

METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

**FOKUS – Opava, z.s.
Psychiatrická nemocnice v Opavě**



METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Vydal:

FOKUS – Opava, z.s.

Tisk:

Ondřej Ludvík – modry.cz

Vydalo:

© FOKUS – Opava, z.s., 2016, 1. vydání

Neprodejný výtisk

Publikace ani její části nesmějí být publikovány ani šířeny jakýmkoliv způsobem a v jakékoliv podobě bez výslovného svolení FOKUSu – Opava, z.s.

OBSAH

Obsah.....	3
Úvod	4
1 Popis organizací.....	4
2 Multidisciplinární tým.....	5
3 Cílová skupina	6
4 Členové multidisciplinárního týmu.....	6
5 Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí	6
5.1 Tým pracovníků ze sociální oblasti.....	6
Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí	7
5.2 Tým pracovníků ze zdravotnické oblasti.....	9
Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí	9
6 Zastupitelnost v rámci multidisciplinárního týmu.....	11
7 Asertivita, direktivita a motivace klienta	12
8 Základní fáze procesu zotavování se a možné role pracovníků MDT....	12
9 Specifika naplnění potřeb osob se závažným duševním onemocněním... 13	
10 Podmínky spolupráce MDT.....	17
11 Konkrétní postup práce MDT	18
11.1 Jak probíhá navázání spolupráce s klientem v rámci multidisciplinárního týmu	18
CAN (camberwell assessment of need)	19
GAF (global assessment of functioning scale).....	19
11.2 Seznámení s případem nového pacienta/ klienta multidisciplinárního týmu.....	20
Slovo závěrem	20
Příloha č. 1	21
Etické kodexy	21
Etický kodec člena MDT	21
Etický kodex lékaře – psychiatra.....	21
Etický kodex klinického psychologa	22
Etický kodex zdravotní sestry	22
Etický kodex sociálního pracovníka.....	22

ÚVOD

Tato metodika je společným výstupem projektů „Pilotní projekt a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu pro region Opava a Vítkov“ a „Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“ podpořených z Norských fondů. Tyto projekty realizují dva spolupracující právní subjekty, které poskytují zdravotní a sociální služby. Poskytovatelem sociálních služeb je FOKUS – Opava, z.s., zdravotní péči zajišťuje Psychiatrická nemocnice v Opavě. Obě tyto organizace dlouhodobě spolupracují. Aktivita obou projektů s názvem „Vytvoření a pilotní odzkoušení multidisciplinárního týmu“ v regionu Opava a Vítkov trvala jeden rok. Spolupráce mezi oběma organizacemi byla zahájena uzavřením partnerských smluv.

1 POPIS ORGANIZACÍ

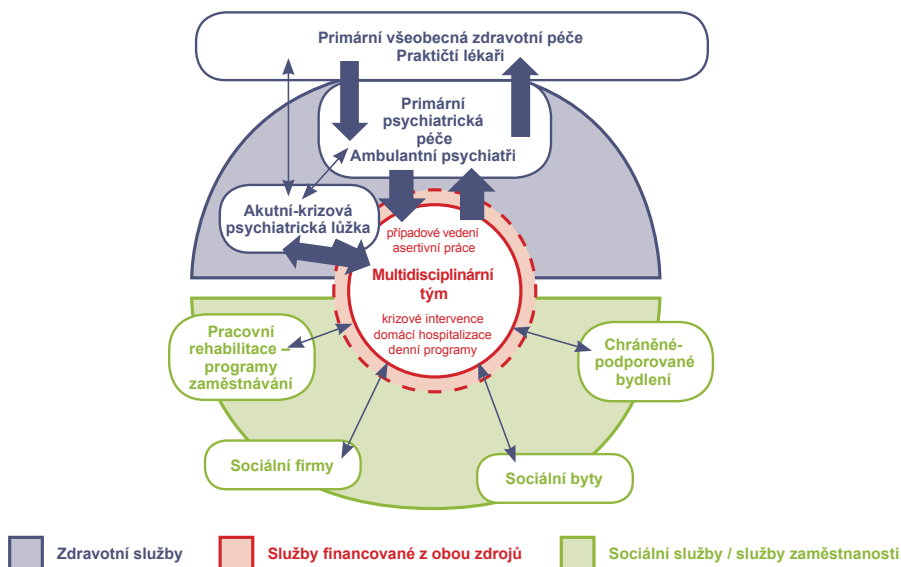
FOKUS – Opava, z.s. vznikl v březnu 2005. Je dobrovolným a nepolitickým sdružením, které sdružuje širokou odbornou i laickou veřejnost v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, mentálním a zdravotním postižením. Ve své činnosti vychází zejména z jejich zájmů a potřeb. Jako registrovaný poskytovatel sociálních služeb poskytuje Sociální rehabilitaci podle § 70 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, Podporu samostatného bydlení podle § 43 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a Služby následné péče podle § 64 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. FOKUS – Opava, z.s. je členem celorepublikového sdružení FOKUS, které zajišťuje nejen metodické vedení a supervize, ale také garantuje kontrolní mechanismy pro hospodaření se státními dotacemi.

Psychiatrická nemocnice v Opavě je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. V současnosti nemocnice disponuje 863 lůžky, na které se přijme téměř 5800 pacientů ročně. Přibližně v jedné třetině se jedná o opakované hospitalizace. Jde o druhé největší psychiatrické lůžkové zařízení v České republice. Spádové území nemocnice představuje 1,3 mil. obyvatel Moravskoslezského kraje.

2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Multidisciplinární tým v psychiatrické péči je tvořen profesionály různých odborností, kteří spolu úzce spolupracují. Zajišťuje komplexní a koordinovanou péči o osoby s duševním onemocněním. V budoucnu by měl doplnit a částečně nahradit institucionalizovanou psychiatrickou péči. Hlavní zásadou práce MDT je zajištění koordinované komunitní péče, která je orientovaná na klienta. Všichni členové týmu spolupracují, sdílí klienty/pacienty a průběžně si předávají informace. Většinu svých intervencí provádějí v jejich přirozeném prostředí, v terénu a po vzájemné dohodě také v institucích, kde jsou klienti/pacienti aktuálně umístěni, např. PN, za účelem jejich přípravy na propuštění. Intervence mají charakter dlouhodobé péče psychiatrické a sociální rehabilitace, případně krizové intervence v domácnosti klienta/pacienta.

Princip fungování MDT¹



1 KOLEKTIV AUTORŮ. Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním: Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 3P Consulting, s. r. o, 2013, s. 18/24

3 CÍLOVÁ SKUPINA

Cílovou skupinou jsou lidé se závažným duševním onemocněním (SMI).

- Diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F4 a F6).
- Trvání onemocnění (déle než 2 roky).
- Funkční narušení (dle hodnot GAF 70 a méně).
- Pacienti s potřebou včasné intervence, tzn. pacienti s rizikem rozvoje SMI.
- Pacienti s akutními psychickými obtížemi a pacienti v krizových situacích nevyžadující hospitalizace. Akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění převážně z diagnostických okruhů F2, F3, F4, F5 a F6.
- Pacienti se sekundárním chronickým psychickým onemocněním, které vzniká následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění (F6 – F7).

4 ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Do společného týmu odborníků jsme v našem případě zahrnuli profesionály z obou organizací dle konkrétních možností, tj. psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry, sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a ergoterapeuta.

5 KONKRÉTNÍ ČINNOSTI A KOMPETENCE JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ

5.1 TÝM PRACOVNÍKŮ ZE SOCIÁLNÍ OBLASTI

Do multidisciplinárního týmu se zapojili: psycholog, 2 sociální pracovníci, pracovník v sociálních službách – psychiatrická sestra, pracovník v sociálních službách.

Práce týmu vychází z případového vedení neboli Case managementu. Mezi znaky tohoto vedení patří:

- získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
- plánování péče a podpory,
- uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě,

- monitorování dosažených výsledků,
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

KONKRÉTNÍ ČINNOSTI A KOMPETENCE JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ:

Sociální pracovník

- sociální šetření,
- zabezpečení sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče,
- sociálně právní poradenství,
- analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti,
- odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence,
- depistážní činnost,
- poskytování krizové pomoci,
- sociální poradenství a sociální rehabilitace,
- zajišťování potřeb obyvatel obce a kraje a koordinaci poskytování sociálních služeb.

Pracovník v sociálních službách

- přímá obslužná péče o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností,
- pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem,
- udržování čistoty a osobní hygieny,
- podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace,
- vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- základní výchovná nepedagogická činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků,
- působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků pracovní aktivity,
- provádění volnočasových aktivit,
- pečovatelská činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi,

- komplexní péče o jejich domácnost,
- zajišťování sociální pomoci,
- provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka,
- poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci,
- základní sociální poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnost, vše pod dohledem sociálního pracovníka,
- činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Klinický psycholog (odbornost 901)

- komplexní psychologické vyšetření,
- cílené psychologické vyšetření,
- kontrolní psychologické vyšetření,
- krizová intervence,
- psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem,
- psychoterapie individuální systematická,
- psychoterapie skupinová typ I á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ II á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita),
- rodinná systematická psychoterapie.

Pracovník v sociálních službách – Psychiatrická sestra (odbornost 914)

- zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry,
- psychiatrická rehabilitace individuální,
- terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou,
- psychoterapeutické činnosti poskytované sestrou (pod odborným vedením a indikací psychiatra či psychologa),
- edukace psychiatrickou sestrou,
- reedukace psychiatrickou sestrou.

5.2 TÝM PRACOVNÍKŮ ZE ZDRAVOTNICKÉ OBLASTI

Do multidisciplinárního týmu se zapojili: psychiatr, psycholog, sociální pracovník, 2 psychiatrické sestry, ergoterapeut.

Práce týmu vychází z ucelené psychiatrické rehabilitace, která se zaměřuje jak na část léčebnou, tak sociální.

KONKRÉTNÍ ČINNOSTI A KOMPETENCE JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ:

Psychiatr (odbornost 305)

- komplexní vyšetření psychiatrem,
- cílené vyšetření psychiatrem,
- kontrolní vyšetření psychiatrem,
- emergentní psychoterapie á 60 min.,
- psychoterapie individuální systematická,
- psychoterapie skupinová typ I á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ II á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita),
- rodinná systematická psychoterapie,
- rozhovor psychiatra, psychologa s rodinou pacienta a dalšími osobami z pacientova prostředí,
- preventivní intervence a dálková kontrola u psychóz,
- roční zhodnocení provozu preventivního telemonitoringu (ITAREPS),
- minimální kontakt,
- ošetření handicapovaného pacienta – povinná léčení a monitoring pacientů u soudem nařízené ochranné léčbě.

Klinický psycholog (odbornost 901)

- komplexní psychologické vyšetření,
- cílené psychologické vyšetření,
- kontrolní psychologické vyšetření,
- krizová intervence,
- psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem,
- psychoterapie individuální systematická,

- psychoterapie skupinová typ I á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ II á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita),
- rodinná systematická psychoterapie.

Psychiatrická sestra (odbornost 914)

- zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry,
- psychiatrická rehabilitace individuální,
- terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou,
- psychotherapeutické činnosti poskytované sestrou (pod odborným vedením a indikací psychiatra či psychologa),
- sociální šetření a objektivní anamnéza v pacientově prostředí,
- edukace psychiatrickou sestrou,
- reedukace psychiatrickou sestrou,
- aplikace (depotních) injekcí.

Ergoterapeut (odbornost 917) **Fyzioterapeut** (odbornost 918)

- vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie,
- vyšetření ergoterapeutem kontrolní,
- individuální ergoterapie základní,
- individuální ergoterapie využitím dílen,
- edukačně terapeutické aktivity související se zdravotním stavem a fyzioterapie.

Během roční spolupráce jsme se snažili spojit sociální a zdravotní složku péče o osoby s duševním onemocněním. Hledali jsme způsob, jak nejlépe spolupracovat v těchto dvou odlišných oblastech, z nichž každá se řídí jinou legislativou (zákon 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb. Zákon 372/2011 Sb. Vyhláška č. 92/2012 Sb.). Pro potřeby našeho multidisciplinárního týmu jsme vytvořili etický kodex člena MDT, který vychází z platných etických kodexů jednotlivých profesí viz. příloha č. 1. Dle návrhu pracovních skupin Ministerstva zdravotnictví České republiky jsme se snažili maximálně respektovat navrhované odborné složení týmu. Návrhy konkrétních činností, kompetencí a úhrad ze zdravotního pojištění byly zveřejněny v průběhu projektu.

6 ZASTUPITELNOST V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU²

Následující tabulka popisuje možnost zastupitelnosti v rámci MDT u vybraných činností.

Činnosti	Sociální pracovník	Pracovník v soc. sl.	Psychiatrická sestra
Nácvik zvládnání stresových situací	x	x	x
Doprovody	x	x	x
Podpora při zvládnání MHD a cestování	x	x	x
Nácvik úklidu, péče o domácnost	x	x	x
Nácvik péče o vlastní osobu	x	x	x
Tréning kognitivních funkcí	x	x	x
Kontrola užívání léků a přípravy léků do dávkovače	x	x	x
Aplikace léků, samotná příprava léků, aplikace i.m. injekce			x
Edukace k dietnímu omezení			x
Sociální šetření	x		
Zavedení psychiatrické rehabilitace			x
Případové vedení (case management)	x	x	x
Administrativní činnost psychiatrické sestry			x
Administrativní činnost sociálního pracovníka	x		
Zpracování rehabilitačního a krizového plánu	x		x
Posouzení stavu pacienta/klienta v jeho přirozeném prostředí	x	x	x
Uzavření smlouvy o sociální službě	x		
Jednání v zájmu klienta a prosazování jeho zájmů	x	x	
Koordinuje zdravotní péči dle doporučení lékaře			x

2 Vytvořeno pro vlastní potřeby MDT, vlastní zpracování

7 ASERTIVITA, DIREKTIVITA A MOTIVACE KLIENTA

Asertivní vyhledávání rizikových klientů, případně rizikových faktorů u dlouhodobě těžce nemocných pacientů je velmi potřebná, ale současně velmi problematická oblast práce týmu. Asertivní znamená v tomto smyslu převzetí určité odpovědnosti (např. pacient, který má stanovenou ochrannou ambulantní léčbu se nedostaví na kontrolu nebo aplikaci depotní injekce). Sestra nebo lékař by měli iniciovat telefonní kontakt nebo kontrolní návštěvu u pacienta a zjistit, co se děje. Stejným způsobem je vhodné postupovat i u pacientů, kteří nemají stanovenou ochrannou léčbu. Asertivní znamená, že se snaží motivovat, přesvědčit klienta, sdělovat mu, co je dle jejich názoru pro něj ohrožující, ale nemají právo direktivně určovat, co musí a nesmí konat.

Uvědomování si rozdílu mezi direktivitou a asertivitou je základním kritériem a principem práce týmu.

Pracovat asertivně znamená aktivně oslovovat klienty, kteří by „vypadli z péče“ (odmítají ji, neorientují se v nabídce apod.), Pokud by multidisciplinární týmy měly tímto způsobem fungovat, potřebují dořešit a nově definovat legislativně ukotvené kompetence. Již v současnosti lze, aby psychiatr využil možnosti, např. v případě nedostaví-li se klient na depotní injekci, vyslat sociálního pracovníka, nebo zdravotní sestru za klientem do jeho prostředí, aby mu opomenutí připomněl, zhodnotil jeho současný stav a motivovat k další spolupráci.

8 ZÁKLADNÍ FÁZE PROCESU ZOTAVOVÁNÍ SE A MOŽNÉ ROLE PRACOVNÍKŮ MDT

Multidisciplinární tým chápe psychosociální rehabilitaci jako eklektický a ucelený přístup, který má zahrnovat všechny úrovně fungování jedince, jeho okolí a společnosti a směřuje k úzdравě – **recovery**.

Princip úzdравy – úspěšné životní adaptace i s přetrvávající nemocí a možností spokojeného života v souladu s osobními přáními a cíli nemocného vyžaduje, aby konkrétní intervence vycházely z individuálních cílů a potřeb a v maximální možné míře podporovaly kompetence a schopnost samostatného života v jeho přirozeném prostředí.

Níže uvedená tabulka³ popisuje princip komplexního přístupu v psychosociální rehabilitaci.

3 Wilken, Jean Pierre, Dirk den Hollander. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci: Komunitní psychiatrie v praxi. Brno: Sdružení Práh, 1999.

V procesu zotavování se prochází klient různými fázemi, během kterých s ním pracujeme. Období výrazného progresu jsou střídány obdobími relapsu a stagnace a celý tento proces je velmi silně ovlivňován nejen biologickými ale i mezilidskými faktory a interakcí klienta a prostředí. I klientovo okolí se může a musí učit zacházet s jeho nemocí a nedostatečností, ale také se musí učit vytvářet prostor a podporu nezbytnou pro vývoj a vzájemný respekt.

STABILIZACE	RE ORIENTACE	RE INTEGRACE
Zaostřeno na: ovládnutí symptomů a snížení utrpení	Zaostřeno na: zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost	Zaostřeno na: obnova smysluplných vztahů a sociálních rolí
Podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> • Farmakoterapie • Lékový management • Nabídka bezpečí • Osobní péče 	Podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> • Poradenství • Psychoedukace • Učení zvládat symptomy • Hovory o důsledcích nemoci • Pomoc při plánování budoucnosti 	Podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> • Pomoc vrátit se k všednímu životu • Návčik dovedností • Zvýšení sebevědomí • Pracovní reintegrace • Podpora rodině

V kapitole devět jsou zachyceny nejčastější specifické potřeby lidí s duševním onemocněním a typem intervencí (podpory), které na tyto potřeby reagují. Je důležité nastavit systém komplexní a flexibilní podpory, který zahrnuje zdravotní i sociální intervence. Reaguje na celou šíři potřeb nemocného a bude schopný reagovat na proměnlivost zdravotního stavu. Tabulka je členěna podle oblasti sociálního začleňování.

9 SPECIFIKA NAPLNĚNÍ POTŘEB OSOB SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Níže uvedená tabulka zahrnuje oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy vyžadující různý typ potřebné podpory a pomoci odborné i blízkého okolí.

Oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy	Typ potřebné podpory
1. KOMUNIKACE	
<ul style="list-style-type: none"> • Distorze obsahu i formy vyjadřování (neologismy, bizarní větná skladba apod.) • Bludné vnímání reality a z toho vyplývající porucha kontaktu s realitou 	<ul style="list-style-type: none"> • Podpora sebevědomí • Porozumění jazyku „psychotického“ světa druhými osobami (role překladatele)
2. PÉČE O SEBE	
<ul style="list-style-type: none"> • Zanedbávání se, pasivita – negativní příznaky jako projev nemoci i jako projev dlouhodobého pobytu v instituci (hospitalismus) • Nezdravá životospráva (souvisí se zdravím) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivizace • Pozitivní motivace • Návčik pravidelné osobní hygieny • Návčik zdravého životního stylu • Podpora „ženského“ sebevědomí
3. PÉČE O DOMÁCNOST	
<ul style="list-style-type: none"> • Pasivita (podobná jako péče o sebe) • Vzhledem ke kognitivním poruchám někdy potíže s posloupností potřebných kroků (např. při vaření) • Neschopnost se rozhodnout při nutnosti výběru z několika možností (nákupy) • Limitovanost schopností plánování a šetrného hospodaření (utrácení peněz ten den, co je obdrží...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Návčik praktických dovedností v reálném prostředí • Návčody posloupnosti činností • Návčik rozhodovacích procesů • Pomoc při hospodaření s penězi
4. BEZPEČÍ	
<ul style="list-style-type: none"> • Nebezpečí zneužívání druhou osobou (sociální „naivita“, vděčnosti za každou sociální vazbu, tendence ke vstupování do role obětí) • Rizikové chování (např. při manické epizodě, včetně rizika pohlavního zneužití atd.) • Oběť stigmatizace (včetně možné fyzické inzultace druhou osobou) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ochrana před využíváním a zneužíváním • Monitoring a self-monitoring psychického stavu – návčik „bezpečného chování“ • Ochrana před stigmatem vyplývajícím z diagnózy

5. VZTAHY	
<ul style="list-style-type: none"> • Snížené sebevědomí (jako projev nemoci i jako reakce na sociální stigma) • Velmi limitovaný sociální okruh • Omezený sexuální život • Riziko vztahové závislosti • Potřeba jistoty vztahu zvláště v situaci měnící se vnější reality • Rodina může být stresový faktor 	<ul style="list-style-type: none"> • Podpora sebevědomí • Navazování nových sociálních vazeb • Edukace v rozvoji sociálních vazeb • Sexuální psychoedukace • Cílená práce zvláště se vztahem „klíčový pracovník – klient“ • Ochrana před případným negativním prostředím rodiny • Specifický přístup k rodině – psychoedukace
6. BYDLENÍ	
<p>Obdobné jako péče o domácnost, ale navíc i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Předsudky sousedů (nemocní jako nebezpeční, nevyzpytatelní...) • Konfliktnost ve vztazích se spolubydlíci • Chaotičnost a neorganizovanost • Testování hranic/pravidel (hlavně ve skupinovém bydlení) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediace • Samostatné ložnice • Vedení účetnictví, hlavně placení účtů • Vyřizování úředních věcí • Jasná, pevná pravidla
7. FINANCE	
<ul style="list-style-type: none"> • Průměrně nižší příspěvek na péči, postižení často posuzováno jako nižší, proto běžně nízký či žádný příspěvek na péči • Nízké invalidní důchody, onemocnění začíná v raném věku (těžko se dokládá, kdy uživatel skutečně onemocněl) • Pasivita, někdy i nechut k vyřizování si dávek (příznání důchodu berou jako další stigma, potvrzení jejich nemoci, když „nemocní nejsou“) • Neefektivní, chaotické zacházení s penězi 	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikace – edukace posudkových komisí • Zaměstnání – příjem • Vyřizování úředních záležitostí • Hospodaření, nácvik hospodárnosti

8. ZRAVÍ	
<ul style="list-style-type: none"> • Diskriminace v běžné zdravotní péči (vzhledem k předsudkům) • Neochota ambulantních specialistů věnovat se komplikovanějším klientům • Zanedbávání svého zdravotního stavu (riziko sebevraždy.....) • Zvýšená sebevražednost • Rychlá proměnlivost psychického stavu • Medicinalizace sociálních problémů a naopak • Vedlejší účinky léků • Závislost na alkoholu i ostatních návykových látkách 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyhledání „ochotných „ praktických lékařů a specialistů (např. i dentistů) • Motivace k péči o sebe • 24hodinová dostupnost potřebné péče • Monitorování stavu • Životospráva • Režim abstinence
9. OSOBNÍ UPLATNĚNÍ A SPOKOJENÝ ŽIVOT	
<ul style="list-style-type: none"> • Objevení nemoci v době absolvování vzdělání • Stigmatizace na pracovním trhu • Vyřazenost ze společnosti • Neschopnost udělat „něco pro sebe“ • Nedůvěra ve své schopnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Vzdělání (dokončení vzdělání) • Práce • Role ve společnosti • Naplnění volného času (dovolená) • Naplnění osobních „společenských“ cílů • Osobnostní růst – rozvoj osobního potenciálu
10. RIZIKA A NEPOHODA	
<ul style="list-style-type: none"> • Sebevražednost • Rychlá dekompenzace ve stresové situaci • Ovlivnitelnost okolím 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorování –sebemonitorování • Náhled a zodpovědnost za „nemoc“ • Rozpoznání stresových situací – stress management • Krizový plán • Nácviky kognitivních funkcí • Nácviky dalších dovedností, využití kognitivně behaviorálních postupů (KBT)

11. MOBILITA – ORIENTACE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Vnitřní dezorientace vede k dezorientaci ve fyzickém prostoru• Fobie, obsese apod. | <ul style="list-style-type: none">• Co je pro osobu se zrakovým postižením slepecký pes (hůl) je pro osobu s duševním onemocněním pevný, dlouhodobý vztah• Nácvik, využití kognitivně behaviorálních přístupů (KBT) |
|---|--|

10 PODMÍNKY SPOLUPRÁCE MDT

- Je třeba přesně určit složení týmu obou organizací a financování (kdo, kolik, jaké úvazky).
- Způsob a četnost setkávání členů MDT.
- Místo (prostory) které budou členové MDT užívat.
- Domluvit vedení MDT a určit vedoucí osoby za zdravotní a sociální sféru.
- U obou organizací je potřeba jednoznačně určit, do jaké struktury MDT patří (u sociální organizace do jaké služby patří a u zdravotní organizace jaké ambulantní péče). Dle této příslušnosti se řídí standardy a provozním řádem.
- Právně ošetřit zachování mlčenlivosti a předávání informací – vstup do dokumentace sociální i zdravotní sféry. Za současné legislativy to lze ošetřit pouze tak, že minimálně vedoucí týmu musí být zaměstnancem obou organizací. V opačném případě nelze do dokumentace ani nahlížet, vstupovat či zapisovat. Informace se tedy zatím mohou předávat, na společných schůzkách, pouze ústně. Každá organizace si vede svou dokumentaci a zapisovat mohou pouze ti, kteří jsou zaměstnanci dané organizace. Na společných schůzkách jsou probíráni pouze ti klienti/pacienti, kteří jsou souběžně pacienty ambulantního zařízení a zároveň klienty či zájemci sociální služby.
- V rámci společného projektu byly intervence a návštěvy sester zaznamenány v programu Highlander pro sociální oblast a HIPPO pro oblast zdravotní. Oba tyto systémy jsou v organizacích zavedené a používané. Vzhledem k délce trvání projektu a vzhledem ke kompetencím (viz. výše) nemělo smysl vytvářet společný program.
- Je nutné, aby všichni členové MDT měli předány vzájemné kontakty.

- Pro členy MDT jsou vždy psychiatr a psycholog k dispozici na telefonu.
- Je třeba jednoznačně stanovit a předem domluvit způsob přesunu za klientem a úhrady cestovních nákladů MDT (poznámka spíše pro zajímavost – v zahraničí se využívají více jízdní kola než auta a přesto, že se v koncepci počítá s používání vozidel, tak například v Praze se ukazuje, jako výhodnější použití jízdních kol).
- Nutno domluvit pravidla bezpečnosti zaměstnanců. V případě nového či zdravotně zhoršeného klienta provedou návštěvu vždy minimálně dva členové MDT, u dlouhodobě známého klienta stačí jeden člen MDT, který v případě potřeby zavolá jinému členu MDT. U nového klienta je vhodné, aby první návštěvu provedla psychiatrická sestra a sociální pracovník, kteří společně zmapují stav klienta, potřebnost zdravotnické a sociální podpory, případně dohledu a vypracují individuální rehabilitační plán (který je následně probírán na schůzce MDT). Další návštěvy se potom řídí kompetencemi pracovníků a potřebami klienta.
- Zastupitelnost je nutno řešit na základě konkrétních činností, ne jen z hlediska pracovních pozic, viz. kapitola 6.
- Všichni členové týmu by měli průběžně absolvovat reciproční vzdělávání a supervizi.

11 KONKRÉTNÍ POSTUP PRÁCE MDT

11.1 JAK PROBÍHÁ NAVÁZÁNÍ SPOLUPRÁCE S KLIENTEM V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

První návštěva klienta proběhne na doporučení psychiatra.

Druhou variantou je případ, kdy klient přichází z vlastní iniciativy – seznámení, mapování (vstupní dotazník, CAN).

Třetí možností u klienta, který již využívá ambulantní sociální službu, je naplánována tato intervence v krizovém plánu sociální služby (pracovník v případě potřeby přijede k němu domů).

Další možností je seznámení se s pacientem aktuálně hospitalizovaným ve zdravotnickém zařízení.

Psychiatrická sestra – postup přijetí do péče:

Sestra přijme pacienta do ambulantní péče na doporučení ambulantního lékaře, nebo psychiatra, který vyplní poukaz na vyšetření/ošetření domácí péče. Poukaz obsahuje: základní údaje o pacientovi a zdravotní pojišťovně, schopnost základní sebeobsluhy, současná medikace, další informace např. alergie, cíle předepsané domácí péče.

Sociální pracovník – postup při přijetí do péče:

V optimálním případě by měla být spolupráce navázána již před propuštěním z lůžkového zařízení, kam sociální pracovník/pracovnice v sociálních službách dochází na oddělení, prezentuje a nabízí sociální pomoc pro klienty. Pacienti si tak mohou udělat představu o tom, co jim sociální služby mohou nabídnout. Po ukončení hospitalizace klient přichází do organizace a dochází k mapování jeho potřeb (vstupní dotazník, CAN).

Dříve než se stane klientem MDT, měl by jej zhodnotit psychiatr, nebo psycholog na škále GAF, abychom znali míru jeho funkčního znevýhodnění a toto orientační hodnocení by bylo vhodné opakovat zhruba ve tříměsíčním intervalu. Na toto posléze navazuje hodnocení sociálních a psychologických potřeb metodou CAN.

CAN (CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED)

CAN je metoda zjišťování zdravotně – sociálních potřeb osob s duševním onemocněním vhodná k hodnocení potřeb klienta, potřebnosti a kvality sociálních služeb. Je to jeden z mála nástrojů hodnocení účinnosti komunitní psychiatrické péče.

V současnosti existuje několik verzí, my jsme v projektu použili verzi CAN – C

- k mapování psychosociálních potřeb psychologem: u klientů, kteří jsou hospitalizováni či dochází k ambulantnímu psychologii,
- k mapování psychosociálních potřeb sociálním pracovníkem/pracovnicí v sociálních službách u klientů, kteří přichází z vlastní iniciativy.

GAF (GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE)

GAF je diagnostická škála hodnotící u pacienta úroveň psychických, sociálních a pracovních funkcí v hypotetickém kontinuu zdraví – nemoc. Nehodnotí zhoršení funkcí způsobené tělesným omezením nebo vlivem prostředí, ale sleduje úroveň patologické symptomatiky, která je pro úroveň fungování člověka určující. Udává stupeň závislosti pacienta, zahrnuje pozorované chování, výkon sociálních rolí, celkovou míru postižení a provádění každodenních činností. Užívá se jako průběžné doplnění diagnostické klasifikace zdravotního stavu.

Terénní tým se stará o pacienty/klienty, kteří na bodové škále GAF dosahují hodnot 70 a méně. Používali jsme základní nemodifikovanou verzi škály, v týmu hodnotí psycholog, případně lékař nebo psychiatrická sestra s požadovaným vzděláním (po zaškolení).

11.2 SEZNÁMENÍ S PŘÍPADEM NOVÉHO PACIENTA/ KLIENTA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

- Vedoucí týmu předá na společné schůzce informace o klientovi/pacientovi ostatním členům, ti je postupně doplní reálnými informacemi o průběhu léčebné a sociální rehabilitace ve zdravotnickém zařízení.
- Následuje konzultace případu – diskuze – vzájemná výměna informací a vyslovení „pohledů na věc“ – společná domluva o dalším postupu péče.
- Zpravidla následuje kontaktování klienta/pacienta terénním sociálním pracovníkem, popřípadě psychiatrické sestry – první kontakt a mapování situace klienta.
- Pokud pacient souhlasí, stává se klientem MDT, (přesto, že po propuštění ze zdravotnického zařízení zůstává v péči svého ambulantního psychiatra či psychologa) a uživatelem sociální služby.

V našem případě se společné schůzky týmu konaly v pravidelných 14-ti denních intervalech v prostorách Denního stacionáře pro terapii psychóz PN.

SLOVO ZÁVĚREM

Obě organizace shodně konstatovaly potřebnost MDT a terénních intervencí. Díky MDT je možné udržet osoby s duševním onemocněním v přirozeném prostředí bez potřeby hospitalizace. Kvalitu péče často zvýšila již vzájemná výměna informací, které zajistily kontinuitu a komplexnost péče.

Domníváme se, že během několika následujících let, do doby, než bude definitivně zpracován právní rámec a finanční zajištění nových prvků psychiatrické péče – konkrétně CDZ, mohou vznikat a plnit tuto úlohu týmy založené na dohodě a spolupráci jednotlivých subjektů a potřebnou péči alespoň parciálně zajistit.

ETICKÉ KODEXY

ETICKÝ KODEX ČLENA MDT:

Tento kodex jsme vytvořili pro potřeby našeho multidisciplinárního týmu.

- Člen MDT je povinen usilovat o získání a udržení důvěry klientů/pacientů.
- Člen MDT je povinen podporovat nezávislost klientů/pacientů a pomáhat jim chápat a naplňovat jejich práva.
- Člen MDT vede klienta k odpovědnosti za sebe sama.
- Člen MDT je povinen zapojovat klienta do procesu řešení jeho problémů, podporovat ho k autonomii, vyjádření svobodného názoru a vlastního výběru.
- Člen MDT nezneužívá svou moc vůči klientovi/pacientovi.
- Člen MDT chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost sdělení.
- Člen MDT dbá důsledně na to, aby v rámci MDT předával informace o klientovi účelně s cílem prospět klientovi.
- Člen MDT nesmí vytvářet nepatřičné osobní vztahy s klientem/pacientem.
- Člen MDT se musí řídit jednak etickým kodexem člena multidisciplinárního týmu tak etickým kodexem dané profese.
- V případech, kdy klient/pacient bezprostředně ohrožuje sebe či své okolí, může člen MDT jednat proti přání klienta/pacienta.

ETICKÝ KODEX LÉKAŘE – PSYCHIATRA:

Tento kodex byl vydán Českou lékařskou komorou, přičemž nabyl účinnosti od 1. 1. 1996. Předpis je obecně platným předpisem pro všechny lékařské profese, tudíž se jím řídí i psychiatr v rámci multidisciplinárního týmu. Předpis lze najít na stránkách České lékařské komory – www.lkcr.cz

ETICKÝ KODEX KLINICKÉHO PSYCHOLOGA:

Kodex byl vydán asociací klinických psychologů v roce 1998 a je závazným pro všechny členy asociace. Tento kodex řeší otázky vztahu mezi klinickým psychologem a pacientem a také klinickým psychologem a dalším odborným pracovníkem. Kodex lze najít na stránkách Asociace klinických psychologů – www.akpcr.cz

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍ SESTRY:

Kodex byl vypracován Mezinárodní radou sester a v únoru 2012 byl přijat Etickou komisí České asociace sester a Prezidentem ČAS. Jsou zde popsány čtyři oblasti práce zdravotních sester. Kodex lze najít na stránkách České asociace sester – www.cnna.cz

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA:

Kodex byl vydán Společností sociálních pracovníků s účinností od 20. 5. 2006. Je rozdělen do tří tematických okruhů. Lze nalézt na stránkách Sociální revue, která sdružuje sociální pracovníky a jim podobné – www.socialnirevue.cz

METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

Metodika popisuje možnosti spolupráce sociální a zdravotní péče v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním.

Autor: PhDr. Ivana Strossová, Radka Kurtinová

Metodická spolupráce:

FOKUS – Opava, z.s.

Opavská 33, Svobodné Heřmanice, telefon: +420 553 652 433

www.fokusopava.cz, fokusopava@seznam.cz

Psychiatrická nemocnice v Opavě

Olomoucká 88, Opava, telefon +420 553 695 111

Publikace „Metodika multidisciplinárního týmu“ vznikla jako součást projektu FOKUS – Opava, z.s. reg. číslo CZ. 11/MGS/005 „Pilotní projekt a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu pro region Opava a Vítkov“ a Psychiatrické nemocnice reg. číslo NF-CZ11-OV-2-032-2015 „Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“ spolufinancovaného z Norských fondů v rámci programu CZ 11 – Iniciativy v oblasti veřejného zdraví – Psychiatrická péče.

