoň jeden nebo jeden a půl člověka podpoře dětského duševního zdraví. Jak to bude v budoucnu, to bude opět záležet na podpoře kraje a dalších projektových možnostech. Bez podpory se kapacity nových služeb rozvíjet nemohou.

Úvazky jsou v některých týmech počáteční, malé. Jeden nebo jeden a půl úvazku na celý okres je hodně málo. Do plánu rozvoje sítě služeb kraje se tedy snažíme naplánovat další rozvoj tak, aby úvazky v jednotlivých krajích byly kolem 5 pracovníků ve střednědobém horizontu. S provazováním a vznikem tzv. zárodků virtuálních týmů jsme začínali postupně tam, kde jsme měli zárodky týmů, které jsme provazovali na psychiatrické dětské nemocnice či oddělení.

Než jsme začali multidisciplinární spolupráci řešit uvnitř daného zařízení, tak síťování dětí, které končily hospitalizacemi, vypadala tak, že děti nebo rodiče obdrželi telefonický kontakt na nízkoprahový klub nebo sociálně aktivizační službu. Ale většina rodin už ten kontakt nevyužila, takže děti zůstávaly dál bez intenzivní podpory v terénu.





Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

- Od listopadu 2020 probíhá provazování dětí z JMK (nepodařilo se i přes setkání s koordinátory a metodiky dalších krajů navázat další návazné služby z jiných krajů, ze kterých jsou také děti hospitalizované v DPN – služby chybí, max. jsou někde služby pro děti 16+ Pelhřimovsko (působnost pouze jeden okres)
- Minimálně polovina dětí standardně hospitalizovaná z JMK
- Ve významné části dětí s vleklými dlouhotrvajícími psychickými problémy. Děti hospitalizované opakovaně. Přichází často ze sociálně-ekonomicky slabých poměrů. Rodiče často nespolupracují. Ve výjimečných případech se podaří je navázat na pravidelnou spolupráci, kontakt.
- od roku 2020 – listopad – probíhá provazování všech dětí z JMK do návazné péče v době hospitalizace, návazná služba přijede po kontaktování malým metodikem na oddělení, kde se potká s dítětem, zdravotními pracovníky oddělení (rodiče se nedaří do spolupráce navázat, nedochází za dětmi často ani během jejich hospitalizace návštěvy, rodiče jsou kontaktováni návaznou službou přímo v domácnostech a návazná služba může rodiče na setkání i dovést).

Cílem síťování bylo, a to už se dostáváme ke konkrétnímu příkladu Dětské psychiatrické nemocnice Velká Bíteš, aby v době hospitalizace na dítě a na rodinu byla navázána služba přímo v lůžkovém zařízení. Vytvořili jsme systém, kde mimo mě jako metodika projektu multidisciplinarity v Jihomoravském kraji působí ve dvou lůžkových zařízeních, a to v Dětské psychiatrické nemocnici Velká Bíteš a ve FN v Brně, dva tzv. malí metodici, což jsou metodici multidisciplinarity uvnitř zařízení, tedy přímo pracovníci daných nemocnic. Ve Velké Bíteši jde o zdravotně-sociálního pracovníka a v Brně o staniční sestru. Tito dva pracovníci mají na starosti multidisciplinaritu.

Ale bylo potřeba toho udělat mnohem víc, nejen provázat lidi na návazné služby, ale zavést multidisciplinaritu i uvnitř zařízení. Stanovit lidi, kteří se budou multidisciplinaritě věnovat, aby provazbu nedělali všichni, ale pouze jeden koordinátor multidisciplinarity v daném zařízení. Takže jsme nastavili systém, že do zařízení nemohou vstupovat úplně všichni, což se doposud dělo: Když už někdo do lůžkových zařízení vstupoval, tak to byl „pelmel“ zástupců různých služeb, pracovníci v nemocnicích se v tom neorientovali, nevěděli, co je sociálně aktivizační služba, že vedle ní existuje nízkoprahová služba (nízkoprahový klub) atd.

Se vznikem nových/transformovaných týmů na dětské duševní zdraví jsme proto stanovili takzvanou roli gate keepera, tedy tzv. klíčníka pro daný region, který bude zaštiťovat spolupráci a síťování dalších potřebných aktérů podpory pro dítě i rodinu a bude v úzké spolupráci s daným lůžkovým zařízením.

Jak to prakticky vypadá: Od listopadu 2020 je to tak, že jakékoliv dítě z Jihomoravského kraje je hospitalizováno v Dětské psychiatrické nemocnici Velká Bíteš nebo na Psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice Brno, tak je vždy přes malého metodika multidisciplinarity kontaktována spádová klíčová služba, což jsou zárodky již zmíněných multidisciplinárních terénních týmů. Služba dostane informace o potřebách a zdrojích kolem dítěte a rodiny. Dostaví se na schůzku na oddělení v době, kdy je dítě hospitalizováno. Schůzka v ideální podobě vypadá tak, že:

- je přítomno dítě, rodič nebo oba dva rodiče, často i pěstouni;
- jsou tam zástupci z lůžkového zařízení, většinou psychiatr, psycholog nebo staniční sestra;
- jsou tam zástupci návazné služby, kteří mají realizovat podporu dítěte po ukončení hospitalizace v běžném prostředí a podporu rodiny;
- společně se mapují potřeby;





- nastavuje se plán podpory, tedy kdo a jakým způsobem dítě, případně rodinu podpoří;
- zjišťuje se navázání na další potřebné služby.

Od roku 2022 bychom chtěli provazovat i další služby do podpory dítěte přímo na oddělení, jako jsou OSPOD a sociálně aktivizační služby. Jejich pracovníci rodinu zpravidla dobře znají nebo s ní dlouhodobě spolupracují, což přináší cenné informace o zdrojích a znalosti situace.

METODICKÁ DOPORUČENÍ:

- 30. Zorganizujte společná setkání mezi spádovými týmy a psychiatrickými nemocnicemi.**
- 31. Vyjednejte mezi sebou roli tzv. gate keepera v jednotlivých regionech/okresech, většinou o velikosti 100 000 obyvatel.**
- 32. Zasiťujte se s dítětem a rodinou do bezpečného vztahu ještě během hospitalizace, co nejdříve po přijetí dítěte k hospitalizaci.**
- 33. Spolupracujte s dítětem i rodinou i během hospitalizace.**
- 34. Pokud s dítětem spolupracujete v komunitním týmu a je potřebná hospitalizace, podpořte dítě a rodinu, asistujte při hospitalizaci v adekvátní možné míře.**





Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

Spolupráce s rodinami + návazné služby + DPN V. Bíteš

- Od roku 2022 – zefektivnění práce s rodiči – rodiče si děti vždy vyzvednou při víkendových propustkách (většinou 1 až 2 za pobyt) a při vyzvednutí dítěte po hospitalizaci. Tam, kde se nepodaří dítě provázet, tak návazná služba bude na setkání s rodiči na oddělení právě v době, kdy si rodič přijede vyzvednout dítě. O tomto způsobu provázání budou rodiče informováni při vstupu dítěte na hospitalizaci. Nemocnice bude rodiče informovat o možnosti návazné MD péče v terénu jako o standardním doporučeném postupu návazné péče. Dítě po hospitalizaci potřebuje návaznou péči, stejně např. jako dítě se zlomenou nohou potřebuje po operaci a propouštění domů péči fyzioterapeuta.

Co se nám v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši úplně nedaří, je spolupráce s rodiči. Jde často o děti, které jsou hospitalizované opakovaně, které pocházejí z tíživých sociálně-ekonomických podmínek. Z rodin, kde rodiče nespolupracují s lůžkovým zařízením v době hospitalizace dítěte, často ani nejsou v kontaktu se svými dětmi během hospitalizace. Takže o to víc je problematické navázat je na spolupráci přímo na oddělení, ale o to víc je to potřebné.

To je další úkol pro následující období: Jak zefektivnit spolupráci s rodiči dítěte u těch rodičů, kteří jsou tzv. nespolupracující. Zde mám na mysli prvek asertivní práce, která v současné době hodně chybí u služeb primární prevence specializujících se na dětské duševní zdraví. Služby jsou zvyklé, snaží se pracovat s tím, co si daná rodina přeje.

Avšak často jsou děti s psychickými problémy v tom stavu ne proto, že např. chlapeček je agresivní na paní učitelku „jen tak z ničeho nic“, on je agresivní, protože již léta nemá uspokojené základní potřeby, lásky, lidské vztahy aj.

Je tedy důležité pracovat víc s prvkem asertivity, který známe z oblasti dospělého duševního zdraví velmi dobře. Často se setkáme s lidmi, kteří jsou bez náhledu na svou situaci a duševní onemocnění. Stejně tak tady se často setkáváme s rodiči, kteří stojí za špatným psychickým stavem svých dětí, nechtějí spolupracovat, je to pro ně třeba velmi stigmatizující, že by najednou měli jít k psychologovi. Spíš řeší, aby měli bydlení, aby měli jídlo, aby měli dávky, ale úplně se nedaří dostat k nim téma ošetření duševního zdraví jejich dítěte.

To je tedy další velký úkol, který řešíme nejen s Dětskou psychiatrickou nemocnicí ve Velké Bíteši, ale i na 3. úrovni multidisciplinarity, kdy se bavíme, jak si navzájem pomoci, jak provázet tu spoustu služeb kolem rodiny, jak realizovat asertivní způsob práce, protože pro mnoho dětí to znamená jedinou možnost, jak se z bludného kruhu dostat.





Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

- Zefektivnění a zkvalitnění MD spolupráce na 2. úrovni
- Od léta se vypracovává nový nástroj pro MD spolupráci ve složení metodik kvality, vrchní sestra, metodik MD (malý – velký), následně přidání staniční sestry, psycholog, psychiatři – a do konce roku návazné týmy.
- Jde o nástroj mapování potřeb pro MD spolupráci v DPN V. Bíteš a následné plánování podpory
- Nástroj bude součástí procesu provazování
- Do 10 až 14 dnů proběhne první vyhodnocení potřeb (mapování vývojových potřeb dítěte, rodiny, rodičů (obou dvou) – kompetence rodičů, mapování okolí a prostředí dítěte a rodiny). Tento nástroj se bude využívat v procesu. Nejde o statický dokument, který se jednou vyplní a nic se s ním dál nebude dít.
- Po prvním vyhodnocení dojde k první schůzce s návaznou službou na oddělení, dítětem a rodičem (ideálně). Potřeby se budou diskutovat a plánovat první plán podpory. Následně bude docházet k podpoře dítěte, rodiny jak týmem na oddělení, tak týmem návazným. Dojde k dalšímu mapování potřeb – vyhodnocování, upřesňování již zjištěného a k následné druhé schůzce na oddělení, na kterou mohou být pozváni mimo gate keepera i další aktéři podpory – OSPOD, třídní učitel, pracovník SAS atp. Cílem je vytvořit plán podpory, se kterým bude dítě odcházet

Co plánujeme do roku 2022? Zkvalitňovat spolupráci, která již probíhá. To je neustálý proces, sice máme všechny děti z Jihomoravského kraje provázány na návaznou péči v terénu, ale to není konečný úkol. Nemůžeme se poplácat po ramenou, že jsme to udělali a teď končíme. Je potřeba nahlížet, jak můžeme multidisciplinaritu zavádět širěji a kvalitněji. Jednou z těch cest je větší propojenost dětské psychiatrické nemocnice a dalších služeb, a to nejenom těch klíčových v oblasti dětského duševního zdraví, ale i těch dalších.

Naší prioritou je tvorba sdíleného plánu péče, který se daří zavádět. Příklad z Hodonína, kde se účastnili všichni aktéři, kteří kolem rodiny byli: Byla to sociálně aktivizační služba, pracovník OSPOD, který konkrétní dítě a rodinu podporuje, a byl účasten i pracovník z poradny a pracovník z nové návazné služby zaměřené na dětské duševní zdraví. Předtím než se potkali s rodinou, tak došlo ke společnému setkání pracovníků, kde jsme všichni společně pracovali s příběhem dítěte. Setkání bylo dvouhodinové. Zaměřovali jsme se na celý příběh dítěte, nejen na akutní základní potřeby, na které se služby většinou zaměřují. Šli jsme po příčinách problémů, které pramení většinou hluboko v historii dítěte a celé rodiny. Taky jsme se bavili o hodnotách. Uvědomovali jsme si hodnoty v celém procesu, jestli je to opravdu ta maminka, kdo tu péči nezvládá, co je její hodnotou, a zjistili jsme, že i když z té péče vypadává, tak je vidět, že dítě má ráda, že její hodnotou je opravdu nevystavit dítě stejné situaci, kterou zažila ona, tedy aby byly bez matky, aby byly odebrány do institucionální péče. Že je prostě má ráda. Byl to proces, kdy jsme pracovali s dlouhodobými a krátkodobými potřebami, s hodnotovým systémem v celém procesu. Vytvořil se jeden zaštiťující plán, i když rodina má smlouvu se všemi sociálními službami, které využívá, může mít, a v tomto případě měla, jeden zastřešující plán, který stanovoval jeden hlavní cíl, který jsme společně formulovali: „Aby děti zůstaly s mámou.“

To je tedy ten hlavní cíl, který máme všichni stejný, nicméně k němu směřujeme pomocí různých nástrojů – jiné možnosti podpory má sociálně aktivizační služba, která si stanovila praktické úkony podpory matky a dítěte, jiné nástroje spolupráce může přinášet pracovník OSPOD a jiné nástroje podpory si stanovili pracovníci nového specializovaného týmu zaměřeného na dětské duševní zdraví. Takže i když všichni směřujeme ke stejnému cíli, v plánu jsou stanoveny různé způsoby jeho naplnění. Což je i v souladu se zákonem o sociálních službách. Pokud by přišla kontrola na plány, tak cíl je v souladu s činností dané služby a jednotlivých aktérů. Jednotlivé činnosti služeb tedy nebrání tomu,





aby vznikl plán s vytvořenou představou a znalostí případu a sdílení vytčeného očekávání, jednotlivých možností a rolí. Pak kolegové docházeli za maminkou a dětmi, společně stanovovali kroky, nechali vyjadřovat maminku a bavili se o tom, co by maminka samotná potřebovala. Na základě toho se vytvořil plán s jednotlivými klíčovými činnostmi, rozdělenými podle kompetencí a možností dané služby. Cílem není jenom plán vytvořit, ale stále revidovat, bavit se o něm a zvolit si hlavního case managera, který bude zodpovědný za koordinaci plánování. V této rodině jím byla zvolena sociálně aktivizační služba, protože se nejvíc a nejintenzivněji zatím s rodinou potkávala. Nicméně case manager, který bude zodpovědný za koordinaci všech ostatních, může být v průběhu procesu práce s rodinou i změněn.

Aktuálně v rámci JMK vzniká metodika multidisciplinární spolupráce pro SAS, která ukotvuje i spolupráci v rámci MD na 2. a 3. úrovni v kraji. Součástí metodiky je rovněž ukotvení nového nástroje, který se zaměřuje na mapování vývojových potřeb dětí. Nástroj mapuje vývojové potřeby dítěte, kompetence rodičů a prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Mapovací nástroj bude využíván napříč službami – OSPOD, SAS, DPN Velká Bíteš, terénní týmy pro dětské duševní zdraví atp. Nástroj bude využíván všemi v systému a bude „putovat s dítětem“. Cílem je sjednotit mapování potřeb a nastavit v rámci MD spolupráce hned zpočátku vnímání potřeb v rodině a u dítěte.





Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

Hospitalizace a rehospitalizace

- Dochází k prvním zkušenostem s rehospitalizacemi a hospitalizacemi
- Cílem je posílit využití prvku intenzivní terénní zdravotně-sociální podpory při zvládání krizových situací a zhoršení zdravotního stavu tak, aby nemuselo docházet vždy rehospitalizaci dítěte jako nástroji první volby – doteď tomu tak je. A zároveň odlehčit lůžkovému zařízení tak, aby se mohli věnovat pouze akutním situacím, které nelze vyřešit momentálně v terénu
- Několik měsíců debatujeme nastavení systému, kdy při opakovaných rehospitalizacích bude metodik MD kontaktovat návazný tým, aby o plánované rehospitalizaci věděl a byl schopen se intenzivněji zaměřit na podporu rodiny, zkontaktoval pedopsychiatra a další aktéry a snažil se v terénu zmapovat nutnost hospitalizace a potřeby dítěte a rodiny. Cílem je snížit počet rehospitalizací, pokud by šla situace za intenzivní podpory vyřešit v terénu.
- Po plném zavedení mapování a plánování pro MD podporu je dalším cílem vytvořit metodické postupy pro oblast rehospitalizací a hospitalizací ve spolupráci s MD týmem v terénu – výstup cca březen/duben

Rehospitalizace je velké téma. Často dochází k rehospitalizacím, protože systém nemá jiný nástroj pro podporu dětí v krizi. Vždycky však nemusí dojít k rehospitalizaci. K tomu je potřebná změna pohledu v lůžkových zařízeních a v celém systému. Začínají se objevovat další zdroje a možnosti, jak situace vedoucí ke krizi řešit. A k tomu slouží právě multidisciplinární zdravotně-sociální služby. Pokud se přesune podpora dětí s psychickými problémy do terénu, nemusí být lůžková zařízení následně tak přetížená a mohou se zaměřit na řešení skutečně akutních a závažných situací.

Momentálně jsou dětská psychiatrická zařízení přetížená nejen akutními situacemi. To znamená, že potřebujeme co nejvíc rozvinout podporu v terénu, která je v České republice žalostně malá. V současnosti se systém stále primárně zaměřuje na saturování nedostatku pedopsychiatrů, ale pedopsychiatři jsou v potřebách dětí a rodin pouhou špičkou ledovce. Tím, kdo staví intenzivní základy podpory v terénu a řešení daných situací, jsou týmy složené z vícero profesí – multidisciplinární zdravotně-sociální terénní týmy, které mohou nabízet velmi intenzivní podporu, jsou v úzké spolupráci s lůžkovými zařízeními i s pedopsychiatry a pediatri. A to je oblast, která by měla stát v centru pozornosti dotačních titulů krajů.





Multidisciplinární spolupráce s Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice v Brně

Psychiatrická klinika FN Brno – dětské psychiatrické oddělení

- Rok probíhá provazování dětí, které se ocitnou na hospitalizaci ve FN Brno na dětském psychiatrickém oddělení
- Všechny děti z JMK jsou provázány na tzv. gate keepery
- Gatekeeper je v každém okrese JMK (organizace Práh j. Morava, Anabell, Piafa Vyškov). Tvoří ho zárodky dětských týmů (psycholog, soc. pracovník) nebo celé, min. 4 členné zdravotně-sociální týmy.
- Dochází často k hospitalizacím z důvodů: emoční dysregulace a sebepoškozování, poruchy pohlavní identity, poruchy příjmu potravy (až 1/3 dětí)

K Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Brně bych ráda zmínila, že ne vždy se bavíme o klasických hospitalizacích v dětských lůžkových zařízeních, kde hospitalizace trvají v průměru dva až tři měsíce. Zde na psychiatrické klinice se bavíme o hospitalizacích v průměru dvoutýdenních, pokud se nejedná o poruchu příjmu potravy. Všechny děti z Jihomoravského kraje jsou opět navázány na gate keepery služby a opět dochází ke stejnému systému provazby a síťování. Na akutním oddělení se ocitá spousta dětí, u kterých je možné uvažovat o nějaké včasné podpoře, u kterých nedochází tolik k tomu, že pocházejí ze sociálně a ekonomicky slabých rodin. Ve více než 90 procentech se daří spolupracovat s rodinou dítěte v době hospitalizace. Hospitalizace dětí jsou z jiných důvodů – jde primárně o hospitalizace kvůli akutnímu stavu, například sebepoškozování, poruchy pohlavní identity, poruchy příjmu potravy tvoří až jednu třetinu dětí.





Psychiatrická klinika FN Brno – dětské psychiatrické oddělení

- Momentálně probíhá provazování následovně

Metodik MD svolává v době hospitalizace dítěte schůzku na oddělení ve složení:

- dítě, psycholog oddělení, staniční sestry, psychiatr, rodiče dítěte (zde se daří víc jak v 90 % vždy na schůzce mít rodiče), zástupce návazné služby. Předávají se informace, domlouvá se podpora. Děti jsou hospitalizované v průměru 2 týdny (pokud nejde o poruchy příjmu potravy), provazování musí být velmi rychlé

Co se týká podpory rodiny v rámci Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Brně, tak to probíhá tak, že na společnou schůzku přichází v době hospitalizace dítěte i rodič a předávají si informace společně s personálem, návaznou službou a dítětem – domlouvají se na podpoře.

Cílem je nejenom domluvit podporu, která bude probíhat poté, až bude dítě propuštěno z hospitalizace, ale cílem je pobavit se i o podpoře, která bude probíhat v době hospitalizace dítěte. To znamená, že návazná služba může přijet na oddělení za dítětem sama, navazovat vztah s dítětem v době hospitalizace, stejně tak může přijet do rodiny a podpořit rodiče, aby se lépe připravili a zvládli přestup a návrat dítěte, a to zejména u dlouhodobých hospitalizací. U těch krátkodobých jde o akutní podporu, protože rodiče často zažívají velkou tíseň, necítí se kompetentní, aby za 14 dní po ukončení hospitalizace situaci řešili doma sami s dítětem. Takže jde jak o podporu dětí v době hospitalizace, tak i rodičů v době hospitalizace, případně o mobilizaci různých dalších zdrojů, které mohou být cenné pro rodinu a pro dítě. Tím může být třeba učitel, ke kterému má dítě důvěru, nebo babička, která hraje významnou roli, apod. Výše uvedené se na Psychiatrické klinice ve FN Brno daří. Rodiny jsou spolupracující a víc se pracuje s akutními situacemi, které vyžadují trochu jiný druh spolupráce. Znamená to, že služby, které nově vznikají, musí být zaměřené ještě na jiný typ podpory, než běžně známe v sociálních službách kolem dětí. To je typ podpory akutní a krizové, flexibilní a mobilní, kdy služby musí velmi rychle zareagovat na to, že je dítě hospitalizováno, a velmi rychle přijet do týmu a velmi rychle řešit i krizové situace v přirozeném prostředí kolem dítěte. Služba by měla být proto schopná pracovat a podporovat dítě i třeba každý den po určitou dobu, než se překlene krize.





Multidisciplinární spolupráce s Dětskou nemocnicí Fakultní nemocnice Brno

Dětská nemocnice FN Brno

- Ojedinelý druh lůžkového zařízení v JMK
- Hospitalizované děti po suicidálních pokusech v ohrožení zdraví a života a děti, které jsou v ohrožení zdraví či života kvůli poruchám příjmu potravy
- Po stabilizaci fyzického zdraví jsou propouštěny (řády dnů od přijetí – průměr cca 9)
- Významná část dětí je propuštěna do domácího léčení
- Extrémně chybí dostatečná kapacita návazné péče. U menší části dětí dojde k návazné hospitalizaci v dětském psychiatrickém lůžkovém zařízení
- Po hospitalizaci děti čekají na návaznou psychiatrickou či psychologickou ambulantní péči i řadu měsíců – tzn. jsou bez potřebné intenzivní zdravotně-sociální podpory v přirozeném prostředí, ale i bez ambulantní intenzivní podpory

V Dětské nemocnici FN Brno se jedná o atypickou situaci, neboť nejde přímo o psychiatrické zařízení. Rovněž je atypická tím, že ne v každém okrese je dětská nemocnice. Děti po sebevražedných pokusech zůstávají na dětských odděleních v běžných všeobecných nemocnicích. Dětská nemocnice je tedy ojedinelým druhem lůžkového zařízení v kraji. Zjistili jsme, že zde končí mnoho dětí po sebevražedných pokusech. Děti po suicidálních pokusech nekončí z důvodu ohrožení života, kdy je třeba stabilizovat nejdřív fyzické tělo, v psychiatrických lůžkových zařízeních, ale právě v dětských nemocnicích nebo na dětských odděleních všeobecných nemocnic. To znamená, že v průměru dítě setrvává zhruba devět dní na hospitalizaci pro zajištění stabilizace svého fyzického stavu a poté je propuštěno do domácí léčby. Domácí léčba často vypadá tak, že rodiče a dítě „pouze čekají“, až se na ně „dostane řada“ a budou moci mít podporu od pedopsychiatra. Ve většině případů na ni čekají několik měsíců, často i půl roku, což není bezpečné v situaci, kdy je dítě po akutní fázi ohrožení života.

V podstatě tam, kde chybí multidisciplinární terénní týmy, podpora nemůže plynout ani z terénu, ani od lůžkových sociálně-zdravotních služeb. Tím, že jsme vytvořili v Jihomoravském kraji zárodky systémové multidisciplinární práce, domluvili jsme se na tom, že zkusíme děti provazovat a spolupracovat s nimi i tady již v době, kdy budou hospitalizovány po pokusu nebo budou v ohrožení života kvůli poruchám příjmu potravy, stejně tak jako to děláme v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši.

Aby dítě neodcházelo do domácího léčení s tím, že nemá nikoho a měsíce musí čekat na psychologickou nebo psychiatrickou ambulantní podporu, ale bude mít podporu od terénního zdravotně-sociálního týmu.





Dětská nemocnice FN Brno

- V rámci nemocnice dochází k psychiatrickým a psychologickým konziliím
- Průměrně cca 300 psychiatrických konzilií a 150 psychologických za rok
- V posledním období dochází k nárůstu potřeb návazné psychiatrické péče
- Momentálně jeden pedopsychiatrik na celou nemocnici, psychologická péče bojuje také s nedostatkem psychologů

Nejsme aktuálně schopni pomoci všem dětem, protože se bavíme o zárodcích týmů, a bude záležet na dotačních titulech, jak se budou moci tyto týmy rozvíjet.

Pro představu, o jakém objemu dětí se bavíme, průměrně je v Dětské nemocnici FN Brno 300 psychiatrických a 150 psychologických konzilií za rok. Jde o velký objem dětí, který nejsme momentálními kapacitami schopni pokrýt. Můžeme začít nastavováním procesu a systémové podpory kolem dětí alespoň v desítkách případů. Co Dětská nemocnice (DN) FN Brno a ostatní služby poslední rok hodně detekují, je nárůst situací, kvůli kterým se děti ocitají v nemocnici po suicidálních pokusech, k čemuž asi přispívá i situace kolem covidu.

Momentálně je pouze jeden pedopsychiatrik na celou nemocnici a psychologická péče se potýká i s nedostatkem psychologů, takže na DN jsou momentálně dva. Je tedy zřejmé, že bude potřeba pomoc od donátorů a od krajů pro týmy multidisciplinární spolupráce, abychom všechno to, co nyní v rámci projektu MZ zavádění multidisciplinární spolupráce rozvíjíme, mohli vnášet i do ostatních krajů. A to tak, že potřeby budou saturovány sociálně-zdravotními multidisciplinárními týmy.

Praxe nám ukázala, že to může být správná cesta – podporovat služby, které se v primární prevenci kolem dětí pohybují, jako jsou sociálně aktivizační služby, nízkoprahové kluby a podobně, rozvíjet systém péče o duševní zdraví dětí. Podporovat nástroje pro včasnou podporu a detekci, aby se děti do podpory dostávaly včas, tedy ještě dříve, než se pokusí o sebevraždu.





Dětská nemocnice FN Brno

Cílem je:

- Zajistit dětem a rodinám včasnou podporu po suicidálních pokusech
- Zajistit zdravotně-sociální podporu v přirozeném prostředí, předejít dalším hospitalizacím, které vytrhují dítě z běžného známého prostředí
- Momentálně lze tuto podporu zavádět ve všech okresech v JMK – podílely by se na ní 3 organizace (Praha 6 okresů, Piafa Vyškov (Vyškovsko), Anabell (Brno-město))
- Je potřeba zahájit (organizace výše) vyjednávání s krajem o financování terénních zdravotně-sociálních služeb pro děti s psychickými problémy – kapacity jsou extrémně podhodnocené. Lze pomoci v současné chvíli pouze několika málo desítkám dětí/rodin. Nicméně z DN jich plyne po suicidálních pokusech mnohem víc.

Cílem je tedy zajistit podporu a ulehčit lůžkovým zařízením návaznost na terénní týmy, protože část dětí se ocitá v lůžkových zařízeních, jako je dětská nemocnice nebo fakultní nemocnice. I lůžková zařízení již spatřují význam ve spolupráci s terénním týmem. Terénní týmy kontaktují aktivně sami. Minulý týden jsme například řešili případ jedné holčičky, když škola volala na psychiatrické oddělení a mluvila o velmi naléhavé akutní situaci, a z akutního oddělení volali do návazného týmu a říkali: „Pojďte nám s tím pomoci.“ U dítěte tak nemusí vůbec dojít k hospitalizaci, když včas intervenujete a jste v intenzivní spolupráci. Systém si už uvědomuje a ověřuje v praxi situace, kdy terénní tým může ošetřit podporu přímo v přirozeném prostředí, což může zamezit hospitalizaci a zhoršování psychického stavu.

Dětská nemocnice FN Brno

Cílem je:

- Odlehčit návazným lůžkovým psychiatrickým dětským zařízením (DPN V. Bíteš, FN Brno Psychiatrická klinika - dětské psychiatrické oddělení), aby k nim z Dětské nemocnice plynuly pouze ty děti, které se bez návazné lůžkové psychiatrické péče neobejdou, a ty děti, kterým by pomohla zdravotně-sociální intenzivní podpora v terénu, by byly provazovány na návazné MD týmy.
- Mohla by to být jedna z věcí, která by mohla přispět k tomu, že by nebyl takový tlak na lůžka v psychiatrických dětských zařízeních a akutní lůžkové péče by se dostávalo dětem pouze v opravdu akutních případech, které nelze vyřešit jinak





Spolupráce na III. úrovni

Lůžková zařízení a MD 3. úrovně

- Děti s psychickými problémy a jejich rodiny nezdědka využívají několik služeb (SAS, OSPOD, NZDM, SVP, PPP, škola, školní psycholog...) zároveň při jejich hospitalizaci je klíčové propojit děti nejen s návazným terénním MD zdravotně-sociálním týmem, ale v nějaké fázi (zejména u hospitalizací, kde je pro to prostor z časových důvodů – hospitalizace delší než 2 až 3 týdny) i klíčovými aktéry 3. úrovně MD, kteří jsou zásadní pro podporu dítěte po hospitalizaci.
- Jedním z klíčových aktérů, který má rozhodovací pravomoci, je OSPOD. Tam, kde je OSPOD, je zásadní, aby byl pracovník OSPOD součástí schůzky na oddělení, provázal se na dítě a návaznou službu už v době hospitalizace dítěte, „zažil si hospitalizaci“, a byl u plánování podpory dítěte v době hospitalizace.
- Obdobně to může být důležité např. u zapojení SAS nebo třídního učitele, kteří byli dosud významným zdrojem podpory dítěte atp.

Děti s psychickými problémy a jejich rodiny nezdědka využívají několik služeb (Sociálně aktivizační služba, OSPOD, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, středisko výchovné péče, pedagogicko-psychologická poradna, škola – školní psycholog...) najednou. Při jejich hospitalizaci je klíčové propojit děti nejen s návazným terénním MD zdravotně-sociálním týmem, ale v nějaké fázi (zejména u hospitalizací, kde je pro to prostor z časových důvodů – hospitalizace delší než 2–3 týdny) i s klíčovými aktéry 3. úrovně MD, kteří jsou zásadní pro podporu dítěte po hospitalizaci.

Jedním z klíčových aktérů, který má rozhodovací pravomoci, je OSPOD. Tam, kde je OSPOD, je zásadní, aby byl pracovník OSPOD součástí schůzky na oddělení, provázal se na dítě a návaznou službu už v době hospitalizace dítěte, „zažil si hospitalizaci“ a byl u plánování podpory dítěte v době hospitalizace.

Obdobně to může být důležité např. u zapojení SAS nebo třídního učitele, kteří byli dosud významným zdrojem podpory dítěte, atp.





Lůžková zařízení a MD 3. úrovně

Z výše uvedeného je patrné, že je nutné:

- Personálně posílit návazné terénní zdravotně sociální týmy, které jsou klíčové pro case management na 3. úrovni MD a v provazování aktérů 3. úrovně MD na lůžková zařízení. Momentálně je extrémní nedostatečnost těchto služeb.
- Posílit dovednosti aktérů 3. úrovně MD v oblasti dětského duševního zdraví
- Nastavit a posílit 3. úroveň MD ve všech regionech
- Zavést case management do 3. úrovně MD a systém sdíleného plánování a společné pravidelné práce s rodinami a dětmi
- Posílením terénní podpory a systémového zavedení 2. a 3. úrovně v lůžkových zařízeních a v jednotlivých okresech odlehčit přetíženosti lůžkové psychiatrické péče a ambulantní pedopsychiatrické péče
- Spolupráce s JMK na vydání minimetodiky pro SAS, která bude zachycovat roli SAS při práci s dětmi s psychickými problémy a bude výstupem roční podpory SAS. Principy by měly navazovat a být v souladu s principy metodiky MZ pro MD spolupráci.

Z výše uvedeného je patrné, že je nutné:

- Personálně posílit návazné terénní zdravotně-sociální týmy, které jsou klíčové pro case management na 3. úrovni MD a provazování aktérů 3. úrovně MD na lůžková zařízení. Momentálně je extrémní nedostatečnost těchto služeb.
- Posílit dovednosti aktérů 3. úrovně MD v oblasti dětského duševního zdraví.
- Nastavit a posílit 3. úroveň MD ve všech regionech.
- Zavést case management do 3. úrovně MD a systém sdíleného plánování a společné pravidelné práce s rodinami a dětmi.
- Odlehčit přetíženosti lůžkové psychiatrické péče a ambulantní pedopsychiatrické péče posílením terénní podpory a systémového zavedení 2. a 3. úrovně v lůžkových zařízeních a v jednotlivých okresech.
- Spolupracovat s JMK na vydání minimetodiky pro SAS, která bude zachycovat roli SAS při práci s dětmi s psychickými problémy a bude výstupem roční podpory SAS. Principy by měly navazovat a být v souladu s principy metodiky MZ pro MD spolupráci.





3. úroveň MD v JMK

- Od října zavedení MD pracovních skupin pro práci s dětmi s psychickými problémy na 3. úrovni v jednotlivých okresech JMK
- Organizátorem metodik MD a koordinátor reformy JMK
- Účastníci: aktéři pohybující se v péči o děti v regionu – dětské domovy, návazné MD terénní zdravotně-sociální služby pro práci s dětmi s psychickými problémy, SAS, OSPOD, soc. odbory, odbory školství, zástupci škol, rané péče, nízkoprahových klubů, pedopsychoiatri, psychologové atp.
- Cílem je pracovat s regionálními zdroji, omezením, potřebami atp. Provázet jednotlivé aktéry, vytvořit prostor pro sdílení, vyjasňování kompetencí, rolí v MD 3. úrovně a posílit dovednosti pro spolupráci s lůžkovými zařízeními. Cílem je nastavit sdílené plánování péče u dětí a jejich rodin jako běžný nástroj MD spolupráce
- Skupiny se pravidelně budou potkávat 1x za 2 až 3 měsíce. Velký zájem o skupiny
- Na skupiny budou pozváni také zástupci lůžkových zařízení v roli hostů

Od října 2021 probíhá zavedení MD pracovních skupin pro práci s dětmi s psychickými problémy na 3. úrovni v jednotlivých okresech JMK.

Organizátorem je metodik MD a koordinátor reformy JMK.

Účastníky jsou aktéři pohybující se v péči o děti v regionu – dětské domovy, návazné MD terénní zdravotně-sociální služby pro práci s dětmi s psychickými problémy, SAS, OSPOD, soc. odbory, odbory školství, zástupci škol, rané péče, nízkoprahových klubů, pedopsychoiatri, psychologové atp.

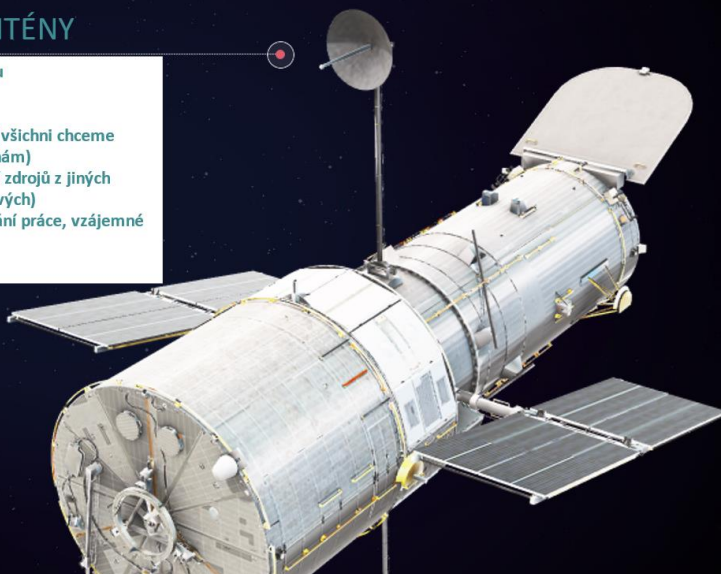
Cílem je pracovat s regionálními zdroji, omezením, potřebami atd. Provázet jednotlivé aktéry, vytvořit prostor pro sdílení, vyjasňování kompetencí, rolí v MD 3. úrovně a posílit dovednosti pro spolupráci s lůžkovými zařízeními. Cílem je nastavit sdílené plánování péče u dětí a jejich rodin jako běžný nástroj MD spolupráce. Skupiny se pravidelně budou potkávat 1x za 2–3 měsíce. O skupiny je zatím velký zájem.

Na skupiny budou pozváni také zástupci lůžkových zařízení v roli hostů.



KOMUNIKAČNÍ ANTÉNY

- Vytvoření prostoru, kde jsme v tom spolu
- Vzájemná trpělivost
- Bezpečný prostor pro „vyladování se“
- Nastavování společného jazyka a hodnot (všichni chceme stejnou věc – pomoci dětem a jejich rodinám)
- Nastavování společných nástrojů (využití zdrojů z jiných služeb, sdílení způsobů práce, hledání nových)
- Navazování vzájemných vztahů (poznávání práce, vzájemné stáže
- MD regionální skupiny



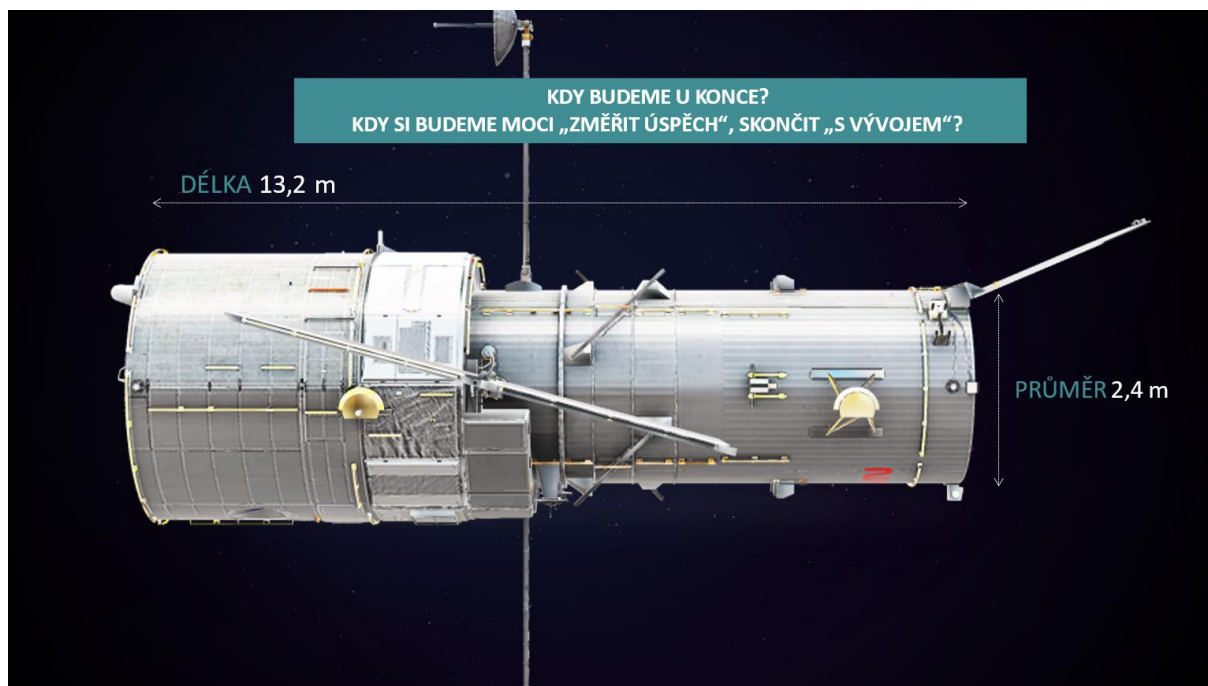
Za poslední rok vnímám neuvěřitelný posun v myšlení a v tom, jak spolu dokážeme komunikovat. Jak vytváříme bezpečný prostor. Ze začátku vše nevypadalo tak ideálně. Bylo opravdu nutné se poznat, hodně a otevřeně o věcech mluvit. A to je potřeba nejenom při provazbě lůžkového zařízení s návaznými službami, ale i obecně v multidisciplinaritě, kde od sebe máme různá očekávání, každý pracujeme s jinými hodnotami, máme různé možnosti a naučené způsoby mluvy a jazyka.

Je potřeba se zaměřit při rozvoji podpory i na tyto věci kolem, abychom měli prostor bezpečně si říct „mně se to nezdá, mně se to úplně nelíbí“ nebo „já tomu nerozumím, proč jsi tohle řekl a jak vlastně pracujete“.

K tomu nám posloužily i stáže pracovníků z návazných služeb v Dětské psychiatrické nemocnici ve Velké Bíteši a teď nás čekají stáže i na Dětském oddělení Fakultní nemocnice Brno.

Momentálně vyjednáváme také stáže pracovníků týmů mezi sebou, například sociálně aktivizační služby a návazného nového zárodku týmu ve Znojmě, zaměřené na dětské duševní zdraví. Jde tedy o to si pořád „ladit nástroje“, jako v orchestru, a hledat komunikační antény.

Stejně jako ve vesmíru, kde máme teleskopy, je potřeba mít a vytvářet sdílený prostor pro komunikaci a spolupráci, nejenom fungovat vedle sebe.



Kdy budeme u konce, kdy se můžeme zaměřit na úspěch? Vlastní úspěch nemůžeme jen tak změřit, to bude trvat. Je to proces na několik let a je dobře, že začal.





Souhrn metodických doporučení

OBSAH – CO	POSTUP – JAK	ODPOVÍDÁ	TERMÍN	MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5
1. Zmapujte všechny zdroje, které v kraji (daném území) můžete využít k vytvoření systému multidisciplinární spolupráce.				
2. Vytvořte si přehled a kompetence, čím která profese může být prospěšná a jaké jsou její kompetence.				
3. Pojmenujte si škálu potřeb dětí a mladistvých s duševním onemocněním či jeho rizik.				
4. Pojmenujte sociální determinanty duševního onemocnění u dětí a mladých lidí a začněte na počátku systém rozvíjet k vyšší kompetenci právě v těchto oblastech.				
5. Postupujte krok za krokem po menších reálných cílech, které vycházejí z vaší situace v kraji.				
6. Zaměřte se na stávající služby v oblasti duševního zdraví, které pracují s dospělou populací, a vyjednávejte možnosti snížení věkové hranice například na 15 let.				
7. Oslovte všechny sociálně aktivizační služby v kraji a začněte vyjednávat a motivovat je k posílení jejich dovedností pro práci s dětmi s duševním onemocněním.				
8. Vytipujte i jiné sociální služby, které jsou motivované pro práci v oblasti duševního zdraví.				
9. Věnujte péči a energii práci s týmy, jejich podpoře, vzdělávání, mentoringu, supervizím, celkové podpoře.				
10. Vytvořte si společný jasný plán, jak krok za krokem naplnit celkovou změnu systému.				





11. Propojte prostředí sociálního a zdravotního sektoru již v době vzdělávání.				
12. Realizujte stáže, ukazují se jako nejefektivnější způsob vzájemného poznání a vytvoření prostředí důvěry.				
13. Pracujte systémově v každém okrese / ORP / spádové oblasti se 100 000 obyv. tak, aby všude byl vždy jeden potencionální provozovatel služeb, který bude motivován rozvinout své služby.				
14. Pracujte na edukaci co nejširšího spektra služeb v porozumění příčinám problémů a jejich včasnému rozpoznání.				
15. Organizujte pravidelné mítinky a vytvářejte sítě podpory všech zdrojů v komunitě.				
16. Připravte spolu s krajskou samosprávou vzdělávání dalších vybraných skupin v péči o duševní zdraví.				
17. Napojte se na školy a vytvořte systém opakované spolupráce se školami, kterou mohou realizovat týmy sociálně aktivizačních služeb.				
18. Zapojte do spolupráce nízkoprahové kluby ve vašem kraji/okrese.				
19. Zapojte do spolupráce OSPOD systémově, určete ve spolupráci s krajem a OSPOD jednoho pracovníka, který bude pro vás kontaktní osoba, realizujte hlubší edukaci.				
20. Vytvořte multidisciplinární propojení mezi těmito pracovníky OSPOD a týmy sociálně aktivizačních služeb, které začaly pracovat v oblasti duševního zdraví.				
21. Inspirujte se u know-how stávajících organizací.				
22. Zapojte do práce neziskový sektor.				





23. Vytvořte regionální pracovní skupiny MD (podle ORP či okresů), zapojte všechny relevantní partnery, vypracujte společně SWOT analýzu, vytvořte společnou vizi.				
24. Pracujte participativním způsobem.				
25. Vytvořte detailní akční plán, jak dále reorganizovat péči směrem k multidisciplinární spolupráci a jaké služby dále transformovat do oblasti péče o duševní zdraví, případně jaké služby dále rozvíjet.				
26. Vytvořte společné plánovací postupy a nástroje.				
27. Integrujte do plánování vždy děti a rodinu v duchu přístupu „NIC O NÁS BEZ NÁS“.				
28. Používejte princip práce postavený na case managementu.				
29. Dohodněte se mezi sebou v sociálně zdravotních službách, kdo bude case managerem příběhu dítěte a jeho rodiny.				
30. Zorganizujte společná setkání mezi spádovými týmy a psychiatrickými nemocnicemi.				
31. Vyjednejte mezi sebou roli tzv. gate keepera v jednotlivých regionech/okresech, většinou o velikosti 100 000 obyvatel.				
32. Zasiťujte se s dítětem a rodinou do bezpečného vztahu ještě během hospitalizace, co nejdříve po přijetí dítěte k hospitalizaci.				
33. Spolupracujte s dítětem i rodinou i během hospitalizace.				
34. Pokud s dítětem spolupracujete v komunitním týmu a je potřebná hospitalizace, podpořte dítě a rodinu, asistujte při hospitalizaci v adekvátní možné míře.				

