

KURZ MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE V PÉČI O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ



EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND

PRAHA & EU: INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI

Kurz byl zpracován v rámci grantu Operačního programu Praha – Adaptabilita (název projektu: Rozvoj systému vzdělávání multidisciplinárních týmů ESET-HELP, o.s.).

Kurz multidisciplinární spolupráce v péči od duševně nemocné byl připraven na základě podkladů a konzultací, jež poskytli:

MUDr. Jan Pfeiffer
Prof. Roberto Mezzina

Text zpracovali:
MUDr. Petr Hejzlar
Mgr. Martin Halíř

Redakce: pracovníci o.s. ESET-HELP
Jana Podhajská, DiS.
Mgr. Marie Suková

© ESET-HELP 2012

ÚVOD

Kurz práce v multidisciplinárním týmu péče o duševně nemocné odpovídá na stále více pociťovanou potřebu propojení zdravotnické a sociální péče; multidisciplinární postupy přesněji zjistí rehabilitační potřeby – a v posledku běžné životní potřeby - a lépe stanoví, jak nemocnému pomoci, jaké postupy zvolit, aby se nejen zbavil příznaků nemoci, ale vřadil se do společnosti, komunikoval, byl samostatný, aktivní.

Zkušenosti zejména neziskových organizací, poskytujících tuto – nepřesně nazývanou – komunitní péči, lépe řečeno psychiatrickou rehabilitaci, svědčí o tom, že tato pomoc může být účinná, že však vyžaduje jiný přístup k nemocným a k péči – nikoli tedy každý poskytovatel sám za sebe, obrazně řečeno „sám ve své kanceláři“, ale se znalostí postupů jiných služeb, jejich účinnosti a místa, přesněji řečeno situací, v nichž se mohou osvědčit a kde se mohou vzájemně posilovat.

V tomto kurzu jde o provázání postupů všech zaangażovaných oborů. Velice často však dochází k mimoděčnému omylu, spočívajícím v názoru, že multidisciplinární péče je prostá návaznost jedné služby na druhou. Není tomu tak. Jako léčba duševní nemoci nepostupuje lineárně, od jednoho zdaru ke druhému, a velice často se vracejí nebo spíš vystupují na povrch potíže (a příčiny) nové, tak i pohled jednotlivých profesí na pacienta a jeho obtíže se může měnit, nikoli v důsledku předchozího omylu či chybné úvahy, ale proto, že se poskytnutím pomoci – lépe řečeno zaměřením na jednu část klientova života a problémů - vynoří něco nového. Podobně při pohledu na klientův problém uvidí věc jinak například lékař, jinak sociální pracovník. Každý pak volí jinou strategii péče, jež by se však neměly vzájemně vylučovat, ale podporovat.

Možná – a to je naše doporučení – nejlepším postupem, jak toto účastníkům kurzu osvětlit, není ani tak seznam toho, co mají nastudovat (i když je to velice důležité, o tom není sporu), ale rozprava nad kazuistikami, zcela konkrétními, vzatými z praxe, kdy se bude zkoumat, z jakého úhlu pohledu který odborník uvidí předložený problém, jaké řešení zvolí, a co k tomu řekne jiný odborník.

Nemusíme snad ani zmiňovat, čeho materiálního je ke kurzu třeba: flipchart, fixy.

Věříme, že tento kurz bude pro jeho účastníky přínosný a zajímavý.

Pracovníci občanského sdružení ESET-HELP

Syllabus kurzu Multidisciplinární spolupráce

Studijní materiál pro účastníky kurzu

Hlavní kapitoly:

1. Teoretický úvod, význam multidisciplinární týmové spolupráce, zahraniční příklady dobré praxe
2. Profese, jejich dovednosti a kompetence (psychiatr, zdravotní sestra, psycholog/psychoterapeut, sociální pracovník)
3. Týmová spolupráce
 - Modely spolupráce, technicko-organizační stránka, řízení týmu, komunikace, porady a informační toky
 - Týmová dynamika, role a vztahy v týmu
4. Postupy a procedury
 - Vstup klienta a diagnostika
 - Léčba a plánování péče
 - Spolupráce v síti

Orientační časový plán kurzu a rozložení témat/kapitol:

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 1	Úvod, seznámení, očekávání	Teorie multidisciplinární spolupráce: definice, význam, příklady modelů		Profese v MD týmu: přehled klíčových dovedností a kompetencí, styčné plochy kompetencí, sdílení zkušeností z praxe, cvičení komunikace profesí na modelových případech				
Den 2	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Co je to tým: definice, atributy	Modely týmové spolupráce: teorie		Modely týmové spolupráce: praktická cvičení včetně procvičení řízení a komunikace týmu pomocí klientských případů z praxe			
Den 3	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Týmová dynamika, role a vztahy: teorie a praktická cvičení			Vstup klienta do služby (péče týmu) – trochu teorie a hlavně praktická cvičení na typických případech z praxe			
Den 4	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Práv.rámec předávání info o klientovi	Diagnostické postupy a nástroje s ohledem na zapojení profesí v MSD týmu - teorie		Diagnostika a plánování - praktická cvičení na typických případech			
Den 5	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Diagnostika a plánování - praktická cvičení na typických případech			Různé: doplňující dotazy, nejasnosti, sdílení vlastních zkušeností		Ověření získaných znalostí	Zhodnocení kurzu, zpětná vazba

Den první, Kapitola 1: Teoretický úvod, význam multidisciplinární týmové spolupráce, zahraniční příklady dobré praxe

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 1	Úvod, seznámení, očekávání	Teorie multidisciplinární spolupráce: definice, význam, příklady modelů		Profese v MD týmu: přehled klíčových dovedností a kompetencí, styčné plochy kompetencí, sdílení zkušeností z praxe, cvičení komunikace profesí na modelových případech				

V pojmu *multidisciplinární tým* (MDT) jsou stejně důležitá obě slova. Nejde o prostou spolupráci více (multi-) profesí (disciplín), nýbrž o spolupráci v týmu. Týmová souhra nejen umožňuje využívat a vzájemně doplňovat různé dovednosti a znalosti profesí, ale činí spolupráci efektivní, flexibilní a koordinovanou. Nestačí dát více profesí dohromady, je zapotřebí pravidel a domluvených postupů, jak tým funguje. Ale ani to není všechno. Vedle pravidel a postupů musí mít tým sdílené hodnoty dobré praxe, pracovní kulturu, definované poslání a cíle.

V našem kurzu chceme zvyšovat předpoklady pro týmovou multidisciplinární (MD) spolupráci pro účely komunitních služeb pro duševně nemocné lidi čili služeb, které jdou za klientem. Takový MDT logicky bude mít jiné poslání, cíle a vůbec filozofii péče než z obdobných profesí složený tým například v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Pokusme se ukázat rozdíly mezi MD spoluprací v tradičním medicínském modelu péče a v komunitním modelu.

Multidisciplinární spolupráce v medicínském modelu

V medicíně je multidisciplinarita běžnou záležitostí. O duševně nemocné se v psychiatrickém lůžkovém zařízení stará psychiatr, psycholog, zdravotní sestry (resp. sestry s psychiatrickou specializací), ošetřovatelky, sociální pracovníce, pracovní terapeuti, arteterapeuti atp. V určitém ohledu jejich spolupráci lze označit za týmovou, ale zpravidla se vyznačuje hierarchickým uspořádáním, které různým profesím určuje rozdílné postavení a míru zodpovědnosti. Vyplývá to z klinického paradigmatu, protože posláním je zde diagnostika, terapie a prevence duševních chorob a cílem zmírnění či odstranění příznaků těchto chorob.

Nositelem největšího vlivu a také zodpovědnosti je zde lékař – psychiatr. Potvrzuje finální diagnózu cestou přešetřování stavu pacienta a syntézou poznatků z těchto přešetření a výsledků dalších vyšetření (psychologické, laboratorní, přístrojové), nastavuje a vede farmakoterapii, organizuje doplňující konziliární vyšetření lékaři z jiných oborů, vyjadřuje se k průchopnosti pacienta a při propuštění z hospitalizace doporučuje další péči. Je v pozici hlavního manažera léčby a ostatní profese ho svými úkony doplňují. Má vrcholnou zodpovědnost za zdravotní stav pacienta, psychický i tělesný, čili zodpovídá, že veškeré projevy nemoci a poruch budou lege artis a bez prodloužení ošetření a zalečeny.

Zdravotní sestra rozděljuje lékařem naordinované léky, kontroluje jejich užívání, zaznamenává chování pacientů, pomáhá jim s péčí o vlastní osobu, ošetřuje jejich tělesná poranění a neduhy, provádí lékařem naordinované odběry (krev, moč) k laboratorním vyšetřením, organizuje odesílání odebraných vzorků do laboratoře, organizuje odesílání pacientů k lékařem naordinovaným doplňkovým vyšetřením (např. CT mozku). Práci zdravotní sestry často doplňují ošetřovatelky, které dle pokynů sestry provádějí pomocné úkony typu manipulace s nepohyblivými nemocnými, převazů ran atp.

Klinický psycholog provádí na žádost lékaře doplňující psychologická vyšetření pomocí pozorování a testů. Lékař zpravidla psychologovi zadá, jakou oblast psychických pochodů chce přesněji vyšetřit. Psycholog také zpravidla

mívá psychoterapeutickou doplňkovou kvalifikaci a provádí podpůrnou nebo systematickou psychoterapii individuální nebo skupinovou (záleží na konkrétním programu léčby v daném zařízení).

Sociální pracovník v tomto medicínském modelu má těžiště práce hlavně v administrativních úkonech a vyřizování komunikace s úřady. Například vyřizuje záležitosti kolem pracovních neschopenek, sociálních dávek, žádostí o invalidní důchody. Dobrou praxí by mělo být i to, že se aktivně stará, aby během hospitalizace nedošlo k finanční újmě pro pacienta vlivem nezaplacení různých poplatků a splátek. Může pacienta doprovodit na neodkladná jednání mimo nemocnici během hospitalizace či k vyzvednutí jeho osobních věcí z domu. V případě dlouhodobých hospitalizací, kdy se pacient nemá kam vrátit, organizuje podávání žádostí o přijetí do zařízení rezidenční sociální péče.

Spolupráce bývá koordinována cestou pravidelných porad, někdy v rámci tzv. velkých primářských vizit. Porada je řízena lékařem, respektive vedoucím lékařem zařízení. Je především na jeho vůli, jak zohlední různé aspekty péče o pacienta, zda budou spíše rovnoprávné či podřízené zdravotnímu hledisku. Velmi zjednodušeně řečeno: lékař vidí příznaky, zdravotní sestra vidí denní fungování pacienta, psycholog vidí jeho osobní příběh a sociální pracovník vidí existenční situaci. Roli v míře rovnoprávnosti těchto aspektů jistě hraje tradice zařízení, protože řada postojů a obvyklých postupů bývá sdílena v jakémsi kolektivním vědomí a paměti, a proto přetrvávají přes obměny personálu. Prostředí může být direktivní: lékař zadává úkoly, ostatní je plní a referují o výsledcích, nebo diskursivní: plánování intervencí vzejde z diskuse a zohledňuje vzájemnou dynamiku různých aspektů daného případu.

Multidisciplinarita v klinickém modelu má tedy už v principu zásadní limity. Hlavní zodpovědnost za proces a výsledek léčby je asymetricky svěřena lékaři a jeho postavení je tak nutně nadřazené ostatním profesím. Pokud lékař zvolí direktivní přístup a redukuje pohled na pacienta na oblast příznaků, může se to ostatním profesím nelíbit, ale zpravidla nemají legitimní prostředky, jak to změnit.

Pro úplnost je potřeba zmínit i MD spolupráci v prostředí denních stacionářů. Vedle klinického modelu se zde totiž významněji než v lůžkových zařízeních uplatňuje *model psychodynamický*. Cílem léčby ve stacionáři není jen účinná kontrola a snížení projevů nemoci, ale též zlepšení porozumění těmto projevům a jejich souvislostem a významu v životě pacienta. Péče vychází z principů léčebné komunity a role pacientů i personálu je více symetrická. Stejně tak je podíl o odpovědnost za léčbu jednotlivých profesí více symetrický, než tomu bývá v lůžkových zařízeních. Je to dáno i tím, že většinou všechny profese ve stacionářích používají psychoterapii jako nástroj svého působení a jsou k ní adekvátně vzděláni. Metoda se stává prostředkem zapojení profesí do společného cíle a pracovní postupy a kultura jsou spíše konsensuální a diskursivní, kdežto direktivní přístup v řízení úkolů je považován za kontraproduktivní. Stejně jako stacionáře překleňují lůžkovou a ambulantní péči, představují i pomyslný přechod mezi striktně klinickým a komunitním přístupem v péči o duševně nemocné včetně hlediska multidisciplinární spolupráce. MD spolupráce má také zřetelněji týmový charakter, než tomu bývá v lůžkových zařízeních.

Co se týče ambulantní péče o duševně nemocné, v České republice v prostředí zdravotnictví se systém psychiatrických a psychologických ambulancí vyznačuje značnou fragmentarizací. Nejenže jednotlivá zařízení málokdy účinně spolupracují mezi sebou, ale ani v jejich rámci nelze hovořit o skutečné MD spolupráci. Zdravotní sestry využívá jen část psychiatrických ambulancí a málokterá ambulance psychologa. Zdravotní sestry mají v ambulanci spíše roli recepční a sekretářky, která navíc dokáže parenterálně podávat léčiva. Vlastním sociálním pracovníkem ambulance nedisponují nebo je to zcela vzácnou výjimkou. V některých regionech paralelně fungují poskytovatelé sociálních služeb komunitního a mobilního charakteru. Jejich spolupráce s ambulantními je spíše mezisektorová než multidisciplinární a bývá založená na dobré vůli, nikoliv

na oficiálních systémových pravidlech. Psychiatrická domácí péče realizovaná specializovanými zdravotní sestrami je u nás bohužel zatím pouze ojedinělou záležitostí.

Multidisciplinární spolupráce v komunitním modelu

Komunitní psychiatrii nelze redukovat na segment služeb poskytovaných v komunitě. Mělo by jít o celistvý systém vycházející z potřeb konkrétního regionu, vytvářející komplex návazných služeb, kterou jsou co do skladby a kapacity vyladěné potřebám (epidemiologie, demografie, socioekonomická hlediska) regionu, a konečně systém sledující vlastní kvalitu a efektivitu na ukazatele zdraví daného regionu. Za efektivní služby se považují ty, které jdou za klientem a pomáhají mu v jeho prostředí, a jsou kontinuální (např. klient není předáván mezi zařízeními, ale má stejného ošetřujícího lékaře, ať je v ambulantní nebo hospitalizační léčbě). Důležitou hodnotou je aktivní participace klienta na plánování a hodnocení intervencí. Stírají se rozdíly mezi sociální a zdravotní sférou (jak jsme na ně uvyklí v našem českém kontextu). Multidisciplinarita pak není jen pracovním nástrojem, ale skutečným organizačním principem péče. Společné organizační zázemí a způsoby financování vytvářejí potřebný kontext pro zodpovědnost sdílenou mezi profesemi a pro možnosti hodnocení jejich spolupráce.

Hlavním posláním takového systému je rehabilitace duševně nemocných, dle definice Anthonyho (1980) - *zlepšení fungování vážně psychiatricky nemocných lidí, aby mohli bydlet, pracovat a trávit volný čas v prostředí dle svého vlastního výběru a s co nejmenší možnou mírou odborné péče*. Rehabilitace podporuje zotavení z duševní nemoci, tedy obnovení a získání nových smysluplných sociálních rolí a kontaktů a osvojení zvládacích schopností, jak se s projevy nemoci vyrovnávat a překonávat je.

Důležitým cílem komunitního systému je udržení klienta v přirozeném prostředí a předcházení hospitalizacím. Hospitalizace, zvláště dlouhodobé, přinášejí přerušení výkonu přirozených sociálních rolí a zhoršují sociální adaptabilitu klientů. Komunitní přístup, na rozdíl od čistě klinického, dokáže reagovat na široké spektrum potřeb klientů, což je velice důležité, neboť dlouhodobě duševně nemocní mívají neuspokojené potřeby v mnoha oblastech. Vedle profesionální pomoci je komunitní přístup zaměřený na zprostředkování a využívání přirozených zdrojů pomoci, ať už zdrojů rodiny, přátel, sousedů či veřejných služeb.

Podle Mosse (1994) by měl MDT fungující v komunitě plnit pro své klienty 3 klíčové funkce:

1. kontinuální a proaktivní péče pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí (*pozn.- proaktivita znamená udělat vždy o krok navíc, např. nečekat, kdy nemocný přijde, ale vyhledat ho*)
2. poskytovat klientům 24hodinový přístup k informacím, podpoře, intervencím a léčbě při předcházení i při řešení krizových situací
3. organizovaně reagovat na požadavky vzešlé z primární péče (*primární péče – systém praktických lékařů, příklad 1 – praktický lékař pacienta doporučuje na CT vyšetření do nemocnice, tým zajistí doprovod a jednání kolem vyšetření, je-li to vzhledem ke stavu klienta zapotřebí, příklad 2 – praktický lékař doporučuje dietu při cukrovce, tým s klientem nacvičuje vše potřebné kolem dodržování diety – nákup vhodných potravin, nácvik přípravy jídel atp.*)

MDT přístupy přinášejí řadu výhod a pozitivních výsledků, jak to prokázala řada zahraničních studií:

- snižují potřebu lůžkové péče
- zvyšují šance, že lidé s vážnými duševními problémy setrvají v léčbě i po propuštění z nemocnice
- uživatelé služeb i jejich pečovatelé tento styl práce preferují před tradičním ambulantním
- dosahují lepších výsledků v poměru nákladů a efektivity

- dokážou reagovat na široké spektrum klientových potřeb
- dokážou klientům zpřístupnit další služby, které by bez MDT nemocní nemohli nebo nebyli schopni využívat

MDT také oceňují profesionálové, kteří mají příležitost v nich fungovat, protože vidí lepší výsledky, jsou plně zapojeni do rozhodování a mají možnost obohacovat své dovednosti a znalosti díky úzké spolupráci s dalšími profesemi.

Přesto je nutné uvést, že MDT nevzniká lehce a pro profesionály, kteří do takového kontextu vstupují poprvé, není lehké utlumit svou identifikaci s profesí na úkor žádoucí identifikace s týmem a jeho cíli. Lang uvádí, že fungování v MDT vyžaduje do značné míry zapomenout na naučené vzorce interakcí mezi profesemi. Identifikaci s týmem a jeho cíli posiluje jasná organizační struktura celé služby s jasně definovanými rolmi pracovníků. Stanovit organizační strukturu je úkolem managementu služby (organizace), nikoliv týmu samotného. Na druhou stranu organizační struktura nesmí být dogmatická a rigidní, nýbrž je potřeba ji plynule uzpůsobovat potřebám týmu a taky potřebám cílové skupiny.

Pro úspěch fungování MDT se jeví klíčové jasné stanovit cílovou skupinu a také kriteria pro zařazení klienta do služeb týmu.

Také je žádoucí předem počítat s konflikty mezi akcenty různých profesí v týmu na různé oblasti biopsychosociální problematiky péče o klienta. Tvářit se, že tyto konflikty nebudou vznikat, je vysoce nežádoucí. Naopak je nutná domluva o tom, jak tyto konflikty budou uvnitř týmu řešeny, a smluvené postupy řešení konfliktů průběžně inovovat podle reálných potřeb týmu.

Konflikty, neúspěchy a problémy s identifikací s týmovými cíli nemají být zdrojem kritiky, nýbrž výzvou pro další vzdělávání týmu a jeho jednotlivých členů. Vzdělávání podporuje zrání týmu a nelze se spoléhat, že tým vyzraje přirozeně časem.

Pro efektivní fungování týmu je také velmi důležitý systém dokumentace a zaznamenávání týmových porad. Systém by měl být otevřený a podporovat sdílení informací mezi členy týmu. Tyto informační toky je potřeba nastavit ve prospěch vzájemného informování a nesmí být jeho překážkou.

Zahraniční příklady dobré praxe

V zahraničí došlo k rozvoji rozličných MD přístupů, které iniciovaly deinstitucionalizační změny objevující se v řadě západních zemí od 50. let minulého století. Nové požadavky na efektivitu, flexibilitu a koordinaci péče při úbytku lůžkových kapacit si vyžádaly změny v tradičním hierarchickém propojení profesí v péči o duševně nemocné. Kontrola příznaků nemoci přestala být cílem a stala se prostředkem k dosažení sociálního zapojení nemocných. Bylo potřeba vytvářet nové postupy týmové spolupráce profesí.

Nejvýznamnější koncepty představují case management a z něho vycházející asertivní komunitní léčba. Tyto organizační koncepty přinesly i nové způsoby multidisciplinární spolupráce. Pojďme si ukázat několik zahraničních modelů (*příklady převzaty z knihy J. Stuchlíka Case management a asertivní komunitní léčba, 2001, str. 62*).

1. Psychiatric Assertive Community Treatment – PACT, Madison, USA

Model formoval základ způsobů, jak dostat službu do místa, kde klient žije a pracuje, a aktivně klienta zapojit do spolupráce. Práce se odehrávala v domovech klientů a na jejich pracovištích. Služba nabízela komplexní individuální vyšetření a pracovala jako spojovací článek, který koordinoval veškerou péči poskytovanou duševně nemocným v regionu do rozumného celku. Každý z klientů měl individuální program s pokrytím 24 hodin denně a 7 dnů v týdnu.

Velké úsilí bylo věnováno vyhledávání pracovních míst nebo chráněné práce. Pracovníci PACT spolupracovali se zaměstnavateli a pomáhali řešit problémy na pracovištích. Pozornost byla také věnována učení a pomoci při záležitostech všedního dne, konstruktivního využívání klientovy silné stránky spíše než na psychopatologii či handicap.

Služba podporovala zapojení rodinných příslušníků a dalších osob z okolí klienta. Pokud se klient někam nedostavil, navštívil ho pracovník doma, aby mu pomohl překonat překážky, které by mu mohly bránit v účasti na programu.

V rámci služby byla klientům podávána běžná medikace a byl pečlivě monitorován jejich zdravotní stav.

Efekt model byl zkoumán přes sledování rehospitalizací klientů této služby a kontrolní skupiny klientů, kteří do programu nebyli zařazeni a po hospitalizaci obdrželi běžnou ambulantní léčbu. V prvním roce činil počet rehospitalizací klientů PACT pouhých 6% oproti 58% u kontrolní skupiny. Klienti PACT také čerpali méně zdravotní péče od dalších poskytovatelů, dostávali se vzácněji do konfliktních situací, byli spokojenější se svou životní situací, byli kratší dobu nezaměstnaní. Mezi skupinami nebyl významnější rozdíl v množství předepisovaných léků.

2. The Community Treatment Team – CTT, New South Wales, Australia

Jde o opakování madisonského modelu, ale v 10x větším rozsahu populace. CTT tým byl složený ze 3 psychiatrických sester, 2 sociálních pracovníků, psychologa, pracovního terapeuta a psychiatra zaměstnaného na částečný úvazek. Poskytoval stejný rozsah služeb jako PACT, jen s jiným praktickým přístupem.

Model zavedl intenzivní podporu při rozvoji relapsu onemocnění. Klienti byli při přijetí do nemocnice vyšetřeni psychiatrem a jedním ze členů týmu. Tam, kde to bylo možné, byli do přípravy individuálního plánu péče zapojeni rodinní příslušníci. Plány někdy obsahovaly rychlé medikamentózní zklidnění. Pacient byl navrácen domů, co nejrychleji to bylo možné. Příbuzní byli informováni o diagnóze a dostali pokyny, jak zvládat příznaky a problematické chování. Rizika násilného chování a sebevraždy byla snižována podporou, dohledem a medikací. Během celé doby se u případu střídali členové CTT ve spolupráci s rodinou. Pokud nebyl návrat do rodiny ihned možný, CTT našel alternativní ubytování, např. v penzionu. Rodiny měly možnost přivolat člena CTT pagerem. Zpočátku navštěvoval pracovník CTT klienta velmi často, někdy ho odváděl z domova, aby měla rodina čas na odpočinek. Vznikaly často velmi pevné vztahy mezi klientem, rodinou a CTT pracovníky. Ti se z rodiny postupně vytráceli, jak ubývalo psychopatologických příznaků.

Hodnotící studie porovnávala tento aktivní intenzivní přístup a pasivní kancelářskou formu case managementu, jejíž klienti obdrželi při zhoršení nemoci běžnou nemocniční hospitalizaci. Diagnostické složení skupin bylo obdobné. Během roční studie strávili klienti CTT v nemocnici v průměru 8,4 dne oproti 53,5 dne u kontrolní skupiny. Přestože výskyt sebevražedných proklamací a pokusů byl u obou skupin podobný, mortalita byla vyšší u kontrolní skupiny. Náklady na péči byly vyšší u kontrolní skupiny. Klienti CTT měli lepší klinické výsledky a subjektivně hodnotili tento druh péče jako účinnější a příjemnější. Obdobný pohled měli jejich rodinní příslušníci.

Shrnutí významných prvků programu:

- intenzivní nasazení na počátku péče,
- ochota zapojit okolí klienta co nejvíce do hodnocení jeho stavu a plánování péče,
- koordinovaná péče jednoho týmu,
- tendence asertivně přinášet službu klientovi a jeho okolí, nebýt však obtížný,

- pomoc s praktickými problémy všedního života, včetně nácviku potřebných dovedností v reálných podmínkách,
- lepší dostupnost, mobilita a nepřetržitá dostupnost služby
- rozsáhlé a dlouhodobé poskytování služeb místo časově omezené intervence.

3. Early Intervention Service – EIS, London, UK

Projekt významně čerpal z praxe výše uvedeného CTT. Složení týmu bylo obdobné. Tým působil ve vnitřní části Londýna, v oblasti, kde žilo hodně imigrantů a rodin bez vlastního bydlení pobývajících v různých penzionech a ubytovnách. Cílem EIS bylo poskytovat péči těm, jejichž obtíže by si jinak vyžádaly nutnost hospitalizace. Hlavním zdrojem doporučení klientů byli praktičtí lékaři, dále nemocniční sociální pracovníci, lékaři z nemocnic, pečovatelské služby i klienti samotní. Tým nepřijímal klienty formálně podle typu diagnózy, ale podle 3 kritérií: 1. Závažnost stavu, 2. Zdá má klient zjevné a nápadné známky duševní poruchy, 3. Zda je vyžadováno vyšetření v komunitě.

První vyšetření se velmi často odehrávalo v místě pobytu klienta nebo v ordinaci praktického lékaře. Bylo zvykem, že prvnímu vyšetření byla přítomna doporučující osoba. Výsledky vstupního vyšetření byly projednány na týmové poradě, která se uskutečňovala 2x týdně. Klient byl přidělen case managerovi z týmu nebo doporučen jiné agentuře, pokud nesplňoval vstupní kritéria. Další práce s klientem se odehrávala zvl. v místě, kde t.č. pobýval (64%) nebo v ordinaci praktického lékaře (12%). V roli case managera se spojovaly úkoly koordinátora služeb, terapeuta a klíčového pracovníka. Tým neposkytoval nepřetržitou službu.

Hodnocení projektu přinesla mj. zjištění, že v období 3 měsíců od vstupu do péče se snižovala délka hospitalizací. Analýza sledující odděleně diagnostické skupiny ukázala, že hospitalizace byla výhodnější pouze u lidí s diagnózou schizofrenie. Nebyly významné rozdíly v symptomatologii a sociálním fungování.

Jak uvádí Stuchlík, všechny tyto modely využívají základní prvky vyšetření, plánování, realizace plánu, monitorování a zpětného hodnocení. Jinak se ovšem v mnoha ohledech liší a vycházejí z různých tradic a sociokulturních souvislostí. Neexistuje pravděpodobně žádný ideální model komunitního přístupu s využitím MD spolupráce. V odborné literatuře se ovšem patrně za nejvýznamnější a nejvlivnější považuje madisonský PACT model (první uvedený) a nové modely se často posuzují právě přes míru shody s tímto modelem.

ESET - HELP

Den první, Kapitola 2: Profese, jejich dovednosti a kompetence

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 1	Úvod, seznámení, očekávání	Teorie multidisciplinární spolupráce: definice, význam, příklady modelů	Profese v MD týmu: přehled klíčových dovedností a kompetencí, styčné plochy kompetencí, sdílení zkušeností z praxe, cvičení komunikace profesí na modelových případech					

Účelem této kapitoly je seznámit účastníky kurzu s hlavními znalostmi, dovednostmi a kompetencemi, které náleží jednotlivým profesím v MDT, respektive se kterými tyto profese do týmu vstupují. Nejde tedy o rozpis úkolů, ten se teprve rodí v týmové dynamice při práci s konkrétními případy klientů a jejich potřebami. Konkrétně popíšeme profese psychiatra, zdravotní sestry, psychologa a sociálního pracovníka.

Hned zkraje musíme učinit poznámku, že jsme ze seznamu obvykle zastoupených profesí v MDT (viz též příklady zahraniční praxe) vynechali profesi ergoterapeuta/pracovního terapeuta. Nechceme tím naznačit, že by tato profese v MDT neměla být. Pouze vycházíme z české reality, kde nositelů této specializace je pramálo, alespoň v oblasti péče o duševně nemocné. Respektive – profese často supluje sociální pracovníci (pracovníci v sociálních službách) vzdělaní v metodách jako je třeba podporované zaměstnání. Ještě poznámka genderově jazyková – pro zjednodušení používáme tradiční slovesný rod pro danou profesi, ač je zřejmé, že všechny mohou stejně dobře vykonávat jak ženy, tak muži.

Psychiatr

Psychiatr je lékař všeobecné medicíny, atestovaný v oboru psychiatrie (nebo v atestační přípravě). Jako každý jiný lékař, musí pro svůj obor ovládat postupy pro:

- diagnostiku nemocí a poruch
- léčebné postupy pro léčbu akutní i udržovací
- prevenci rozvoje, komplikací či návratu nemocí a poruch
- rehabilitaci

Diagnostika

Výstupem procesu diagnostiky by optimálně měly být závěry nosologické (diagnostická skupina dle mezinárodní klasifikace nemocí), osobnostní (akcenty či disharmonie v osobnostní struktuře) a funkcionální (funkční postižení navozené nemocí). Jinými slovy diagnostika je víceasá.

Nástrojem psychiatrické diagnostiky je zdánlivě pouze strukturovaný rozhovor a pozorování chování. Rozhodně to však není tak jednoduché. Rozhovorů je zapotřebí více, aby závěry nebyly povrchní a unáhlené. Psychiatr by měl umět získat relevantní anamnestické údaje a využívat reference osob z přirozeného okolí klienta, které ho znají z běžných životních situací. Psychiatr takto získává poznatky o psychopatologických projevech – příznacích. Určitá skladba příznaků tvoří syndromy (paranoidní, halucinatorní, depresivní, manický, úzkostný atp.). Znalost syndromu s vyhodnocením průběhové dynamiky a možnými příčinami dohromady dává určitou nosologickou jednotku, duševní stav, nemoc či poruchu.

Je potřeba se vyvarovat jednostranně psychiatrizujícímu pohledu. Abnormální chování nebo obecně psychický projev neznamená automaticky duševní chorobu. Úzkost může doprovázet kardiální nemoci, snížená nálada a únava způsobuje snížená funkce štítné žlázy, patologické zrakové vjemy může vyvolat třeba mozkový nádor. Takových příkladů souvislostí mezi tělesným a duševním zdravím jsou stovky. K psychiatrické diagnostice tedy patří i komplexní přešetření tělesného stavu cestou laboratorních a přístrojových vyšetření či vyšetření u lékařů – specialistů jiných profesí. Tato vyšetření organizuje a vyjednává psychiatr sám nebo ve spolupráci s lékařem první linie – praktickým lékařem. Je také nutno vzít do úvahy nežádoucí projevy užívaných léčiv (např. kortikoidy mohou vyvolat manické naladění, ženské hormonální přípravky zase depresi atp.).

Výsledkem diagnostického procesu je zpravidla velká suma informací, jejichž vyhodnocením docházíme k vlastní diagnóze, respektive tzv. diferenciální diagnóze = užším variantám o jakou nemoc se může jednat, které dále prověřujeme.

Stanovení diagnózy ale není cílem, nýbrž prostředkem porozumění tomu, co se s klientem dělo v minulosti, děje nyní a patrně bude dít do budoucna. Diagnózu je potřeba brát s odstupem a očekávat, že se pohled může do budoucna měnit.

Pro diagnostiku lze též využít různé kalibrované škály hodnocení intenzity psychopatologických projevů. Některé z nich jsou sebeposuzovací a právě ty jsou velmi vhodné pro edukaci pacienta o projevech jeho nemoci a zvýšení jeho schopností náhledu a sebehodnocení.

Klíčovou dovedností je vedení diagnostického rozhovoru. Jak to udělat, aby psychiatr zjistil co nejvíc podstatného o klientových prožitcích, zkušenostech, vnitřním světě a motivacích, aniž by se u toho klient cítil jako u zkoušky či výsledku? Vést rozhovor, aby nebyl jednostranně zkoumající, ale aby klient cítil zájem a podporu a navrch dostal potřebné informace. Psychiatr musí vést rozhovor flexibilně - nejednou bývá v časové tísní nebo je rozhovor ztížen neuspořádaným slovním projevem klienta, jeho napětím či rušivým vlivem paralelních smyslových halucinací.

Léčba

Ještě než nastíníme postupy léčby, je potřeba zmínit dovednost osvětlit pacientovi, ale i jeho blízkým, důvody a smysl léčby. Terapie by tedy měla vycházet z edukace pacienta o povaze jeho zdravotních potíží. Důležitá je dovednost podat vysvětlení srozumitelně, jazykem klienta, motivovat klienta k léčbě, osvětlit mu její přínosy, ale i rizika. Rizika jak léčby samotné (např. nežádoucí účinky léků), tak rizika nespolupráce v léčbě.

Léčba v psychiatrii je především farmakologická a psychoterapeutická. Druhou formu léčby popíšeme u profese psychologa, zde jen poznámka, že obě profese mají pro oblast zdravotnictví psychoterapii jako nástavbovou funkční specializaci. Můžeme se tedy setkat i s psychiatry, kteří se věnují výhradně psychoterapii. Naopak se nemůžeme setkat s psychology, kteří se věnují farmakoterapii, neboť je k tomu jejich kvalifikace neopravňuje. Každopádně předpokládáme, že psychiatr se zájmem o práci v MDT je k psychoterapii vstřícný, rozumí jejím postupům a ideálně je i sám k jejich používání vzdělaný a prošel dlouhodobým sebezkušenostním výcvikem.

Nefarmakologická biologická terapie v psychiatrii se omezuje na několik málo metod, jako je elektrokonvulzivní terapie, fototerapie či magnetická repetitivní transkraniální stimulace. Jsou to metody spíše okrajové, v praxi MDT se s nimi pracovat nebude (a váš psychiatr v týmu vám jistě o nich rád bude vyprávět).

Farmakoterapie v psychiatrii je především symptomatická, léčí projevy, nikoliv příčiny. To vyplývá z malé znalosti příčin většiny duševních nemocí. Léčba je často dlouhodobá a někdy nemá přesvědčivý efekt (farmakorezistence). Psychofarmaka jsou mocný nástroj, protože mění prožívání nejen žádoucím způsobem, ale mohou ho měnit i způsobem nežádoucím. Nevhodně zvolený nebo dávkovaný lék může způsobovat např. apatii. Vedení farmakoterapie musí klientovi usnadnit běžné fungování, nikoliv mu je ztěžovat. Účelem léčby není, aby klient neměl příznaky nemoci, ale aby se cítil dobře a spokojeně.

Psychiatr musí znát široké spektrum psychofarmak a průběžně se vzdělávat o nově dostupných farmacích a v nových poznatcích o působení farmak. Musí být schopen farmaka efektivně a individuálně dávkovat, aby se jejich pomocí podařilo zvládat stavy akutní i vést udržovací léčbu. Potřebná je znalost nežádoucích účinků farmak a nevhodných kombinací léků, a to včetně kombinací psychofarmak samotných i psychofarmak s léčivými pro tělesná onemocnění. Psychiatr musí monitorovat, zda farmaka mají žádoucí účinky a zda se nedostavují účinky nežádoucí. Pro monitoring je nezbytné důkladně poučit nemocného, čeho všeho by si měl všimnout. Nežádoucí účinky bývají akutně nastupující i projevující se až po delší době užívání. U řady léků je nutné průběžně zkoumat jejich vliv na tělesné funkce. Jedná se například o pravidelné kontroly krevního obrazu, jaterních funkcí, hladin hormonů či ukazatelů metabolismu tuků a cukrů. U některých léků se periodicky kontrolují jejich plazmatické hladiny, aby nedošlo k jejich předávkování. To vše plánuje a organizuje psychiatr buď sám, nebo ve spolupráci s praktickým lékařem a dalšími specialisty.

Doplňme, že psychiatr by měl ovládat podání injekčních forem léků do svalu, do žíly či podkožně a také odběr krve ze žíly.

Farmaka mohou pacienty zneužita k předávkování, což může být i nezáměrné. Intoxikace léky je krizová situace, kterou by měl psychiatr umět vyřešit jak cestou vlastní první pomoci, tak cestou zorganizování rychlé lékařské pomoci.

Psychiatr by měl umět vysvětlit ostatním členům týmu rizika spojené s užíváním léků, čeho si všímat a co monitorovat.

Prevence

Vzhledem k tomu, že prakticky neznáme přesné příčiny většiny funkčních duševních nemocí, nelze ani stanovit jasné pokyny pro primární prevenci aby nemoc vůbec nevznikla. Když nebudete příliš solit a nebudete se přejídat, snížíte riziko vzniku vysokého krevního tlaku. Bohužel nemáme žádný recept, jak primárně předejít schizofrenii.

Sekundární prevence znamená předejít recidivě onemocnění. V tomto směru řada odborných studií poukazuje na význam udržovací farmakologické léčby duševních nemocí. Pozitivní roli hraje i abstinence od návykových látek a pravidelný denní režim. Psychiatr by tedy měl být schopen vést udržovací léčbu tak, aby měla preventivní význam, ale zároveň pacienta co nejméně omezovala a nezhoršovala mu kvalitu života (např. problematika nárůstu váhy po psychofarmakách). Na druhou stranu by měl být připravený na požadavek klienta, že chce zkusit léčbu vysadit, čili mít pro to pochopení a pokračovat v léčebné spolupráci dále, např. formou častějších kontrol a intenzivnějšího monitoringu změn psychického stavu. S tím souvisí téma časných varovných příznaků. Jde o nespecifické změny v chování, prožívání a tělesném stavu, které se objevují dny až týdny před vypuknutím nemoci. Rozlišení individuálních varovných příznaků je klíčové pro prevence relapsu a mělo by se promítnout do krizového plánu klienta. Psychiatr tedy musí tento akcept vysvětlit jak pacientovi, jeho blízkým, ale i spolupracovníkům v MDT.

Rehabilitace

Předpokládáme, že psychiatrům pracujícím v MDT je celkově koncept psychiatrické rehabilitace velmi blízký, mají znalosti rehabilitačních metod a dovedou je sami používat. Psychiatr by měl rehabilitaci usnadňovat svou léčebnou strategií. Vzhledem k svým znalostem může být přednostně využíván pro parciální nácviky typu psychoedukace, zvládání příznaků duševní nemoci, zvládání abstinence od návykových látek či kontrolovaného příjmu návykových látek.

Psychiatr by měl znát koncepty připravenosti (readiness) k rehabilitaci a zotavení (recovery). V kombinaci se znalostí psychopatologie, jejího průběhu a dynamiky a provázanosti s vnějšími událostmi a podmínkami, je kompetentní posuzovat načasování a plánování nejrůznějších rehabilitačních aktivit. Zjednodušeně řečeno, psychiatr je kompetentní zejména pro posouzení principu zranitelnosti (vulnerability) v procesu rehabilitace, protože jeho pohled na klienta by měl obnášet i znalost faktorů, které jsou pro klienta specificky zátěžové a naopak faktorů, které ho před zátěží chrání.

Na závěr ještě kompetence, která jde napříč výše uvedenou strukturou. Jde o znalost medicínského prostředí, sítě zdravotnických zařízení a s tím související osobní kontakty a znalost specifik různých zařízení. Psychiatr patrně bude mít největší autoritu k vyjednávání s dalšími lékaři v záležitostech klientů MDT. Na druhou stranu by si tuto kompetenci neměl monopolizovat a spíše otevírat dveře k jednání se zdravotníky i kolegům nezdravotníkům z MDT.

Zdravotní sestra

Systém vzdělávání zdravotních sester se v posledních letech výrazně měnil. Statut zdravotní sestry již předpokládá vysokoškolské vzdělávání alespoň Bc. stupně. Výhodou pro fungování v MDT je psychiatrická specializace, nikoliv pouze statut všeobecné sestry. Pro vykazování zdravotních výkonů pojišťovněm bude nutné, aby alespoň jedna ze zdravotních sester v MDT tuto specializaci měla.

Vzdělání zdravotní sestry se zaměřuje na oblast ošetrovatelství. Sestra musí mít široký přehled o duševních i tělesných onemocněních, způsobech diagnostiky a léčby. Na rozdíl od lékaře diagnostiku a léčbu sama nenavrhuje, ale má při nich důležité úkoly. Stará se o tělesný stav a pohodu pacienta, vede s ním zjišťovací a podpůrné rozhovory, má řadu organizačních úkolů v podávání medikace a zajišťování laboratorních a přístrojových vyšetření. Musí umět navázat kontakt s klientem, vést s ním rozhovor, podpořit jeho pocit bezpečí a důvěry. Mnohdy klienty v prostředí orientuje a měla by jim srozumitelně poskytovat potřebné informace.

Sestra ovládá podání injekčních forem léků do svalu, do žíly či podkožně a také odběr krve ze žíly a další odběrové techniky. Ovládá ošetřování ran a kožních afektů. Provádí péči o tělesnou stránku klienta, pokud toho není sám dostatečně schopný. Měla by rozumět výživovým a dietním opatřením a měla by být schopna pacienta vést a edukovat o žádoucích stravovacích návycích.

Psychiatrická sestra by měla znát psychopatologickou terminologii a rozumět specifickým projevům různých duševních poruch a nemocí. Měla by umět klienty a jejich rodiny edukovat o těchto projevech a způsobech léčby. Měla by umět vést rozhovor s klientem, který je rozrušený, v krizi, hrozí agresí, je zmatený atp.

V oblasti rehabilitace může sestra zajistit široké spektrum pomoci, podpory, informování a nácviků = provádět je sama / pomáhat, aby je klient prováděl s její pomocí / učit ho, aby je prováděl sám / učit jeho blízké, aby je prováděli. Příklady: péče o vlastní osobu a hygienické úkony, užívání léků – nácvik vlastního řízení medikace, péče o tělesné neduhy, péče o domácnost, nakupování a zdravé stravování, dodržování dietních doporučení, vhodné pohybové a ergonomické návyky, dodržování denního režimu atd. Přes všechna tato a další opatření získává sestra s klientem velmi blízký pracovní vztah, rozumí mu a zná ho často lépe než kdo jiný.

Podobně jako lékař je sestra znalá medicínského prostředí, což může být velkou výhodou při vyjednávání, organizaci a doprovodech klientů na nejrůznější vyšetření.

Psycholog

Psycholog absolvoval příslušnou katedru na (zpravidla) filozofické fakultě. Pokud se rozhodl věnovat se psychodiagnostice a léčbě, může se stát po absolvování atestace klinickým psychologem.

Diagnostika

Psychologická diagnostika je výrazně širší než psychiatrická. K psychiatrovi se dostává člověk s podezřením na duševní nemoc. Psycholog se vedle nemocných může zabývat i diagnostikou u lidí jinak zdravých (např. vyšetření intelektu, vyšetření dispozic pro určitou profesi atp.).

V oblasti psychiatrie je psychologická diagnostika založená na rozhovoru, pozorování a testových metodách. Testové metody jsou buď výkonové, nebo projektivní. Psycholog není diagnostik první linie, spíše je požádán psychiatrem, aby diagnostiku svými technikami doplnil a do hloubky rozvinul. Významnou roli pak psycholog hraje zejména na poli diferenciální diagnostiky, kdy mnoho metod psychologického vyšetření je zaměřeno na odlišení různých příčin stejných projevů, příznaků (příkladem může být diferenciální diagnostika organických příčin některých projevů nemoci, nebo diferenciální diagnostika v nosologických jednotkách, jako jsou porucha osobnosti a psychotické onemocnění) Standardizované testové metody mohou odlišit mnohem jemnější psychopatologické fenomény než rozhovor (ale nelze je od něj oddělovat) a pro jejich používání je potřeba školení. Výstupem práce psychologa je souhrnné psychologické vyšetření, které nepracuje pouze s výsledky jednotlivých metod, ale podává jejich komplexní interpretaci (například snížení výkonu paměti může mít mnoho příčin od poruch pozornosti až po poškození mozku) v kontextu anamnestických údajů a aktuální situace pacienta. Psycholog musí výsledky vyšetření vysvětlit kolegům v týmu a také šetrně a srozumitelně podat výsledky klientovi.

Tyto předpoklady lze dobře využít v diagnostice funkčního postižení navozeného nemocí. Psycholog pomocí svých metod dokáže detailně posoudit, jak je na to klient s využíváním poznávacích funkcí, jako je paměť, pozornost, schopnost využívání řeči, plánování, rozlišování a dodržování priorit, syntetickými a analytickými schopnostmi myšlení atp. Funkční diagnostika má velký význam pro rehabilitaci, viz níže. Výsledky vyšetření využívá pro doporučení k výkonu různých sociálních a pracovních rolí.

Psycholog při diagnostice musí mít na paměti, v jaké fázi nemoci se klient nachází a podle toho interpretovat výsledky vyšetření. Je tedy důkladně obeznámený nejen s psychopatologickými projevy nemocí, ale i s jejich vývojovou dynamikou.

Léčba a psychologické poradenství

I když se navzájem nevylučují znalosti neurobiologických procesů mozku a psychoterapie, předpokládáme, že zájem a vzdělání psychologa v MDT bude mít těžiště v druhé oblasti.

Psychoterapeutické vzdělání není nutně vázané na profesi psychologa, ale přece jen tato profese má patrně nejvíce vkladů již ze základního vzdělávání k výkonu funkce psychoterapeuta. Psycholog je dobře obeznámený s mechanismy běžné lidské psychiky, procesy motivace, projevy emocionality, sebeuvědomování a interpersonální komunikací. To vše využívá pro pochopení příběhu klienta, jeho vztahů a adaptačních vzorců. Jeho znalosti mohou velice prospět všem ostatním profesím v MDT.

Existuje mnoho psychoterapeutických směrů a technik, ale to hlavní na čem stojí efekt psychoterapie je vztah. Navazování a budování vztahu je klíčové pro pracovní alianci s klientem v každé profesi. Psycholog v této oblasti ovšem může být v MDT tím nejpovolanějším jak pro podporu klientů, tak pro pomoc ostatním členům týmu. Jeho znalosti a dovednosti v tomto směru mohou posloužit i pro pochopení vztahů v klientově přirozeném prostředí. Psycholog tedy může být kolegům velmi užitečný doporučeními pro práci s lidmi z přirozeného prostředí klienta.

Psychologické poradenství se samozřejmě s psychoterapií velmi prolíná, ale přece jen se odlišuje více expertním přístupem. Vedle vztahu každý občas potřebuje i radu, jak rozumět různým situacím a mezilidským vztahům. Tento přístup má blízko k socioterapii, což je řekněme průnik psychologického poradenství, psychoterapie a sociální práce. Znalosti psychologa mohou být velmi podstatné pro diagnostikování neadaptivního sociálního chování v přirozených situacích a navrhování alternativ, kterým by se klient mohl naučit a jeho blízké okolí ideálně též). Příkladem z této oblasti může být koncept expressed emotions, kdy v rodinném systému převládají nadměrně vyjadřované emoce kritiky, odsuzování, předsudků a výčitek.

Zvláštní kapitolou vycházející z psychoterapie je krizové poradenství / intervence. Příslušný kurz a výcvik může mít kterákoliv z profesí, ovšem psychologa jeho profese ke znalostem a dovednostem pro tuto oblast předurčuje nejvíce. Může krizové intervence sám poskytovat i je učit ostatní kolegy.

Rehabilitace

Zdravotní sestry a sociální pracovníci patrně budou s klientem mít nejvíce zkušenosti z běžných životních situací. Znájí klienta, jak se chová, jak reaguje, co zvládá a co ne. Tyto zkušenosti mohou být i frustrující, protože fungování klienta může být velice neefektivní, neadaptivní, nezodpovědné atp. Psycholog s poznatky o funkčním postižení klienta může poskytnout klíčové pochopení, proč je chování a fungování klienta jaké je. Proč klient často přerušuje činnost, mění své priority, mluví mnohoznačně, reaguje impulzivně či má potíže s motivací. Porozumění nefungování klienta je úlevné a usnadňuje to podstatné – vidět i v čem klient naopak je silný, vidět jeho potenciál a zdravé stránky. Znalosti psychologa mohou ostatním členům týmu zaujmout žádoucí postoje k možnostem rehabilitace klienta.

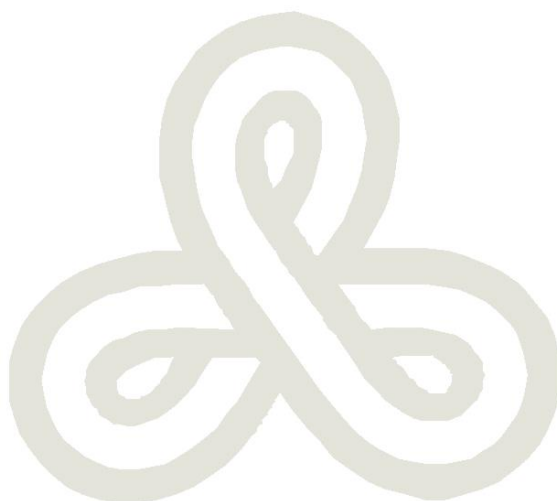
Má to ovšem i důležitý praktický dopad v doporučeních, jak klienta provádět reálnými situacemi a jak provádět nácviky různých dovedností. Sám psycholog může provádět nácvik a trénink dovedností pro oblast mezilidské komunikace, asertivity, pro zvládání obtížných situací včetně zvládání projevů jako úzkost a impulzivita. Tyto nácviky může provádět individuálně či ve skupině, ale také pro jejich vedení vycvičit své kolegy z týmu.

Sociální pracovník

Vzhledem k tomu, že kurz je určen především sociálním pracovníkům, považujeme na nadbytečné v syllabu popisovat, jakými znalostmi a dovednostmi se tato profese vyznačuje.

Námět pro kolektivní cvičení v rámci kurzu – zkuste kolegům z jiných profesí vysvětlit, jaké znalosti a dovednosti jsou spojené s profesí sociálního pracovníka a čím můžete být užiteční pro spolupráci v multidisciplinárním týmu.

Další námět na cvičení: ve skupinách pojmenujte hlavní styčné plochy kompetencí mezi výše uvedenými profesemi; podejte příklady z praxe, kdy k překryvu kompetencí došlo; u těchto zkušeností z praxe přemýšlejte, zda byl postup v zájmu klienta nebo jak jinak by mělo být postupováno.



ESET - HELP

Den druhý, Opakování

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 2	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Co je to tým: definice, atributy	Modely týmové spolupráce: teorie	Modely týmové spolupráce: praktická cvičení včetně procvičení řízení a komunikace týmu pomocí klientských případů z praxe				

ROZPRAVA K TÉMATŮM:

Hlavní zásady multidisciplinárního přístupu

4. kontinuální a proaktivní péče pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí (*pozn.- proaktivita znamená udělat vždy o krok navíc, např. nečekat, kdy nemocný přijde, ale vyhledat ho*)
5. poskytovat klientům 24hodinový přístup k informacím, podpoře, intervencím a léčbě při předcházení i při řešení krizových situací
6. organizovaně reagovat na požadavky vzešlé z primární péče (*primární péče – systém praktických lékařů, příklad 1 – praktický lékař pacienta doporučuje na CT vyšetření do nemocnice, tým zajistí doprovod a jednání kolem vyšetření, je-li to vzhledem ke stavu klienta zapotřebí, příklad 2 – praktický lékař doporučuje dietu při cukrovce, tým s klientem nacvičuje vše potřebné kolem dodržování diety – nákup vhodných potravin, nácvik přípravy jídel atp.*)

Výhody multidisciplinárního přístupu

MDT přístupy přinášejí řadu výhod a pozitivních výsledků, jak to prokázala řada zahraničních studií:

- snižují potřebu lůžkové péče
- zvyšují šance, že lidé s vážnými duševními problémy setrvají v léčbě i po propuštění z nemocnice
- uživatelé služeb i jejich pečovatelé tento styl práce preferují před tradičním ambulantním
- dosahují lepších výsledků v poměru nákladů a efektivity
- dokážou reagovat na široké spektrum klientových potřeb
- dokážou klientům zpřístupnit další služby, které by bez MDT nemocní nemohli nebo nebyli schopni využívat

Den druhý, Kapitola 3: týmová spolupráce 1

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 2	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Co je to tým: definice, atributy	Modely týmové spolupráce : teorie	Modely týmové spolupráce: praktická cvičení včetně procvičení řízení a komunikace týmu pomocí klientských případů z praxe				

V kapitole věnované týmové spolupráce se budeme věnovat dvě důležitým aspektům práce multidisciplinárních týmů. Prvním je struktura týmů, která definuje organizaci práce s ohledem na péči na klienta, procesy řízení a administrativně provozní záležitosti. V druhé části pak na týmovou dynamiku, procesy uvnitř týmu.

Modely spolupráce, komunikace, porady a informační toky

Struktura multidisciplinárních týmů - východiska

Struktura a organizace práce multidisciplinárních týmů je klíčovou charakteristikou těchto týmů. Bez přehánění lze konstatovat, že až vnitřní struktura dělá ze shluku odborníků různých profesí multidisciplinární tým a že je velkým omylem myslet si, že pouze tím, že na jednom místě v jeden čas dáme dohromady různé odborníky, dostaneme multidisciplinární tým. V praxi se setkáváme s celou řadou fungujících modelů struktury multidisciplinárních týmů, nicméně pro zjednodušení můžeme uvažovat o jejich struktuře ve dvou vzájemně spojených dimenzích.

Tou první je, řekněme, dimenze institucionální. Jde o to, že struktura je velkou měrou dána organizačním ukotvením celého týmu. Tím, zda jsou jednotliví členové týmu zaměstnanci jedné organizace (nebo jak uvádí Stuchlík „Agentury“, Stuchlík 2001) a mají jasně definovaný úvazek a náplň práce v multidisciplinárním týmu, jednoho nadřízeného a způsob úkolování. Anebo jde o zaměstnance různých institucí, jejichž náplně práce jsou odlišné, nemají definovanou výši úvazku pro práci v multidisciplinárním týmu a nespádají pod jednotné vedení (to je případ v našich podmínkách oblíbených konziliárních porad za účasti psychiatra, psychologa, zdravotních sester a sociálních pracovníků v některých rezidenčních psychiatrických zařízeních).

Na této ose můžeme uvažovat v obou extrémech a samozřejmě konkrétní multidisciplinární týmy se pohybují na celé škále mezi nimi. Tudíž nejpravděpodobnější model organizace práce týmů se bude v podmínkách ČR pohybovat někde mezi oběma extrémy tak, že týmy mohou vznikat pro účely realizace projektů, kdy členové týmů budou mít definované aspoň částečné úvazky pro práci v týmu, náplň práce a budou podléhat koordinátorovi projektu či vedoucímu týmu. Nicméně často zůstanou pod odděleným vedením po svých odborných liniích (např. psychiatr bude vždy v systémech supervize a vzdělávání podléhat standardům své profesní komory a dalších institucí)

Druhou dimenzí, která je pro strukturu týmů rozhodující, je účel nebo cíl, se kterým týmy vznikají. Tato dimenze je určující pro organizaci práce a strukturu týmu ve smyslu efektivních postupů. Například chceme-li, aby tým fungoval v oblasti asertivní komunitní péče, musí jeho struktura a zapojení jednotlivých profesí odpovídat tomuto úkolu. Pro ilustraci vezměme výši úvazků jednotlivých profesionálů, která musí odpovídat tomu, že členové týmu se vydají za klientem do jeho přirozeného prostředí. Což je v případě, kdy např. psychiatr pracuje pro tým v rozsahu 2 hodin týdně nemyslitelné. V celé řadě výzkumných studií se ukazuje, že právě organizace práce v týmech je limitujícím faktorem pro různé úkoly týmu.

Cíl a smysl existence multidisciplinárních týmu mohou být dány zadáním poskytovatelem či zadavatelem péče (Agenturami, organizacemi, státem či samosprávou), anebo projektem (výzkumným, pilotním či na základě grantových programů státních či nadnárodních institucí). V praxi komunitní psychiatrické péče (viz kapitola 1.

Teoretický úvod ...) se setkáváme se specifickými situacemi, kdy je vhodné, aby péči o psychiatrické nemocné prováděl multidisciplinární tým.

Proč multidisciplinární tým

V USA, Novém Jižním Walesu či Velké Británii jsou prakticky realizovány programy, jejichž cílem je v co největší míře nahradit institucionální péči a omezit počet dní, které nemocní musí trávit hospitalizací v psychiatrických rezidentních zařízeních. Smyslem je umožnit duševně nemocným lidem, aby žili v komunitě, ve svém přirozeném prostředí. Pro tyto účely jsou zřizovány právě multidisciplinární týmy a konkrétní výsledky jejich práce ukazují, že tento přístup je efektivní (např. projekt *Training in Community Living – TCL*, Madison, USA, z jeho zkušeností pak byl model péče replikován nejen v USA, ale i v Austrálii a Velké Británii, in Stuchlík 2001).

Dalším cílem, se kterým se setkáváme v praxi multidisciplinárních týmů je systém včasné intervence zaměřený na minimalizaci funkčních postižení vlivem nemoci. Jde o služby, které se snaží zachytit nemoc v její nejranější fázi a poskytnout plný servis tak, aby byly minimalizovány negativní dopady nemoci na kvalitu života nemocných. Znovu jde o příklad využití práce multidisciplinárních týmů v podmínkách péče, která je poskytovaná v přirozeném prostředí klienta. Příkladem a je projekt *Early Intervention Service – EIS*, London (Stuchlík 2001).

Nabízí se celá řada zadání a cílů, pro které mohou multidisciplinární týmy vznikat. Ve stručnosti zmíníme projekty, které se zabývají komplexní následnou péčí o pacienty propuštěné z hospitalizace pro psychotické onemocnění (např. projekty realizované v Torontě, Kanada či modelové projekty péče o dlouhodobě hospitalizované financované britskou vládou v r. 1983, Stuchlík 2001).

V podobném duchu se setkáváme i projekty, do kterých jsou zapojeny multidisciplinární týmy, i na území ČR po roce 1989. Obvykle jde o projekty zaměřené na následnou péči pro nemocné propuštěné po hospitalizaci, jejichž cílem je, aby nemocní mohli žít ve svém přirozeném prostředí a aby negativní dopady nemoci byly co nejmenší. Dalším příkladem pak mohou být multidisciplinární týmy, které se schází na pravidelných schůzkách poskytovatelů sociálních služeb a psychiatrických zařízení, jejichž smyslem je vytipovat ohrožené klienty, kteří potřebují následnou péči po propuštění z hospitalizace a dílčí plánování podpory po jejich propuštění.

Administrativa a finance

Ačkoli by se mohlo zdát, že tato část nepatří do výkladu o strukturách multidisciplinárních týmů, zanedbat ji můžeme pouze v případě, že bychom byli úplnými idealisty. Každý tým funguje vždy v nějakém kontextu legislativních nároků a je také financován (pouze výjimečně se setkáme v praxi s čistě dobrovolnou činností pracovníků v multidisciplinárních týmech).

Každý multidisciplinární tým se při vytváření své organizační struktury musí řídit také tím, že k jeho pracovním úkolům patří vedení dokumentace a evidence (databáze klientů, sledování výstupu, dokumentace po odborných liniích a sdílená dokumentace) a vypořádání administrativních náležitostí (výkazy práce, cestovní příkazy, materiálně technické zázemí a provozní zajištění).

Pro strukturu týmu to znamená, že kromě stanovení kompetencí a odpovědnosti jednotlivých členů týmu při práci s klientem, je nutné uvažovat a zařazení několika dalších lidí, kterým jsou přiděleny úkoly v této oblasti. Může jít nakonec i jednoho člověka, který zajišťuje veškeré administrativní a finanční záležitosti fungování týmu (např. koordinátor projektu, který zajišťuje nezbytnou administrativu, kontroluje dokumentaci práce týmu a zodpovídá za finanční a provozní zajištění – viz níže v kapitole *Struktura multidisciplinárního týmu jako dynamický systém, role business manager*). Ale může jít i o více lidí, kteří na těchto úkolech podílejí.

Tak například se můžeme setkat s tím, že tým má k dispozici administrativního pracovníka, provozního, je řízen finančním manažerem a zodpovídá se řediteli organizace či agentury. Ačkoli organizační struktura a vztahy

těchto dalších lidí zajišťujících hladký chod fungování týmu je dán prostě pracovními vztahy, je důležité, aby tým měl definované vztahy s těmito dalšími členy. Ideální je, když v samotné struktuře týmu je jasně daná pozice (či role) člena týmu, který se touto oblastí zabývá a na kterého se členové týmu obracejí a naopak, který úkoluje a kontroluje tým v této oblasti.

V samotné struktuře týmu může být role administrativního pracovníka začleněna paralelně do struktury řízení, kdy je například koordinátor týmu, který se zodpovídá přímo řediteli (vedoucímu) agentury, nebo organizace, a paralelně manažer týmu, který se také zodpovídá přímo řediteli (vedoucímu). Administrativní pracovník, může být ovšem také podřízeným koordinátora týmu, nebo naopak v roli manažera může být přímým nadřízeným koordinátora týmu (třeba jako člen užšího vedení organizace nebo projektového týmu).

Daleko častěji však jsou administrativní a provozní pracovníci zaměstnanci různých organizací a plní své úkoly v rámci organizační struktury instituce. To je případ multidisciplinárních týmů, které mají volnou strukturu a jejichž členové jsou zaměstnanci různých organizací. Provoz takového týmu pak naráží na potíže spojené s tím, že každý z členů týmu řeší provozně administrativní záležitosti po své linii v rámci své organizace. Není od věci zmínit i příklady odděleného vedení dokumentace, kde není možné z důvodu zákonných omezení sdílet určité informace mezi členy týmu a přináší úskalí hledání kompromisu ve formě paralelně vedených dokumentací o práci s klientem, což je často členy týmu vnímáno jako administrativně náročné a nadbytečné.

Souhrn

Obecně může mluvit o multidisciplinárních týmech s pevnou a volnou strukturou a pro účely tohoto textu a popisu dynamiky týmů a procedur poskytování péče je nutné vždy toto kritérium zohlednit. Tým s pevnou strukturou a řízením, bude mít úplně odlišné procedury vstupu, plánování a poskytování péče, než tým s volnou strukturou bez dané struktury řízení. Rozsah úkolů a dosažitelných cílů týmu bude vždy ovlivňován tímto limitujícím faktorem a naopak, každý multidisciplinární tým, který vznikne, bude své cíle definovat s ohledem na to, jaká je jeho organizační struktura a zázemí.

Příklady struktury multidisciplinárních týmů

V dimenzi řízení můžeme rozlišit týmy na *Plně řízené* a *Po odborných liniích řízené*. Kompromisní variantou je *Koordinovaný tým se sdíleným vedením*. V konkrétní praxi se setkáváme s různými kombinacemi, které vyplývají z konkrétních podmínek financování týmu a úkolů, které jsou jim svěřeny (Stuchlík 2001).

Plně řízené týmy

Mají jednoduchou organizační strukturu s jedním vedoucím týmu, který má plné právo řídit jednotlivé členy týmu. Vedoucí zodpovídá nejen za řízení multidisciplinárního týmu, ale také řídí procesy poskytování péče. Členové týmu mají jasně definované role a postupy pro práci s klienty. Tým sdílí jednotný systém odborného řízení a supervize. Výhodou tohoto uspořádání je jednoznačnost procesů poskytování péče. Nicméně tato struktura má své limitující faktory v tom, že členové týmu mohou ztrácet svoji autonomii a multidisciplinární tým může být ochuzen o potenciál vyplývající z různorodosti pohledů dané odlišným profesním pohledem na klienta. Rovnováha mezi odlišností a schopností přispívat celku je jednou z klíčových vlastností efektivní práce v multidisciplinárním týmu. Tento model není v praxi multidisciplinárních týmů až tak obvyklý, jak by se mohlo zdát. Nejčastěji je aplikován v týmech, které slučují členy jedné profese a zaměření (např. týmy sociálních pracovníků či case managementové týmy). Práce a organizační struktura těchto týmů je jasně vymezena závaznými dokumenty a definována pracovními vztahy.

Po odborných liniích řízené týmy

Jde o druhý extrém, ve kterém jsou členové týmu spojeni pouze tím, že například působí v jednom regionu a sdílejí klienty. Členové týmu pracují nezávisle a bez koordinace, nesdílí žádnou zodpovědnost a rozhodnutí učiněná takovým týmem jsou nezávazná. Každý člen týmu podléhá vedení v rámci organizace, jejímž je zaměstnancem, a podléhá také odbornému vedení a supervizi dle své odbornosti. V takových týmech je mezním cílem dosáhnout shody na logice a smyslu péče o nemocné, která je sdílená a na které každý z členů týmu pracuje v oblasti své odbornosti. Jde o neformální týmy, jejichž efektivita a míra spolupráce je z velké míry daná spíše osobními charakteristikami jednotlivých členů, než potřebami klientů či definovaným cílem péče. Příkladem mohou být týmy tvořené psychiatry, psychology a zdravotními sestrami psychiatrické léčebny na jedné straně, a sociálními pracovníky či case manažery na straně druhé, které se schází na v rámci spolupráce poskytovatele sociálních služeb a psychiatrického zařízení. V lepších případech existuje i písemný dokument, který definuje základní parametry spolupráce a cílů tohoto týmu, které nejsou obecně pro obě strany závazné.

Koordinovaný tým

Jde o tým, kde je vedení sdílené a probíhá po obou liniích. Jak profesní, každý z členů týmu se zodpovídá svému odbornému vedoucímu a často je začleněn do formální odborné instituce, tak i týmové, kdy má multidisciplinární tým svého vedoucího, který má zodpovědnost vůči zadání a výstupům práce multidisciplinárního týmu (může jít o přímou zodpovědnost organizaci, která tým zřizuje, nebo instituci, která tým financuje, kdy je vedoucí týmu např. koordinátorem projektu zodpovědným za jeho výstupy a činnosti). Takové týmy často pracují s formálně ukotvenými pravidly a strukturou (může jít o závaznou metodiku či organizační strukturu danou náplní práce). Vedoucím je obvykle volen jeden z členů týmu a ten se zodpovídá přímo vedoucímu agentury, organizace, nebo projektu.

V takových týmech se prolínají formální a neformální struktury, kdy jsou členové týmu zaměstnání částečným úvazkem v multidisciplinárním týmu, nicméně si ponechávají plně svoji odbornou zodpovědnost. Konkrétně každý člen týmu zodpovídá za svoji oblast péče o klienta a jeho rozhodnutí nepodléhá týmu, nicméně rozdělení rolí a kompetencí je dáno dohodou mezi jednotlivými členy týmu, či institucemi, v nichž jsou jednotliví členové týmu zaměstnání. Ačkoli tým sdílí určitou filozofii práce s klientem, konečné slovo v klinické praxi spadá na konkrétního odborníka, který si ponechává zodpovědnost a podléhá nezávislému odbornému vedení.

Slabina tohoto modelu spočívá v tom, že postupy práce a odborné vedení je složité (více linií) a přináší s sebou možnost konfliktů mezi cíli a zájmy jednotlivých odborností. Na druhou stranu koordinovaný tým nabízí právě možnost využít potenciál rovnováhy autonomie jednotlivých členů a společné práce.

Další modely práce

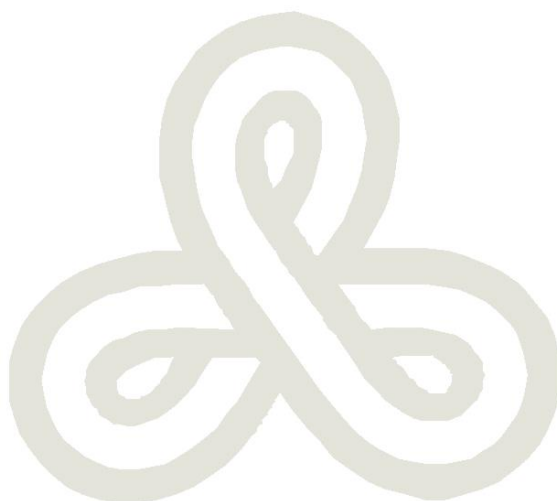
Ve stručnosti zmíníme ještě další modely struktury multidisciplinárních týmů. Prvním je model, který kombinuje oba extrémy v dimenzi *pevnosti* organizační struktury. Je tvořen jádrem, které je začleněno do pevné organizační struktury a dalšími členy týmu, jejichž spolupráce je volnější. Jde například o týmy, jejichž jádro tvoří tým sociálních pracovníků (případně terénních psychiatrických sester), kteří spolupracují s dalšími odborníky (psychiatry, psychology) na základě volnějších dohod o spolupráci.

V jiném případě mohou vznikat ad hoc týmy, které nemají pevnou organizační strukturu a kde je volen vedoucí týmu podle aspektu práce na základě konsensu. Tento vedoucí pak zodpovídá za plánování a poskytování péče a má omezené pravomoci úkolovat ostatní členy týmu. Tato struktura multidisciplinárního týmu může být začleněna do nějaké formální struktury organizace, nebo může vznikat zcela neformálně.

Poslední variantou jsou týmy, jejichž vedoucí je volen na základě prostého střídání nebo volby týmu. To může do určité míry uvolnit napětí vnikající jako důsledek vztahů podřízenosti a nadřízenosti, ale zároveň působí veliké obtíže při komunikaci týmu navenek. Třeba tak, že nikdo neví, komu má zavolat, když chce doporučit klienta do péče týmu.

Ačkoli jde o různé, řekněme mezní, varianty organizace multidisciplinárních týmů, nemůžeme je chápat jako návody na to, jak *by měl správně* multidisciplinární tým fungovat. Spíše jde o reflexi skutečnosti, že organizace práce a tedy i struktura týmů odpovídá tomu, že tým je živým systémem, který je nucen hledat rovnováhu pro vnitřní fungování a zároveň schopnost efektivně plnit cíle, které si předsevzal.

Jak si ukážeme v další kapitole věnované dynamice týmů, každý multidisciplinární tým musí projít určitými fázemi vývoje a struktura týmu je jeho nedílnou součástí. Může říci, že jde o jednu z důležitých vývojových fází, kterou tým musí projít a je výsledkem dohody, která vyplývá z cílů a filozofie, na které se tým shodne, a z institucionálního zázemí (nebo kontextu) členů týmu.



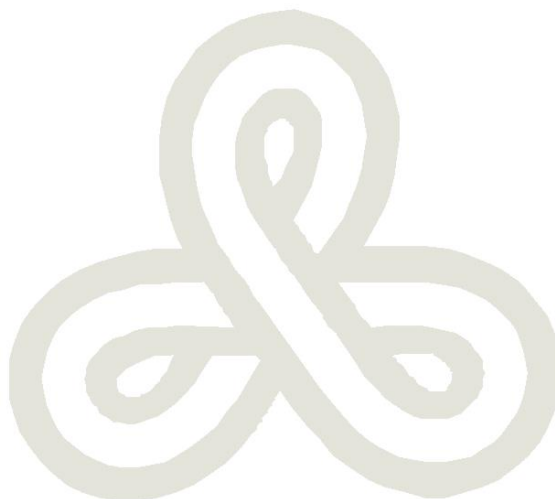
ESET - HELP

Den druhý, Cvičení k týmové spolupráci

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 2	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Co je to tým: definice, atributy	Modely týmové spolupráce: teorie		Modely týmové spolupráce: praktická cvičení včetně procvičení řízení a komunikace týmu pomocí clientských případů z praxe			

Úkoly pro frekventanty:

- 1. Ve skupinkách vymyslete různé příklady cílů, pro které je vhodné sestavit multidisciplinární týmy.*
- 2. Najděte pro každý z cílů vhodnou strukturu organizace práce v dimenzích pevná – volná.*
- 3. Uveďte 3 příklady přínosů a nevýhod pevné a volné struktury multidisciplinárních týmů.*
- 4. Uveďte příklad z praxe, kde se setkáváte s „multidisciplinárním týmem“ a diskutujte jeho strukturu.*



ESET - HELP

Den druhý, Kapitola 3: týmová spolupráce 2

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 2	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Co je to tým: definice, atributy	Modely týmové spolupráce: teorie		Modely týmové spolupráce: praktická cvičení včetně procvičení řízení a komunikace týmu pomocí klientských případů z praxe			

Struktura multidisciplinárního týmu jako dynamický systém

Struktura, ačkoli se to tak zdá, není pouze statický obrázek uspořádání několika lidí, ale je zároveň procesem (filmem), souhrnem toho, co se mezi těmito lidmi děje a jaký mají vztah. Když uvažujeme o struktuře multidisciplinárních týmů, jde daleko více o to, co a jak se bude dít, než o organizační schéma. Popis struktury musí proto vždy zahrnovat i procesy v týmu. Pro konkrétní ilustraci se budeme věnovat dvěma odlišným strukturálním uspořádáním týmu jako návrhu praxe fungování multidisciplinárního týmu. Abychom tak mohli učinit, popíšeme konkrétní fungování týmu z praxe, které odráží strukturu týmu v jeho práci.

Model klíčového pracovníka na základě stanovení naléhavosti dle doporučení

Jde o model, který byl nějaký čas užíván ve Velké Británii a jeho stěžejní charakteristikou je onen obtížně přeložitelný principy *stanovení naléhavosti dle doporučení* (*triage at point of referral*, MHC 2006).

V praxi jde strukturu týmu, která vychází z principu péče, v jejímž centru jsou potřeby klienta (viz kapitola 1. Teoretický úvod ...). Struktura týmu se opírá o tři klíčové pozice, *odborného vedoucího* (*clinical leader*), *koordinátora týmu* (*team co-ordinator*) a *administrativního pracovníka* (*business manager*).

Úkolem odborného vedoucího je zajistit fungování týmu vycházející ze sdílené vize a cílů, stará se o týmovou kohezi a směřování dalšího vzdělávání týmu. Koordinátor týmu je řídí práci s klienty, je styčným důstojníkem pro kontakt týmu s jeho okolím, procházejí přes něj všichni klienti týmu. Zodpovídá za pracovní vytížení jednotlivých členů a za monitorování činnosti týmu. Zároveň zodpovídá za vnitřní komunikaci, aby všichni členové týmu byli informováni ve věcech práce s klientem a o činnostech týmu. Zodpovídá za spolupráci týmu s dalšími poskytovateli. Administrativní pracovník se stará o veškeré úkoly související finančním řízením a administrativou. Zajišťuje provozní úkoly a v částečném překrytí s rolí koordinátora týmu se stará o monitorování aktivit a audit činnosti týmu.

Tito tři členové týmu (můžeme mluvit o sdíleném řízení) musí být schopni úzké spolupráce a vzájemně se doplňovat tak, aby tým bezvadně pracoval v oblasti péče o klienty. V administrativní oblasti pak mohou být členy týmu, ale spíše užšího vedení ještě další administrativní či provozní pracovníci.

Tým samotný pak sestává z psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků a ergoterapeutů.

Tým funguje tak, že první kontakt jde přes koordinátora týmu, který na základě stanovení priority z doporučení určí pracovníka týmu (vstupního klíčového pracovníka), který se postará o zajištění péče předtím, než o dalším postupu rozhodne tým na základě vstupních vyšetření. V popředí je tak to, co klient potřebuje. V případě nutnosti akutní zdravotní péče nebo diagnostiky tak může být vstupním klíčovým pracovníkem psychiatr, nebo zdravotní sestra. Při obtížích s bydlením či prací to mohou být sociální pracovník, nebo ergoterapeut.

Vstupní klíčový pracovník zajistí nutné kroky, aby zajistil základní stav klienta. Někdy nelze odkládat určité věci na čas, kdy se klientovi může věnovat celý tým. Třeba v případě nutnosti zdravotnického zákroku, vyšetření,

hospitalizace, zajištění azylového bydlení či nutných kroků ve věci trestního řízení. Dále provede základní diagnostiku, na jejímž základě prezentuje celému týmu případ svého klienta (v literatuře se můžeme setkat s termínem případová konference, MHC 2006). V popředí vstupní fáze práce s klientem je identifikace potřeb klienta, na které by se měla péče zaměřit. Sám klíčový pracovník spolupracuje s ostatními profesionály v týmu tak, aby byl obraz o potřebách klienta co nejúplnější. Může tak požádat psychiatra o vyšetření klienta zaměřené na psychotické symptomy, nebo požádat ergoterapeuta o komplexní pracovní diagnostiku klienta.

Výstupem případové prezentace je plán péče (v našem kontextu také individuální plán), na které klient přímo participuje a jehož kopii také obdrží. Součástí plánu jsou nejen cíle, ale i lidé a instituce, které se na jeho realizaci budou podílet, a datum revize plánu. V plánu může být stanoven jiný klíčový pracovník a další klíčový pracovníci klienta v týmu pro jednotlivé cíle a kroky samotného plánu. Jedno vyhotovení plánu může obdržet i další instituce, která poskytuje klientovi péči (např. místní nemocnice pro případ hospitalizace).

Podmínkou pro fungování týmu je pak sdílená dokumentace, kdy všichni členové týmu pracují s jednou složkou dokumentů, kterou sdílí tak, že žádné záznamy nejsou vedeny odděleně a každý pracovník týmu má přístup ke všem informacím o klientovi a především realizaci plánu péče. To by třeba v podmínkách ČR mohlo představovat problém z hlediska ochrany osobních a citlivých informací.

Tým obvykle funguje v týdenním režimu pravidelných schůzek a porad, které se věnují nejen práci s klienty, ale i provozně administrativní stránce fungování týmu. Dále týmy mají jednotné odborné vedení (intervizi – odborný vedoucí), společnou supervizi externistou (případově orientovanou) a často také pravidelné podpůrné skupiny (v našich podmínkách týmová supervize, nicméně nemusí být pod vedení externisty).

Jak vidíme, zde je struktura plně podřízena potřebám klienta a celý proces poskytování péče se v ní odráží. Nastavení struktury týmu je totiž nezbytnou podmínkou pro aplikaci určitých postupů. Tudíž struktura nemůže být zaměřena pouze na vnitřní fungování týmu, které odpovídá institucionálnímu kontextu členů týmu. Musí také zrcadlit a umožňovat procesy, které členové týmu vnímají jako užitečné a nezbytné pro efektivní a kvalitní péči o klienty.

Tento model by se mohl zdát jako ideálním pro péči o duševně nemocné klienty. Nicméně i tento model má svoji nevýhodu a ta spočívá v tom, že pevnou strukturou postupně otupuje jedinečné přínosy jednotlivých profesí a zdůrazňuje postupně společnou filozofii a hodnoty. Může se tak stát, že rozdíly mezi jednotlivými profesemi začnou mizet a chybět bude i konkrétní praktická zkušenost a dovednosti z klinické praxe.

Case managementový model

Tento model organizace multidisciplinárních týmů stojí úplně na opačné straně spektra oproti výše popsanému. Vychází ze situace, kdy je péče o duševně nemocné natolik roztržštěná, že je nutné, aby klienta někdo doprovázel a plnil roli koordinátora péče. V podstatě jde o to, že nenávazná a nekoordinovaná péče o klienta nemůže reagovat na jeho potřeby efektivně a je nutné, aby do systému přibyl další prvek – koordinátor, nebo chcete-li case manager.

I v tomto případě je hlavním cílem identifikovat potřeby klienta a sestavit komplexní plán péče. Nicméně v daleko komplikovanější (volné) struktuře týmů. Ve chvíli, kdy se ve výše uvedeném modelu na plánování přímo podílí a jednotlivé kroky pak realizuje další člen týmu, zde je case manager odkázán na „zprostředkování“. Zde jen krátká odbočka, case management je považován za metodu práce, nicméně nejde tak úplně o ucelený systém práce. V praxi lze najít minimálně 6 odlišných modelů case managementu (Marshall 1996). Nicméně jeho asi nejjednodušší formou je práce *model zprostředkování (brokerage model, MHC 2006)*.

Analogicky si tak můžeme představit, že case manager (v našich podmínkách nejčastěji sociální pracovník) provádí vstupní diagnostiku a pro její účely zajišťuje práci dalších profesionálů v systému péče. Může odeslat klienta k psychiatrovi, domluvit mu tam schůzku s tím, že mu vysvětlí výhody takového postupu a bude ho motivovat v případě, že je to pro užitečné pro identifikaci potřeb klienta a sestavení plánu péče. Podobně postupuje i v případě potřeby přispění dalších profesí. Poté sestavuje společně s klientem plán péče, do jehož vytváření může zapojovat i další osoby.

Dalším krokem je pak to, že case manager zajišťuje či *zprostředkovává* nutnou péči, monitoruje její poskytování a kvalitu ve vztahu k potřebám klienta. A především provází klienta systémem.

Tento model odpovídá daleko více situaci, která panuje v oblasti péče o duševně nemocné v ČR. Systém je fragmentární a není orientovaný kolem potřeb klienta, ale spíše po institucionálních liniích. Sdílené řízení multidisciplinárního týmu je výjimečné a jednotliví zástupci různých profesí spolupracují spíše na základě neformálních vztahů.

Ačkoli jsou zde mnohá omezení, může se takový tým chovat jako multidisciplinární a aplikovat analogické postupy při práci s klientem jako tým institucionálně ukotvený. Přináší to mnohé výhody a umožňuje hlubší reflexi poskytování péče klientům. Může jít o propracovanější postupy v oblasti diagnostiky a šetření potřeb (např. při zapojení psychiatra a psychologa má diagnostický proces k dispozici další důležitá data). Nebo o sdílení úkolů v oblasti konkrétních kroků plánu péče (na realizaci plánu se podílí více lidí – vícezdrojový princip práce case managementu).

Nakonec nic nebrání tomu, aby i zprvu neformální vztahy dostaly podobu ukotvenou v dokumentech a nějaké stanovené organizační struktuře s definicí rolí, kompetencí a odpovědností. Případně vyústili v realizaci pilotních či na problém orientovaných rozvojových projektů, pro jejichž účely budou struktura a procesy v týmu pevněji definovány. V každém případě jde spíše o aplikaci postupů, které upřednostňují práci týmu, před roztříštěnou osobní zodpovědností. A ty lze aplikovat i v tomto modelu práce.

Co se administrativních a provozních záležitostí týče, ty jsou v tomto modelu plně v režii samostatných organizací (Agentur), které se starají o týmy svých pracovníků. Nevýhodou je roztříštěná dokumentace (každý vede v souladu s požadavky svých institucí svoji dokumentaci) a nemožnost sdílení určitých dat o klientech – někdy narazíme na problém, zda např. lékař může informovat case managera o hospitalizaci klienta, zda může case manager informovat lékaře o sociální situaci klienta atp. Často je plán péče jediným sdíleným dokumentem.

Další potíží je, že neexistují standardní kanály pro komunikaci jednotlivých členů týmu. Komunikace je tak nesouvislá a často se ztrácejí důležité informace, protože chybí pravidelné schůzky s dostačující frekvencí. Chybí společná supervize či intervize. Podpůrné skupiny (týmová supervize) chybí úplně a systém vzdělávání členů týmů je daný požadavky jejich zaměstnavatele a nikoli potřebami týmu.

V případě case managementového modelu spolupráce multidisciplinárního týmu je důležité, aby byl přes všechna výše uvedená omezení využit co nejvíce potenciál všech profesních skupin zapojených do péče o klienty. Jde tedy především o aktivní vytváření komunikačních kanálů, tedy společných porad a schůzek, které slouží k efektivní realizaci plánu péče. Kromě schůzek týkajících se konkrétní práce s klientem je dobré, aby se všichni zúčastnění sešli i k reflexi toho, jak vzájemně fungují. Může jít o systém hodnocení spolupráce, kdy se v pravidelné frekvenci tým sejde a má prostor mluvit o sdílených hodnotách, způsobech spolupráce a třeba i revidovat dohody o spolupráci, které fungují na úrovni organizací.

Asi největším limitem tohoto modelu je fakt, že v tomto modelu nefunguje žádný způsob jak pečovat o kohezi týmu a sdílení hodnot a principů péče. Nefunguje společné odborné vedení a rozhodnutí členů týmu podléhá spíše odborné linii jejich oboru. Navíc je komplikovaný v tom, že takovéto týmy podléhají fluktuaci členů, která

je dána nejen jejich osobním rozhodnutím, ale i institucemi, ve kterých pracují (lékař, který odchází na stáž atp.).

Protože case management jako svébytná a samostatná metoda práce s duševně nemocnými lidmi, přesahuje rámec tohoto textu, abychom jeho metody podrobně popisovali. Asi nejpodrobnější popis metod case managementu včetně organizační struktury multidisciplinárního týmu, definice pracovních strategií a jednotlivých postupů nabízí Stuchlík v monografii Aserktivní komunitní léčba a case management.

Souhrn

Oba výše uvedené modely popisují metody spolupráce různých odborností ve dvou, řekněme extrémních, pólech pevnosti organizační struktury. V praxi bude vždy konkrétní tým hledat své místo někde na celé škále možností mezi těmito póly.

Důležité je vytvářet kreativně strukturu a procesy uvnitř týmů podle možností a dostupnosti jednotlivých členů. Nelze proto navrhnout nějaký ideální model spolupráce, zajištění administrativních a provozních záležitostí týmu, mechanismy řízení a komunikace vnitřní i vnější. Lze je optimalizovat vše podle konkrétní situace konkrétních týmů.

K tomu účelu mohou posloužit jako inspirace oba zde popsané modely spolupráce a výše uvedené modely struktur multidisciplinárních týmů.

Tabulka – Přehled modelů spolupráce, komunikace, řízení, administrativně technických úkolů

Pevná struktura	Volná struktura
Organizační struktura: - řízení (vztahy nad/podřízenosti) - kompetence, odpovědnosti (náplň práce, definice role v týmu) - odborné vedení - monitorování činnosti týmu, audit, kontrola kvality	Organizace práce: - koordinace (case management) - vyjednávání o podílu jednotlivých profesí (nezávazné dohody) - konsensus v oblasti hodnot, principů a cílů - hodnocení spolupráce na úrovni vedení organizací
Komunikace: - systém porad (agenda klientů, provozní, týmová) - supervize - podpůrné skupiny (týmová supervize, intervize)	Komunikace: - koordinační schůzky, informativní schůzky a telefonáty či korespondence - oddělený systém supervize - hodnocení spolupráce
Práce s klientem: - sdílená dokumentace - plán péče (individuální plán, správce klíčový pracovník) - dělení úkolů, participace - revize plánu péče - metodiky (pracovní postupy)	Práce s klientem: - informativní schůzky - plán péče (individuální plán, správce case manager) - vyjednávání o podílu na jednotlivých krocích - hodnotící a informativní schůzky - rámcové nezávazné dohody
Vymezení činnosti: - pracovní strategie, operační manuál (písemné)	Smlouvy: - dohoda o spolupráci (ústní, písemná)

Den druhý, Souhrnná cvičení - úkoly pro frekventanty

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 2	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Co je to tým: definice, atributy	Modely týmové spolupráce: teorie		Modely týmové spolupráce: praktická cvičení včetně procvičení řízení a komunikace týmu pomocí klientských případů z praxe			

Navrhněte strukturu a organizaci práce (pracovní strategii) multidisciplinárního týmu v různých situacích a s různými zadáními:

a) MDT slouží jako přímá podpora klientům při návratu z hospitalizace, členové týmu jsou zaměstnanci různých organizací (psychiatrické oddělení, poskytovatel sociálních služeb), nemají přímé vedení – navrhněte harmonogram a program schůzek, kdo vede jednotlivá setkání a jak by měla probíhat (program), jaké dokumenty / dohody tým potřebuje ke své práci.

b) MTD funguje v rámci programu snížení počtu re-hospitalizací chronicky duševně nemocných se závažnějším průběhem onemocnění, členové týmu pracují v rámci projektu na částečný úvazek, tým má placeného koordinátora a odborného vedoucího, dále je v projektu zaměstnaný finanční manažer a administrativní pracovník, sociální pracovníci jsou 4 na plný úvazek, zdravotní sestry 2 na plný úvazek, dále ergoterapeut na plný úvazek, psychiatr a psycholog na poloviční úvazek – navrhněte organizační strukturu týmu včetně vedení, systém porad včetně programu (frekvence, obsah, průběh a vedení), podpůrné dokumenty k práci týmu.

ESET - HELP

Den třetí, Opakování minulého dne a doplňující dotazy

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 3	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Týmová dynamika, role a vztahy: teorie a praktická cvičení			Vstup klienta do služby (péče týmu) – trochu teorie a hlavně praktická cvičení na typických případech z praxe			

Úkol pro frekventanty:

1. Zkuste vytipovat aspoň tři situace, v nichž organizace týmu znemožňuje efektivní intervence týmu.
2. Téma k diskusi – nakolik je struktura péče o duševně nemocné podřízena jejich potřebám a nakolik potřebám institucí?

Pracovní materiály:

1. Formulář plánu péče
2. Schéma práce – algoritmus – modelu klíčového pracovníka

Úkoly pro frekventanty

1. Najděte 3 výhody a nevýhody case managementového modelu MDT
2. K diskusi – jaké postupy MDT lze uplatnit i v případě, kdy je tým neformální?

Diskuse

ESET - HELP

Den třetí, Týmová dynamika

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 3	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Týmová dynamika, role a vztahy: teorie a praktická cvičení			Vstup klienta do služby (péče týmu) – trochu teorie a hlavně praktická cvičení na typických případech z praxe			

Dynamika týmu

Horizontální a vertikální dynamika týmu

Multidisciplinární tým má jako každá pracovní skupina svoji dynamiku danou interakcemi jeho členů. Dynamiku můžeme vnímat horizontálně ve smyslu vývoje týmu v čase. Každý tým v nějakém okamžiku vzniká a prochází milníky svého vývoje (někdy jsou tyto milníky vnímány jako vývojové krize). Protože multidisciplinární tým je velice specifická pracovní skupina, je nutné zabývat se vývojem týmu v různých fázích jeho vývoje, včetně toho, že pracovníci týmu mohou opouštět, nebo naopak do něj přicházet.

Druhým aspektem dynamiky týmu je fakt, že tým se zabývá aktuálními problémy a úkoly v daném okamžiku a úspěšné zvládnutí těchto úkolů je ovlivňováno celým týmem. V tomto případě můžeme uvažovat o situacích jako konflikt v týmu, syndrom vyhoření, potíže s komunikací či specifické situace, které přinesou jednotliví členové týmu jako jedinečné osobnosti – kromě své odbornosti přináší každý člen týmu své osobní hodnoty, styl práce, preference a způsob chování.

Vznik a vývoj multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární týmy vznikají, vyvíjejí se, proměňují a také zanikají. V čase můžeme sledovat určité vývojové fáze, které jsou analogické k vývoji každé pracovní skupiny. Z hlediska záměru tohoto textu je pro nás nejdůležitější fáze vznikání (formování) týmu a poté fáze, kdy tým hledá rovnováhu konfluence (to je výraz pro stav, kdy členové skupiny, týmu, v zájmu soudržnosti rezignují na některé rysy své individuality). Další vývojové krize týmu jsou již spíše spojeny s úkoly a problémy, které týmy potkávají při jejich práci, a budeme se jim blíže věnovat v dalších kapitolách.

Jak již bylo zmíněno výše, jsou různé okolnosti, za kterých multidisciplinární týmy vznikají. Ať už tým vzniká v jakémkoli kontextu a vždy před ním stojí veliký vývojový úkol, který spočívá v tom, že se ze skupiny odborníků „v jedné místnosti“ stane multidisciplinární tým. A to není zrovna jednoduchá práce. Vyžaduje nejen ochotu lidí spolupracovat, ale také jasný kontext, ve kterém budou spolupracovat a definici smyslu existence tohoto týmu.

Prvním úkolem multidisciplinárního týmu je proto odpovědět si na následující otázky. Hledání odpovědi může být pouze předmětem diskuse, může být vtěleno do různých dohod o spolupráci, které posvětit management participujících organizací, anebo může být vtěleno do dokumentu, který slouží jako základní nástroj práce týmu – operační manuál, pracovní strategie, či metodika.

Každý multidisciplinární tým musí definovat:

1. obecné a specifické cíle poskytované péče a související hodnoty a principy,
2. cílovou skupinu – včetně vstupních a výstupních kritérií a priorit péče,
3. organizační strukturu – personál, řízení, role, zodpovědnosti,
4. pracovní postupy při práci s klienty – vstup do služby, diagnostika, plánování, poskytování a hodnocení péče,

5. podpůrné mechanismy – odborné vedení, supervize, podpůrné skupiny, další vzdělávání,
6. vedení a sdílení dokumentace.
7. Komunikaci – systém porad s programem, frekvencí a vedením

Nejde o vyčerpávající výčet, nicméně jde o oblasti, které musejí být předmětem diskuse (pracovní strategii musí spoluvytvářet přímo tým). Nicméně jde o přehled základních témat a oblastí, kterým se týmy musejí zabývat. Samozřejmostí je, že týmy se potýkají s dalšími problémy a otázkami, které jsou dané jedinečným kontextem, ve kterém tým vzniká – např. multidisciplinární týmy, které jsou složené z členů, kteří jsou zároveň členy multidisciplinárního týmu a zároveň pracují v organizaci, která s týmem spolupracuje, nebo rivalizuje atp.

Při úplném zjednodušení pro všechny případy různých týmů je nezbytné, aby vždy tým definoval minimálně obecné a konkrétní cíle spolupráce. Konkrétní, znamená srozumitelné, uskutečnitelné a také měřitelné. Aby měl jasné definovanou cílovou skupinu, systém komunikace (porady, schůzky a další informování včetně telefonů a emailů), a základní pracovní postupy (co děláme, když se sejdeme a co potom).

V dalších vývojových fázích musí tým vytvářet efektivní mechanismy, jak si poradit s konflikty a problémy uvnitř týmu a jak se přizpůsobovat proměňám situací při práci s klienty. V případě týmu s pevnou institucionální strukturou jde o vytvoření systému supervize a podpory týmu. Protože práce týmu se neustále proměňuje a vyvíjí a tým samotný naráží na nové úkoly a výzvy, je nutné, aby postupem času našel a používal efektivní mechanismy jak svoji práci korigovat a zkvalitňovat.

V prvé řadě jde o to, že každá nová výzva, problém či případ jsou pro tým zdrojem učení a růstu. Ale zároveň mohou znamenat také hrozbu či riziko pro kohezi týmu, nebo nepřiměřenou zátěž. V tomto případě je velice důležitá podpora v odborném směřování týmu a v ideálním případě supervize. Z hlediska vnitřního života týmu to ale také přináší úkol revidovat pracovní postupy. K tomu musí být vytvořeny standardní mechanismy a prostor pro komunikaci. V případě institucionálního týmu je situace jednodušší v tom, že již při vzniku pracovní strategie tým obvykle stanoví termíny pravidelných revizí strategie včetně způsobu provedení. V týmech s volnější strukturou to obvykle znamená jít cestou hodnotících schůzek s jasně definovanými tématy, anebo případových konferencí – reflexe pracovní strategie na rozboru konkrétního případu za účasti všech členů.

V praxi tato vývojová fáze týmu představuje důležitý vývojový úkol představující vytvoření učící se strategie. Každý konflikt, problém nebo potíže musí být zdrojem učení a toto učení musí být promítnuto efektivně do proměny pracovních postupů, nebo mechanismů spolupráce týmů. Příkladem může být strategie londýnského EIS, který řešil problém s tím, že při určitém objemu klientů již není dostatečný prostor pro obsáhlé probírání každého případu, které bylo obsahem společných schůzek. Stalo se tak, že případy, které by měl tým probírat hlouběji, nedostaly dostatek času a mnohdy si tým vzájemně vyčítal, že akutnímu zhoršení stavu klienta šlo předejít. Nakonec vyvinuli systém semaforu, kdy každý klíčový pracovník ohodnotil aktuální stav svého klienta před schůzkou týmu ve třech stupních – zelená = žádné potíže, oranžová = varovné signály a červená = hrozící nebezpečí. Tímto způsobem rychle probrali agendu klientů a věnovali se těm nejpotřebnějším příkladům.

V této fázi také dochází k vytvoření realističtější skupinové koheze. Tak, jako je první fáze vývoje týmu ve znamení silné týmové koheze (konfluence, kdy se pomalu mohou stírat v zájmu celku individuální rozdíly), ke které členové týmu směřují, ve druhé fázi dochází k vymezování individuálních pozic a rolí. Členové týmu více vnímají individuální rozdíly a roli každého člena a hledají rovnováhu mezi kohezí týmu a individualitou jeho členů. Tak jako v jiných skupinách začínají více experimentovat s modalitami jako je kritika, prezentace odlišných názorů či řešit individuální rozpory (v mnoha týmech jsou konflikty jejich členů právě zdravým projevem této vývojové fáze a jejich nepochopení vede k tomu, že tým je nedokáže využít ke svému vývoji). Velkým vývojovým úkolem uvnitř týmu je vytvořit prostředí, které umožní při vysoké úrovni koheze ponechat členům týmu jejich individuální prostor. V tomto období jsou časté krize ve formě konfliktů mezi jednotlivými členy týmu (vymezují obvykle místo a individualitu) a vznik koalic uvnitř týmu (obvykle se vytváří jádro tvořené členy s potřebou větší koheze a satelity, které zdůrazňují svoji individualitu). V této fázi je nezbytně nutné, aby

tým měl efektivní mechanismy jak svoji vnitřní dynamiku reflektovat a otevřeně komunikovat. Asi nejvhodnější podobou je systém podpůrných skupin, které jsou pravidelné a jejich obsahem je samotné dění v týmu, vzájemná komunikace a spolupráce, role a priority jednotlivých členů týmu (Stuchlík 2001, MHC 2006).

To, co pomáhá týmu zvládnout tuto vývojovou fázi, je vždy shoda na základních cílech a smyslu existence týmu. Čím více svoji energii tým věnuje jasnému vymezení cílů spolupráce a čím efektivnější jsou procesy revizí těchto cílů, tím snazší je v této fázi vytvářet rovnováhu mezi týmovou kohezí a individualitou jednotlivých členů. Protože v procesu učení není důležitá pouze fáze identifikace problému, ale stejně důležitou je i fáze integrace (strávení naučeného), je velice důležité, aby se konflikty a problémy v dalších fázích existence týmu promítaly i do změn v oblasti cílů, cílové skupiny a personálu. Aby se učení promítalo až na úroveň zakládajících dokumentů. V mnoha literárních odkazech nalezneme, že právě schopnost přijímat konflikty, kritiku či chyby jako nástroj učení je jednou z klíčových dovedností fungujících týmů.

Poté, co tým dozraje do podoby, kdy jeho členové dokážou pracovat jako tým a zároveň si ponechat svoji autonomii a individualitu (využívají ji právě pro zvýšení potenciálu a kreativity), lze mluvit o "zralém" multidisciplinárním týmu, který využívá nejen spojení různých profesí v jednotném rámci práce s klientem, ale i potenciál jejich odlišností. V této fázi se objevuje další riziko práce multidisciplinárních týmů a tím je "syndrom vyhoření", a to na úrovni individuální, ale i týmové. To je jeden z důvodů, proč je dobré věnovat hodně úsilí v prevenci tohoto syndromu. Metody a způsoby prevence syndromu vyhoření dalece přesahují rámec tohoto textu a lze jich nalézt dostatek v dostupné literatuře (Stuchlík 2001). Přesto je ale i věcí týmu samotného, aby se i tímto tématem ve své práci zabýval. Rozhodně lze říci, že institut podpůrné skupiny, kdy se tým setkává s tím, že má dostatek prostoru a někdy i externí vedení pro jakékoliv téma, je pro jeho členy důležitý. Je dobré zohlednit důležitost tohoto prostoru i v případech, kdy týmy nejsou tvořeny členy zaměstnanými v jedné organizaci a jejich struktura je volnější.

Na závěr řekněme, že každý tým je také skupina a že každá skupina prochází tradičním vývojem a dříve nebo později potřebuje věnovat svoji energii nejen společné práci, ale také komunikaci o tom, jak pracuje. Tato reflexe může probíhat uvnitř skupiny spontánně a nebo může být facilitována externistou, nebo v rámci odborného vedení. Každý multidisciplinární tým by měl již při svém vzniku s tímto faktem počítat a dopředu plánovat způsoby a prostor pro tuto komunikaci.

Role - aneb kdo je kdo

Když se podíváme na základní podmínky toho, jak vybudovat neúspěšný tým, vždy bude přítomna jedna základní podmínka a tou je "nejasná definice rolí" (Atwal, Jones 2009, Belbin 1981). Potíž spočívá v tom, že role není pouze souhrn kompetencí, dovedností a úkolů jednotlivých členů (řekněme "profesionální role"), ale zahrnuje i individuální styl práce v týmu (někdo rád řeší problémy, ale špatně komunikuje, někdo překypuje energií, ale není citlivý vůči potřebám ostatních atd.). Navíc v různých kontextech struktury multidisciplinárních týmů může už samotná práce v týmu a její definice v pracovní strategii přinést určité zmatení rolí. On už samotný název multidisciplinární tým v sobě obsahuje zdání toho, že při práci budou stírány hranice jednotlivých profesí. Tak třeba tým, jehož hlavním obecným cílem je rehabilitační práce, může dojít do situací, kdy psychiatr bude daleko více sociálním pracovníkem a sociální pracovník sestrou a sestra psychologem. A to vše ještě v kombinaci s tím, že každý přináší své individuální kvality a styl práce.

Podobně jako v jiných skupinách je jediným možným řešením tohoto "problému" prostá nutnost uvědomění si těchto specifických rolí a jejich využití při práci v týmu v jeho prospěch. Protože zmatení rolí a nízká identifikace s cílem týmu jsou jedněmi z hlavních faktorů individuálního syndromu vyhoření, je nutné, aby tým investoval úsilí do reflexe týmových rolí a komunikace o nich. Ačkoli se týmová role jen těžko mění, může každý člen měnit své chování a učit se novým týmovým rolím, nebo strategiím. Lze pak i definovat oblasti co by měl a neměl člen týmu s určitou rolí dělat (Belbin 2011).

V případě multidisciplinárních týmů v prostředí péče o duševně nemocné je vymezení a případné zmatení rolí komplikováno také faktem, že v týmech pracují profesionálové, jejichž role je do velké míry dána očekávaným vnímáním ostatních. Například role psychiatra (obecněji lékaře) v sobě obsahuje očekávání autority a může být velkým překvapením členů týmu, že "jejich psychiatr" se autoritativně nechová. Podobně pak role zdravotní sestry v sobě obsahuje očekávání submisivity a pasivity, což může být zdrojem mnoha rozčarování.

Dalším limitujícím faktorem je to, že pouze v týmech s pevnou strukturou je alespoň písemně definována profesionální role každého člena (náplň práce a pracovní strategii či operačním manuálem). V týmech s volnější strukturou, které by se spíše měly jmenovat "Integrativní" nebo "Transdisciplinární" (Atwal, Jones 2009), se nelze opřít o žádnou definici a už vůbec ne o prožitek spolupráce při vytváření a definici rolí v rámci pracovní strategie. Zde je tedy nutné, aby kromě osobních rolí (pracovního stylu), byly daleko více reflektovány také profesní role jednotlivých členů v kontextu práce týmu a cílů, které si vytýčil. Určitě bude muset každý multidisciplinární tým věnovat úsilí při definici alespoň profesionálních rolí při své vzniku. V ideálním případě je definice rolí jednotlivých členů definována dokumentem, pracovní strategii, nebo operačním manuálem, a nabízí tak oporu v denním fungování týmu při plnění různých úkolů. V případě, kdy to není možné, je dobré, aby byly profesionální role přinejmenším věcí dohody a společného konsensu týmu a byly vtěleny do ústních či písemných dohod o spolupráci a tím i předmětem hodnocení či revizí.

Klíčovými vlastnostmi, které pomáhají členům týmu překonat nástrahy zmatení rolí a interpersonálních konfliktů, které z nich vyplývají, jsou respekt k ostatním profesím, ochota reflektovat své stereotypy a předem daná očekávání ve vnímání ostatních členů. Připravenost jasně definovat svoji roli v týmu a ochota komunikovat otevřeně s ostatními. Znovu narážíme na fakt, že tým je také skupina lidí, která se chová jako každá jiná skupina a může potřebovat i facilitaci k překonání některých obtíží na jedné straně (podpůrné skupiny, externí týmová supervize), a mechanismy jejich prevence na straně druhé (team-buildingové strategie, neformální život týmu).

Protože cílem existence multidisciplinárního týmu je efektivně odpovídat potřebám klientů, je hlavním cílem definice a uvědomění rolí členů týmu to samé. Role jednotlivých profesí by měly být podřízeny obecnému a konkrétním cílům týmu a specifické individuální role členů týmu jsou důležité při řešení jednotlivých problémů či realizaci jednotlivých kroků péče o klienta. Někdy se zdá, že lze určit plně a vyčerpávajícím způsobem, co konkrétně by měl každý z členů týmu dělat (např. v případě že klient dělá A, udělá odborník B věc C). To je ovšem v kontextu vědomí teorie týmových rolí nemožné a vede to někdy k desilusi o možnostech efektivity práce týmu. Na druhou stranu to neznamená, že by členové týmu měli rezignovat na vymezení týmových rolí. Kompromisní cestou je, aby se členové týmu přímo podíleli na definicích či revizích definic rolí jednotlivých profesí a aby v procesech poskytování péče hrálo svoji roli i uvědomění si specifických rolí jednotlivých členů týmu.

Uzavřeme tuto kapitulu slovy člověka, který se asi největší měrou zabýval týmovými role a vytvořil unikátní typologii a pojetí práce s konceptem týmové role. Dr. Meredith Belbin tvrdí, že jeho filozofie pojetí týmových rolí je oslavou individuálních rozdílů ve prospěch týmových úspěchů a že každý pozitivní příspěvek k práci týmu je vítán.

Vztahy podřízenosti a nadřízenosti

V týmech, kde jsou nejasně definovány vztahy podřízenosti a nadřízenosti dochází k mnoha konfliktům a nedorozuměním (Stuchlík 2001). Jde nejen o nejasnosti ve struktuře řízení, ale také v otázkách zodpovědnosti a konfliktů na různých úrovních zodpovědnosti. Zodpovědnost jednotlivých členů týmu totiž není vždy dána pouze pracovní strategii týmu, ale také legislativním rámcem práce jednotlivých profesí a může tak docházet k situacím, kdy dochází ke konfliktu mezi závěry týmu a důsledky vyplývajícími z profesní odpovědnosti někoho z členů týmu. Zejména pak přečiny "z nedbalosti" mohou být zdrojem velkých potíží a konfliktů v týmech. V

našich podmínkách je pak zejména "zdravotnická zodpovědnost" předmětem mnoha vágních výkladů, jejichž hlavním rysem je velická míra opatrnosti a téměř neúnosná zodpovědnost.

V zásadě by součástí dobré pracovní strategie měly být jasné stanoveny struktury řízení, kontroly a odpovědnosti, které umožní týmům projít i krizovými situacemi na pomezí jasně definovaných situací práce s klientem. Jasná linie řízení a odpovědnosti za výstupy práce týmu usnadní celkově překonat konflikty dané jak zvenčí, tak i vnitřní. V případech, kdy nelze v týmu jednoznačně stanovit řídicí strukturu, je dobré, aby byly stanoveny hranice a postupy rozhodování a individuální zodpovědnosti. Například tým by měl definovat způsoby rozhodování - je demokratické, konsensuální s právem veta každého člena, nebo je delegován na některého člena týmu (ať již stále, nebo s pravidelnou výměnou). Lze také zvolit vedení podle klíče priority potřeb klienta, kdy se na základě hlasování stává vedoucím a zodpovědným pracovníkem ten, do jehož profesního ranku potřeby klienta spadají, nebo se prostě losuje, nebo existuje role koordinátora, který vedoucího volí podle dalších klíčů.

Dalším aspektem jsou paralelní formální a neformální struktury vedení týmu. Tým může mít formálního vedoucího a zároveň neformálního vůdce. Zde se dostáváme na pomezí konfliktů organizační struktury a týmových rolí popsaných v odstavci výše. V pojetí skupin se tak dostáváme k tématu statutu jednotlivých členů a problému moci. To je téma, které přesahuje svým rozsahem možnosti tohoto textu a předmětem zkoumání sociální psychologie.

Opět je na místě, aby byla věnována dostatečná energie možnosti reflexe těchto aspektů práce a to prostřednictvím podpůrných skupin, supervize či facilitátora. Dále se v praxi ukazuje, že týmy, které daleko více pracují v kontextu sdílených hodnot a principů a jsou orientovány na konkrétní a měřitelné výstupy své práce, se daleko méně potýkají s konflikty tohoto rázu (Atwal, Jones 2009). Naopak týmy založené na principu "dobré vůle k spolupráci" jsou daleko náchylnější ke konfliktům, jejichž zdrojem je moc a pozice v týmu.

Konflikt

Konflikt v týmu můžeme přirovnat k bolesti v medicíně. Není problémem samotným, ale velikou cedulí, která k problému ukazuje. Cestu k vyřešení konfliktů pak komplikuje fakt, že většina lidí, a v prostředí práce toto platí dvojnásobně, vnímá konflikt negativně, nechce jej ve své práci prožívat a často se mu i vyhýbá. To může vést ke "klidnější atmosféře" ("všichni se máme rádi"), ale rozhodně to nevede k efektivní spolupráci v týmu v tom, že reflexe konfliktu přináší korekce jeho práce ve prospěch kvality a efektivity práce.

Proto je dobré, aby členové týmu vnímali konflikt jako příležitost něco se naučit, nebránili se mu a byli schopni vytvořit bezpečnou týmovou "kulturu řešení konfliktů". Tomu napomáhá sdílení vnímání konfliktů, jako příležitosti něco nového se naučit. Konflikt tak představuje cestu, jak objevit nedostatky v oblasti definice a sdílení cílů práce týmu (konflikty vycházející z odlišného pojetí co by mělo být cílem práce týmu a jakými prostředky tohoto cíle dosáhnout), definici týmových rolí a profesních kompetencí (co, kdo a jak by měl dělat), anebo řídicí struktury týmu. Na druhé straně je však konflikt odrazem interpersonálních vztahů v týmu, které jsou dány individualitou jeho členů.

V prvním případě je důležité, že konflikt vede tým k uvědomění, v jaké oblasti jeho práce změnit jeho fungování. Mnohdy je osvobozující uvědomit si, že konflikt je důvodem více a znovu mluvit o tom, jak jednotliví členové vnímají cíl práce týmu a věnovat čas jeho reformulaci. Nebo že je třeba věnovat se hlubší reflexi rolí jednotlivých členů týmu a vzájemnému vnímání profesních rolí. Konflikt tak ustupuje ze zdánlivě osobní roviny do roviny společné práce a je snazší jej emocionálně unést a zvládnout. Ve většině případů zjišťujeme, že za konflikty v týmech stojí právě nedůsledná definice pracovní strategie, kterou pak konflikt pouze zrcadlí.

To ovšem neznamená, že se týmy nemohou potýkat s interpersonálními konflikty, které nejsou nikterak ve vztahu k práci týmu. Tým je také skupina lidí s osobní historií a příběhem, a jako taková prochází vývojem jako

všechny skupiny lidí, počínaje rodinou a komunitou konče. Již v kapitole věnované vztahům podřízenosti a nadřízenosti jsme mluvili o paralelních formálních a neformálních strukturách v týmech, a to samé platí i zde. Konflikt nemusí být nutně odrazem "chyby" ve formální struktuře týmu, ale může pramenit z neformálních vztahů členů týmu (třeba tak, že A a B, dva členové týmu, začnou spolu žít v partnerství, většině to nevadí, ale jednomu členu týmu to vadí, protože vnímá, že A nadřazuje v týmu B). Zde narážíme na problém, že osobní život členů týmu nemůže vždy zůstat za dveřmi (ačkoli většina profesionálů vnímá tuto dovednost jako "povinnou" pro úspěšný profesní výkon). A změny v osobním stylu, chování a životě nejsou předmětem zaměstnání a nevyplývají ani ze smluvních podmínek práce členů týmu. V tomto případě je nutné hledat křehkou rovnováhu mezi nutností reflexe interakcí v týmu a nežádoucí "psychoterapií" členů týmu (změna v postojích, chování a vnímání je obvykle cílem psychoterapie, a nikdy zaměstnaneckého poměru). Tým tak naráží na důležité téma hranic osobního a profesionálního života členů, a ačkoli tato agenda nikterak neslouží cílům týmu a vůbec ne klientům jeho péče, nelze ji z pořadu dne vyškrtnout.

Je zajímavé, jak týmy profesionálů, které pečují o klienty, tak málo umí stejné mechanismy uplatnit vůči sobě samotným. Ačkoli i to je mnohdy velice účinným zdrojem učení. Tak například Knobloch a Kratochvíl upozorňují, jak týmy v psychoterapeutické komunitě mohou efektivně využít řešení interpersonálních konfliktů jako model, kterým se jeho klienti učí adaptivním způsobům řešení konfliktů. Ano, ne vždy je jediným zdrojem péče přímá intervence, ale v mnoha případech je velice důležité i sociální učení. Zvládnutý konflikt v týmu může být cenným zdrojem učení jeho klientů.

Poslední, ale neméně důležitý, aspekt konfliktu v týmu je situace, kdy konflikt v týmu je odrazem specifické situace v životě klienta. Tento princip by pozorován v terapeutických komunitách, kde je kontakt klientů a týmu daleko intenzivnější a kde je také možné daleko hlouběji vnímat souvislosti mezi konflikty v týmech a osobitým chováním klientů (v gestalt terapii se setkáváme s konceptem teorie pole, která říká, že vše, co se děje v týmu kolem některého klienta, může mít přímý vztah k některým aspektům života či osobnosti klienta; podobný koncept najdeme i v teorii přenosu a protipřenosu v psychoanalytické psychoterapii). To je taková situace, kdy v týmu vznikají konflikty, jak se zachovat k určitému klientovi. Nejčastěji jde o polarizaci názorů členů týmu na další postup (třeba vyloučení klienta z péče), nebo na "nepatřičně ochranný" či "trestající" postoj jednoho z členů týmu. Tým musí být schopen tyto situace rozpoznat (k tomu slouží supervize a podpůrné skupiny; specifickou formou podpůrných skupin vniklých za tímto účelem jsou tzv. bálintovské skupiny, které jsou založeny na reflexi propojení postupů péče a vztahu klienta a pečovatele). Navíc tým může používat reflexi takových situací jako zdroje dalších informací o klientovi, které mu pomohou stanovit optimální kroky (intervence) v jeho péči.

ESET - HELP

Komunikace

Komunikaci v týmu si rozdělíme na formální aspekt (kdo, kdy, kde a s kým mluví), obsahovou (o čem mluví) a metaobsahovou (jak mluví). Všechny tyto tři oblasti musí být v optimální situaci dobře nastaveny a reflektovány týmem. Obvykle jsou základní parametry komunikace stanovovány při vytváření pracovní strategie týmu formou rozpisu porad a schůzek se stručným popisem, co je jejich obsahem a dotýkají se také základních mechanismů řízení týmu (např. kdo poradu vede a zodpovídá za zápis). Zatímco první dva aspekty v týmech nepůsobí větší potíže, ten třetí může být zdrojem noha nedorozumění a konfliktů.

Základní rozpis schůzek týmu by měl vždy odpovídat základním úkolům týmu. Ačkoli se to nemusí zdát, samotná struktura schůzek a porad týmu v průběhu týdne do velké míry limituje možnosti komunikace členů týmu a proto by měla být předmětem revizí ze strany týmu podle toho, nakolik odpovídá cílům práce týmu a konkrétním pracovním postupům. Jde především o frekvenci a časový rozsah, který by měl být dostačující pro společnou práci týmu a její koordinaci, ale nestane se zahlcující v konkrétní péči o klienty (tým pouze schůzkuje). Dále je potřeba brát ohled na všechny oblasti práce týmu a vyčlenit dostatečný prostor pro provozní a organizační agendu týmu a podpůrné aktivity. Opět nelze přesně stanovit optimální poměr a strukturu, protože

ty jsou vázány na rozsah úkolů a cíle týmu. Jejich stanovení je také proces, který se vyvíjí společně s týmem a je nutné, aby tento vývoj bral v potaz.

Obsah schůzek je dán nejen agendou, která je probírána, ale i způsobem, jak jsou schůzky a porady moderovány a řízeny s ohledem na efektivní využití času týmu. Může variovat od pevné struktury (každý člen týmu dopředu ví a souhlasí s tím a co a jak bude probíráno) se stanovení časové dotace pro jednotlivá témata, až po volnou, kdy je ponechán prostor diskusi na základě konsensu členů. Oba extrémy mají svá rizika a optimální nastavení pracovních postupů se nachází někde mezi. Výhodou je jasně dané řízení týmu (role vedoucího týmu, který zodpovídá za agendu porad a má zkušenosti s vedením porad) a nástroje (strukturované postupy, vstupní dotazníky, práce s metaforou). Rizika přílišné strukturovanosti pak jsou formální práce, rizika volné práce a komunikace v týmu jsou bezbřehé diskuse bez konkrétních výstupů. Proto by i obsahová rovina komunikace v týmu měla být předmětem podpory formou supervize a dalšího vzdělávání.

Posledním aspektem komunikace týmu jsou metakomunikační dovednosti. Tým, jako specifická skupina, dříve nebo později vyvine svůj vlastní jazyk, který buď slouží, nebo neprospívá společné práci. V případě multidisciplinárního týmu je vhodné, aby si tým osvojil společný jazyk, který je založen na hodnotách, principech a metodách práce. Ono to funguje i opačně, že mnohdy nevědomě jazyk týmu nádherně zobrazuje jeho hodnoty (kupříkladu cynický jazyk týmů, které se potýkají se syndromem vyhoření, ukazuje, že základní hodnotou v týmu je chránit sám sebe).

Jazyk je velice specifické pole práce týmu, protože zobrazuje všechny aspekty týmové dynamiky. Potenciál multidisciplinárního týmu totiž spočívá ve schopnosti využít různorodosti pro společný cíl. Stejně tak více profesních jazyků (mnohdy diametrálně odlišných) hledá souzvuk ve formulaci intervence nebo hypotézy, která pomáhá najít nejvhodnější postup. Je otázkou, zda je dobré, aby tým sdílel jasně daný (například nějakou teorii nebo metodu práce) jazyk. Může to totiž opět vést k formalizaci práce (vsouvání klientů do předem připravených škatulek bez schopnosti tvůrčím způsobem vnímat možnosti) a postupně stírat obohacující přínos jednotlivých profesních skupin. Na druhou stranu jeho absence hrozí tím, že v týmu budou zaznívat různorodé hlasy a bude chybět jejich souhra (syntéza). Nakonec je opět na týmu, aby ve svém životě společný jazyk, v ideálním případě vědomě, vytvářel, reflektoval a přizpůsoboval svým cílům a pracovním postupům. Velice inspirativní v oblasti jazyka týmů jsou moderní metody narativních a reflektivních přístupů v psychoterapii (White, Epstone 1990 a řada jiných). Ukazují, že tým může pracovat v takových rámcích spolupráce, které podporují kreativní a individualizovaný přístup, a zároveň jsou pevným pozadím pro práci týmu.

V kontextu jazyka a komunikace v týmu nemůžeme pominout ani individuální jazyk jeho členů. Každý vstupuje do týmu se svým osobitým jazykem a komunikačním stylem, který může být zdrojem konfliktů, anebo posilovat týmovou spolupráci. Jak jsme uvedli výše, studie práce týmu, které vycházejí z tradice managementu představované Belbinem (Belbin 2011) ukazují, že strategie založené na využití odlišnosti k prospěchu týmu jsou v celku daleko efektivnější a pro dobré fungování týmu prospěšnější, než snaha unifikovat chování, a tedy i jazyk, členů týmu. Narážíme tak znovu na dobrou praxi, aby tým vyvinul podpůrné mechanismy, které umožní vzájemné odlišnosti reflektovat a řídil se strategií využití pozitivní aspektů odlišnosti ve prospěch týmové práce. Nikdy v životě týmů nenastává situace, kdy všichni jeho členové jsou jazykově kompatibilní a ideálně se doplňují. Proto je dobré, aby tým mohl o svém jazyku uvažovat a komunikovat - měl kanály pro metakomunikaci, ideálně formou podpůrných skupin či supervize.

Příchody a odchody členů týmu

Příchody a odchody členů týmu jsou natolik důležitým momentem v životě týmu, že jim zde věnujeme zvláštní prostor. Jde o přirozenou součást života týmu, kterou by měl ovšem v dobré praxi tým náležitě zohlednit. Jde o nastavení postupů v rámci pracovní strategie, tedy o konkrétní a propracovaný systém zavádění nových pracovníků a velice často opomíjený postup při odchodu pracovníka a předání agendy.

Pro zavádění nových pracovníků v multidisciplinárních týmech platí stejná pravidla jako v jiných profesionálních týmech. Situace je však trochu komplikovanější faktem, že v těchto týmech je důležité, aby nový člen týmu byl seznámen kromě rozsahu odpovědností a kompetencí, také s obecnými a konkrétními cíli týmu, s očekáváním, co konkrétně se od něj čeká při dosahování těchto cílů a také se specifickou kulturou multidisciplinárního týmu. Na druhé straně je pak důležité, aby byly zohledněny profesionální kvality tohoto člena týmu před tím, než je do týmu vůbec zařazen. Není výjimkou, že v rámci výběrového řízení o vstupu nového pracovníka rozhoduje celý tým. A to nejen na základě "auditu" jeho profesionálních dovedností, ale také na základě schopností přijmout odpovídající týmovou roli. To nakonec vysvětluje některá iracionální rozhodnutí při výběru nových pracovníků, která jsou daleko více než na úrovni odborných dovedností, založena na "kompatibilitě" nových členů. Protože se toto vše děje, je dobré, aby si i v této oblasti tým, nebo jeho vedení, uvědomoval tyto aspekty výběru, a snažil se je artikulovat a plně reflektovat. Může tak zařadit do procesu výběrového řízení i metody (dotazníky, škály, diskusi), které mu výběr usnadní.

Odchody členů týmu nejsou často předmětem definovaných postupů v týmech. Nicméně i odchod člena týmu je důležitým v dynamice týmu. Nejde jen o předání agendy včetně dokumentace, či participaci na zavádění nového člena na vlastní pozici. Jde i "proměnu" kvality týmu, která může velmi velká a zásadní. Odchodu by měl tým věnovat dostatek času v podpůrných aktivitách týmu a měl by být i věcí reflexe prostřednictvím supervize a mechanismů učení se týmu. Výjimečnou situací jsou pak odchody členů týmu, jejichž zdrojem je samotná dynamika uvnitř týmu. Proto je dobré, aby tým rozuměl okolnostem odchodu pracovníka a aby byl schopen uvědomit si zdroje pramenící ve špatném nastavení organizace práce, interakce v týmu či neřešených konfliktů a jejich aspektů, jak je popsáno v kapitole předchozí).

Souhrn

Můžeme říci, že vedení (leadership), řízení (management), podpora (support) a supervize (supervision) jsou čtyři základní pilíře úspěchu multidisciplinárního týmu (Atwal, Jones 2009). Všechny kapitoly života týmu se prolínají úkoly v těchto čtyřech oblastech, které jsou nezbytné pro to, aby tým úspěšně plnil svoji funkci a byl schopen zvládat všechny krizové situace. Neúspěch týmu se naopak většinou odráží v tom, že jedna z těchto oblastí je zanedbána. Projdeme-li všechny podkapitoly této části textu, zjistíme, že efektivní řešení různorodých situací obvykle spočívá v tom, že tým přijme opatření týkající se těchto čtyř oblastí. Zvolí odpovídající způsob vedení, zabývá se organizací a řízením práce, vytváří mechanismy podpory a využívá supervize.

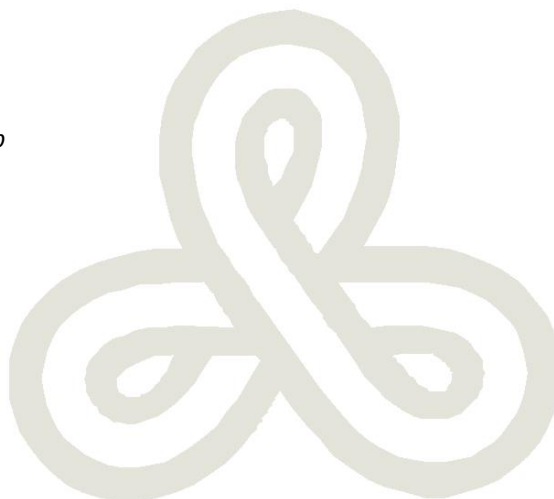
Ať už tým v jeho životě potká jakákoliv situace, je důležité, aby měl dostatečně vyvinuté mechanismy seberegulace (dobrou praxí jsou takové, které jsou založeny na principu učící se organizace, dá se velice zjednodušeně chápat jako princip, kdy každá událost je přijímána jako příležitost k růstu a učení), které mu umožní efektivně se potýkat se svými úkoly. V praxi to znamená zavést do denních činností týmu vedle práce s klienty také aktivity, které se vztahují k dynamice uvnitř samotného týmu vzhledem k cílům, které si tým stanovil. Mohou to být podpůrné skupiny vedené psychoterapeutem, nebo profesionálním koučem. Neformální setkání s rodinou, společná práce na zahradě, nebo výlet do ZOO. Jako i v jiných oblastech života, i zde platí, že prevence je lepší, než hašení požáru. Tým by již při svém vzniku měl předvídat opatření, která pomohou zvládat krizové situace vyplývající z dynamiky uvnitř týmu.

Den třetí, Cvičení a rozprava k týmové dynamice

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 3	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Týmová dynamika, role a vztahy: teorie a praktická cvičení			Vstup klienta do služby (péče týmu) – trochu teorie a hlavně praktická cvičení na typických případech z praxe			

Řízená rozprava nad modelovými příklady z týmu; každý z účastníků si připraví kazuistiku k jednomu z témat:

- *Řízení*
- *Role*
- *Informace, komunikace*
- *Konflikt*
- *Personální změna*
- *Cíle (jednotlivých) služeb*



ESET - HELP

Den třetí, Kapitola 4: Postupy a procedury

	Hod 1	Hod 2	Hod 3	Hod 4	Hod 5	Hod 6	Hod 7	Hod 8
Den 3	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Týmová dynamika, role a vztahy: teorie a praktická cvičení			Vstup klienta do služby (péče týmu) – trochu teorie a hlavně praktická cvičení na typických případech z praxe			

Výrazným limitem této kapitoly je, že nemůže předjímat, v jaké službě s multidisciplinárním týmem budou frekventanti kurzu působit. Skutečné postupy a procedury se budou lišit podle poslání a cílů služby (týmu) a reálného kontextu (zadání pro činnost týmu, dostupná síť služeb, sociodemografické a epidemiologické ukazatele, spádová oblast, finanční možnosti atp.). Jiné postupy bude mít asertivní tým, který především vyhledává a kontaktuje klienty a zaměřuje se na řešení jejich naléhavých sociálně zdravotních potřeb, jiné tým, který se více zaměří na dlouhodobé rehabilitační cíle. Takže pozor – toto není váš budoucí pracovní manuál, chceme pouze upozornit na důležité praktické aspekty pro fungování MDT a nastínit možnosti, jak k nim přistupovat.

V kapitole 2 jsme popisovali dovednosti a znalosti vyplývající z jednotlivých profesí. Postupy a procedury v MDT ale nestojí jen na profesních znalostech a dovednostech. Hovoříme o obecných *klíčových kompetencích* pro MDT zapojení. V souvislosti s nimi zmiňme *capability model* (Sainsbury Centre for Mental Health, 2001). Anglický termín *capability* se dá přeložit jako schopnost, ale to není zcela přesné. *Capability* vzniká spojením *capacity* a *ability*, opisem – mám určité znalosti, dovednosti a postoje (*ability*) a jsem zároveň prakticky schopen je používat v komplexních a měnících se reálných podmínkách (*capacity*). *Capability* zahrnuje:

- výkonovou součást, která identifikuje, co lidé potřebují vlastnit (mít) a čeho lidé potřebují dosáhnout ve své práci,
- etickou složku, která integruje znalost kultury, hodnot a sociální citění do profesionální činnosti,
- schopnost reflektovat co a proč dělám a jaké to má dopady,
- schopnost pružně a efektivně zavádět do praxe intervence založené na důkazech,
- schopnost být stále v kontaktu s nejnovějšími poznatky z oboru a zodpovídat za své celoživotní vzdělávání.

Vstup klienta a diagnostika

Definovat cílovou skupinu péče MDT je zcela zásadní. Předpokládejme, že definice vychází z určitého zadání a analýzy. Kdo zadání dává, se může velmi různit. Zadavatelem by měl být ten, kdo za činnost platí. Např. krajská samospráva, resp. příslušný odbor, vytváří střednědobé plány služeb, ze kterých vyplyne zadání lépe se postarat o specifickou skupinu lidí a snížit výskyt určitých jevů. Proto v rozpočtu uvolní prostředky, aby mohl fungovat nový MDT... Dobře víme, že takhle to prakticky moc nefunguje. Zadání v českém nekonceptním prostředí málokdy přichází zvnějšku a seshora. De facto ho vytváří sami odborníci, respektive management organizací, který tyto odborníky zaměstnává. Není to systémové, ale očekávejte, že právě váš tým bude mít za úkol cílovou skupinu detailně popsat.

Popis cílové skupiny úzce souvisí se stanovením vstupních indikátorů a postupů pro zařazení klienta do služeb týmu. Při jejich nastavení je nutné vybalancovat, jak moc detailní a přesné bude nastavení indikátorů pro vstup klienta do služeb. Čím detailnější a přesnější ukazatele budou, tím větší je riziko „úzkého hrdla“, kterým málokdo projde. Na druhou stranu příliš volné a obecné indikátory nesou riziko, že se do služeb budou dostávat klienti, kteří služby týmu zase tolik nepotřebují. Nastavení indikátorů pro vstup klienta je také podstatné pro

spolupráci v síti služeb, protože přes indikátory vlastně komunikujeme, koho nám ostatní služby mohou doporučit. Doporučování by se nemělo dít pouze administrativně, proto je výhodné zařadit prvek osobního interaktivního vyjednávání mezi doporučujícím zdrojem a naší službou.

Tím se dostáváme k prahu vstupu do služeb. Zjednodušeně řečeno je práh souborem požadavků, které máme na potenciálního klienta a/nebo zdroj, který ho doporučuje. Čím bude požadavků víc a čím budou náročnější, tím méně asertivní služba bude. Skutečně asertivní práce dokonce po klientovi žádné požadavky vlastně nemá (např. aby někam přišel), naopak aktivní je tým (přijde za člověkem, který velmi pravděpodobně splňuje indikátory pro vstup do služeb, kontakt doporučuje formální nebo neformální zdroj z jeho okolí).

***Námět pro cvičení 1:** individuálně nebo v menších skupinách vymyslete příklady požadavků, které zvyšují a naopak snižují práh vstupu do služby, následně v celé skupině diskutujte o svých nápadech.*

***Námět pro cvičení 2:** zkuste ve skupině definovat cílovou skupinu vašeho týmu, jaké indikátory mimo psychiatrické diagnózy zvolit? Jak vybalancovat potřebu přesnosti a potřebu otevřenosti při stanovení vstupních indikátorů; varianta – rozdělte se na dvě skupiny, jedna představuje MDT a druhá tradiční psychiatrickou službu, MDT má za úkol vysvětlit druhé službě, jak je definována cílová skupina a indikátory pro vstup do služby.*

A nyní k diagnostice. Možná to není vhodně zvolený termín, máme prostě na mysli počáteční posouzení stavu a situace klienta, která současně potvrzuje indikaci pro zařazení do péče týmu a zároveň je výchozí pro plánování další péče. V angličtině se používá souborný termín *assessment*, Stuchlík ve své publikaci používá termín *vyšetření*.

Klíčovou dovedností pro tuto fázi práce týmu je schopnost navázat a budovat vztah s klientem. Žádné vyšetření se nemůže odehrát, pokud se nezačal mezi vyšetřujícím a klientem vytvářet vztah. Tým by měl tuto schopnost u svých členů podporovat a rozvíjet. Výhodou práce v týmu je možnost nasazovat různé typy pracovníků pro různé typy klientů.

Ze Stuchlíkovy publikace (2001, začátek na str. 21) předkládáme výtah hlavních parametrů, které by vyšetření mělo splňovat: údaje z vyšetření by měly řídit vývoj služeb, výsledky musí být validní (pravdivý obraz klientovy situace), reliabilní (výsledky musí být podobné, bez ohledu kdo vyšetření provádí) a účelné (například zabránit duplicitě s dalšími službami). **Klíčové rysy vyšetření:**

- *uživatelé určují své vlastní potřeby, kdykoliv je to možné*
cílem je získat dynamický obraz klientových potřeb a schopností a jeho sociálního a fyzického prostředí; pozor na to, že služby mají tendenci definovat potřebu jako potřebu nějaké dostupné služby; na druhou stranu lidi mohou mít potíže formulovat své potřeby, když nevědí, jaká je nabídka; proto je důležité ze začátku spíše nechat člověka vyprávět a upřednostnit udržení kontaktu před sběrem dat; později je možné pro šetření potřeb zvolit CAN (Camberwellské šetření potřeb), pro něž je ale potřeba zaškolení; potřeba se nemusí stát požadavkem, pokud se klient cítí schopen vyřešit problém svými vlastními prostředky
- *vyšetření by se mělo odehrávat v prostředí, ve kterém se klient může uvolnit*
mohlo by to být prostředí domova, pokud tam nejsou špatné vztahy či pokud to klient nevnímá jako vpád do soukromí; rizikem mohou být neplánované rušivé vlivy (návštěvy atp.); riziko napadení ze strany klienta se často přeceňuje, ale už jen strach z něj může pracovníka omezovat, návštěva ve dvou je do značné míry řešením; vidět domácí prostředí už samo o sobě dává důležité informace pro vyšetření
- *vyšetření by mělo zahrnovat osoby klientovi blízké*
zahrnout blízké osoby do vstupních vyšetření je výhodné, ale musíme respektovat přání klienta; uvědomit si, že nemáme mandát navazovat kontakt s osobami z klientova okolí bez jeho souhlasu

- *vyšetřování nikdy nekončí*

klient i jeho prostředí se dynamicky mění a proto nikdy nelze říci, že vyšetření je kompletní

Které oblasti by vyšetření mělo zahrnovat?:

1. sebeobsluha, aktivity každodenního života a rizika
2. fyzické zdraví
3. duševní zdraví
4. schopnosti a životní styl
5. přínos pečovatелů
6. sociální síť a podpora
7. bydlení a finance

Už z tohoto seznamu je zřejmé, že žádná profese v MDT nedisponuje úplnými znalostmi a dovednostmi, aby vyšetření za všechny oblasti provedla kompletně. Částečně se to dá řešit používáním formalizovaných vyšetřovacích postupů zahrnujících různé škály a dotazníky. Jedním z vhodných formalizovaných pro hodnocení klinického stavu, symptomů a sociálního fungování je HoNOS: hodnocení zdravotního stavu. Zájemce odkazujeme na publikaci vydanou Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví.

MDT musí mít stanové postupy pro provádění vyšetření. Protože je vstupní vyšetření základem veškeré další práce, jeho postupy musí korespondovat s cíli a posláním týmu. Od toho se musí odvíjet, jak je vstupní vyšetření organizováno a které profese jsou jím pověřeny. Existuje mnoho variant. Vstupní vyšetření může vykonávat např. pouze vedoucí týmu nebo pouze psychiatr. Opačný extrém – provádí ho kdokoli z týmu. Pokud chce tým bedlivě posoudit zdravotní indikaci (resp. na této indikaci stojí kritéria pro přijetí do služby) svěří vyšetření spíše psychiatrovi. Pokud je prioritou asertivita a kritériem zvláště sociální potíže klienta, pak se musí do vstupních vyšetření zapojit mnohem více osob včetně sociálních pracovníků a zdravotních sester.

V případě, že vyšetřování jde napříč profesemi, musí mít jednotnou základní strukturu a tým by se měl s postupy vyšetřování důkladně seznámit. V začátcích fungování týmu a pak při každém příchodu nového pracovníka je potřeba vyšetřovat společně, aby došlo k žádoucí reliabilitě vyšetření, jak je uvedeno výše. Jednotná struktura vyšetření neznamena mechanické pokládání souboru otázek, ale to, že tyto otázky organicky a cíleně zazní během kontaktu s potenciálním klientem. Pracovník má také plné právo požadovat na vyšetření více setkání (právo nespěchat), je-li to v zájmu udržení klientovy důvěry.

Ať už vyšetření provádí „centrálně“ jeden člen týmu nebo jsou do něj zapojeni různí členové a různé profese, je potřeba, aby výsledky vyšetření celý tým společně prozkoumal, vyhodnotil a případně si vyžádal / zorganizoval další doplňující vyšetření, včetně vyšetření jinými zdroji, např. lékaři specialisty. Výstupem tohoto procesu má být individuální plán péče.

Léčba a plánování péče

Účelem této fáze je zmapovat klientovy potřeby a silné stránky a naplánovat kroky, které je potřeba podniknout ke zlepšení jeho situace. Potřeby odrážejí slabé stránky klienta včetně zranitelnosti vyvolané duševní nemocí. Silnými stránkami mohou být jeho zkušenosti, dovednosti, mezilidské vztahy, obecně jeho potenciál.

Plán je dynamický záznam měnící se podle výsledků stálého sledování klientových potřeb a výsledků. Přítomnost spousty profesionálů na jednom místě a čase by mohl svádět vytvářet dokonalý komplexní plán, který bude mít jednu zásadní chybu – vynechá klienta a jeho pohled na věc (a taky jeho blízké a jejich pohled na věc). Přitom smyslem celé péče je, aby se klient stával do největší možné míry partnerem (a stejně tak jeho

blízcí). Péče by měla podpořit klientovo zotavení z duševní nemoci a tým za klienta nemůže vymyslet, jaké by měl mít naplňující sociální role a funkce.

Úkolem týmu je spíše poskytovat různé pohledy podle svých profesí a zkušeností než vytvářet společně detailní plán bez klienta. Tým tedy spíše klíčového pracovníka inspiruje a rozděluje si úkoly – ve vztahu ke klientovi (intervence, které je pro situaci potřeba vykonat), ve vztahu ke zjišťování a získávání dalších informací, ve vztahu k práci s přirozeným prostředím (pracuje s ním stejný pracovník jako s klientem?) a ve vztahu k dalším subjektům spolupracujícím v síti.

Důležité je hodnotit plnění plánu, a to průběžně i ve vztahu ke klíčovým momentům, bodům, které se podle plánu mají dosahovat. Tým může pomoci klíčovému pracovníkovi získat určitý odstup od situace, aby mohl lépe rozpoznávat jak úspěchy, tak rizika při plnění plánu.

Námět pro praktická cvičení:

Účastníci kurzu si předem připraví kasuistiku ze své praxe. Mělo by se jednat o případy klientů s komplexními potřebami v různých zdravotních a sociálních oblastech. Kasuistika by neměla obsahovat popis již vykonaných intervencí, ale měla by být rozpracovaná jako výsledky vyšetření. Účastníci si rozdělí týmové funkce a role. Ten kdo přináší kasuistiku, navrhuje další postup (plán), ostatní mu kladou otázky, dávají inspirace a návrhy, co v plánu chybí, nebo co by oni udělali jinak. Nositel kasuistiku může porovnat podobu plánu/intervencí, které se v realitě uskutečnili, s tím, co vzniklo během cvičení.

Spolupráce v síti

Spolupráce v síti služeb by se dala rozdělit na rovinu spolupráce jednotlivých služeb/zařízení a rovinu spolupráce na konkrétním případě. Jinými slovy – obecná rovina pravidel a postupů a konkrétní rovina, jak jsou tato pravidla a postupy aplikovány u konkrétního případu. Zdá se to logicky propojené, ale jistě sami znáte z praxe, že dohody mezi šéfy služeb a konkrétní spolupráce mezi řadovými pracovníky se může velmi rozcházet. Ideální by bylo, kdyby systémové dohody mezi službami vycházely z praktických zkušeností a potřeb klientů.

Výhodou MDT je, že může využívat různé dispozice a přednosti svých členů jak na rovině jejich dovedností a osobnostních předpokladů, tak na rovině jejich profesí. Vyjednávací kompetence sice mohou být striktně rozděleny (třeba rozdělit členům týmu různé partnery v síti, o které se budou starat), ale výhodnější je pružné „nasazování“ členů týmu do vyjednávání s přihlédnutím k taktickým okolnostem. Mladý sociální pracovník možná bude mít menší úspěch v jednání s ředitelem psychiatrické léčebny než jeho kolega z MDT, zkušený psychiatr, který se s ředitelem z minula již zná. Ale – možná si právě ti dva nemůžou přijít na jméno a tak se nám pro tento úkol v týmu hodí někdo jiný.

Přes všechna taktická cvičení je ovšem nutné posilovat vyjednávací dovednosti u všech členů týmu. Proto by si zkušený vyjednávači neměli osobovat monopol, ale předávat své znalosti prostředí, lidí a kontextu svým kolegům v týmu.

Právní rámec: sdílení informací o klientovi

Učinit zadost všem zákonným požadavkům v oblasti sdílení informací o klientovi a zároveň respektovat jeho soukromí a neztratit jeho důvěru může být v českém prostředí sociálních a zdravotních služeb skutečně složitý rébus. Problémy nevyplývají ani tak ze samotných legislativních norem, nýbrž z odděleného financování zdravotnických a sociálních úkonů a z rozdílných požadavků na vedení dokumentace a výkaznictví.

Jednou rovinou sdílení informací o klientovi je „hovoření“ o něm, ústní výměna informací, které se týkají klienta, a to jak v rámci týmu, tak s dalšími službami či zdroji z okolí klienta. Druhou rovinou je dokumentace týmových porad o klientech a individuálních schůzek (zaznamenávání jejich průběhu, stavu klienta a výstupů či plánů). Taký se na celou problematiku můžeme dívat z hlediska legálnosti (sběr osobních údajů je v souladu s právem) a z hlediska praktičnosti (viz níže).

Legální hledisko

Obecný právní rámec pro zpracování a uchování osobních údajů stanoví zákon č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Každý subjekt, který získává, zpracovává a uchovává osobní údaje, se musí řídit tímto zákonem. Musí od klienta získat kvalifikovaný souhlas se zpracováním osobních údajů a vysvětlit mu, k čemu je vlastně potřebuje a co s nimi bude dělat.

Jenže – zpracování osobních údajů při zajišťování zdravotní péče se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Získávání osobních a citlivých zdravotních údajů je integrální součástí zdravotní péče. Zdravotnické zařízení nemusí získávat „souhlas k osobním údajům“ explicitně – už tím, že klient přijde do ambulance, dává souhlas, aby lékař získal a uchoval jeho osobní a citlivé údaje, které potřebuje k provádění zdravotní péče. Souhlasy jsou ve zdravotnictví získávány k léčbě, nikoliv separátně ke zpracování osobních údajů. O co administrativně „snadnější“ je k osobním údajům ve zdravotní péči přijít, o to přísnější jsou nároky na jejich ochranu. Porušení mlčenlivosti je porušením zákona o zdravotní péči, na které se pohlíží výrazně přísněji než na překročení zákona o ochraně osobních údajů.

Sociální služba na rozdíl od zdravotní může dokonce pracovat s anonymním klientem, který souhlas se zpracováním osobních dat neposkytl, nebo se o tom ani nejednalo vzhledem ke stavu klienta (příklad – asertivní kontaktování v terénu, nestabilní zdravotní stav = prioritou je získat kontakt nikoliv „podepisovat papíry“). Netýká se to všech typů služeb podle zákona o sociálních službách, ale např. ve službě sociální rehabilitace je možné nejen anonymní vedení dokumentace, ale i ústní verze smlouvy o poskytování služby, což žádoucím způsobem snižuje práh pro vstup klienta do služeb. Zdravotní služba teoreticky sice může postupovat podobně, ale vznikne jí tím problém s výkaznictvím výkonů vůči zdravotním pojišťovnám, tedy i problém finanční.

A teď si představme extrémní příklad. MDT je tvořený čtyřmi profesemi. V českých podmínkách nejspíše půjde o kombinaci poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče. Zdravotníci ovšem nemusí působit v rámci jednoho NZZ (nestátní zdravotnické zařízení). Představme si volně uspořádaný tým – psychiatr má ambulantní zařízení, psycholog také, zdravotní sestry působí v rámci agentury psychiatrické domácí péče. Teoreticky se může stát, že o jednoho klienta se prostřednictvím MDT starají 3 poskytovatelé zdravotní péče a jeden poskytoval sociálních služeb. Přestože pracují v jednom týmu, všichni jsou samostatnými správci osobních údajů. Zdravotníci nemusí získávat kvalifikovaný souhlas s vedením dokumentaci, sociální poskytovatel ano. Jak udělat, aby zpracování osobních údajů bylo v souladu se zákonem, postupům rozuměli členové MDT a hlavně – aby to celé bylo co nejméně administrativně náročné, neodrazovalo klienta od kontaktu a nevzbuzovalo jeho nedůvěru? Nakonec přichází velké zklamání – odpovědi na tento dotaz se v našem syllabu nedozvíte! Bez znalosti konkrétní skladby a organizačních podmínek MDT se to prostě nedá vyřešit – je to na vás ☺.

Námět na krátké diskusní cvičení – diskutujte 5 minut, jakým směrem by se dala řešit situace: legalizovat získávání osobních údajů MD týmem složeným z více poskytovatelů (správců osobních údajů) za podmínky administrativní jednoduchosti a transparentnosti.

Praktické hledisko

Všichni členové MDT potřebují sdílet ne-li všechny, pak alespoň klíčové informace o klientovi. Minimálním požadavkem pro praxi je sdílení zápisů z týmových porad. Zápisy lze rozesílat e-mailem a jednotliví členové si je mohou archivovat. Dokumenty rozesílané nechráněným protokolem by neměly obsahovat osobní data – to by se kontrole z úřadu pro ochranu osobních údajů opravdu nelíbilo. Řešením je v zápisu označit klienty rozpoznatelným identifikátorem, kterému budou rozumět jen zúčastnění, nikoliv hacker, který se dostane do poštovního serveru. Mnohem praktičtější by bylo zápisy ukládat na chráněné webové úložiště, aby k nim (aktuálním i celé historii zápisů) měli všichni i vzdálený přístup. Zároveň se tím řeší problém se zálohováním a předcházení ztrátě dat, o což se pak nemusí starat každý z týmu.

Složitější záležitost je přístup k záznamům o individuálních schůzkách, vyšetřeních a intervencích. Předpokládáme, že dokumentace bude vedena hlavně elektronicky a tištěna do osobní karty klienta. Elektronické záznamy mohou být doplněny ručně vyplněnými formuláři, dotazníky atp. Pokud bude více pracovníků, kteří jsou v kontaktu s klientem, vést záznamy v oddělených elektronických prostředích a nebudou k nim mít vzájemně přístup, může se na rovině dokumentace ztrácet týmová nadhodnota spolupráce. Samozřejmě ne všechny údaje musí být dostupné všem – např. citlivé údaje o zdravotním stavu typu výsledků laboratorních vyšetření mohou být dostupné jen lékařům.

Optimálním řešením by byla sdílená databáze umožňující různé druhy a úrovně záznamů. Databáze by musela umožňovat různé druhy „exportů“. Např. psychiatr může být vystaven kontrole ze strany pojišťovny: revizní lékař bude chtít kontrolovat, zda se vykázaná péče skutečně uskutečnila, a to přes doložení záznamů o péči. Databáze by pak měla umožnit separátní export záznamů vedených psychiatrem. Stejně tak by databáze musela umožňovat provádět výkaznictví, jak ho požadují „přidělovatelé“ financí, tedy zvl. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé dotací na sociální služby.

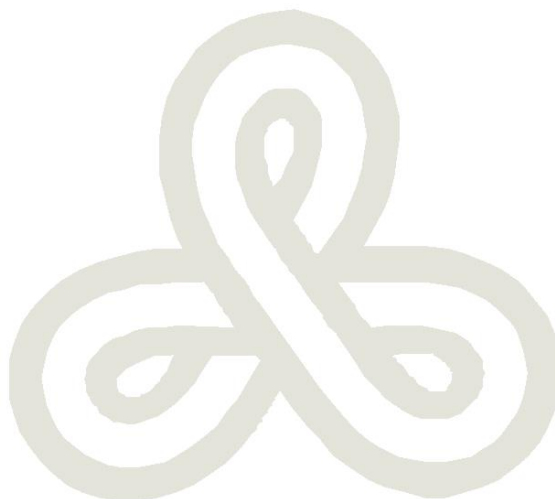
ESET - HELP

Den třetí, Opakování

Den 3	Opakování min.dne a doplňující dotazy	Týmová dynamika, role a vztahy: teorie a praktická cvičení	Vstup klienta do služby (péče týmu) – trochu teorie a hlavně praktická cvičení na typických případech z praxe
------------------	--	---	--

Námět pro cvičení 1: individuálně nebo v menších skupinách vymyslete příklady požadavků, které zvyšují a naopak snižují práh vstupu do služby, následně v celé skupině diskutujte o svých nápadech.

Námět pro cvičení 2: zkuste ve skupině definovat cílovou skupinu vašeho týmu, jaké indikátory mimo psychiatrické diagnózy zvolit? Jak vybalancovat potřebu přesnosti a potřebu otevřenosti při stanovení vstupních indikátorů; varianta – rozdělte se na dvě skupiny, jedna představuje MDT a druhá tradiční psychiatrickou službu, MDT má za úkol vysvětlit druhé službě, jak je definována cílová skupina a indikátory pro vstup do služby.



ESET - HELP

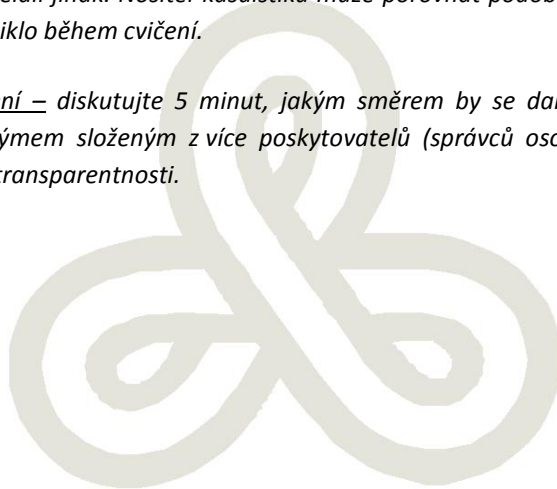
Den čtvrtý, Opakování

Den 4	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Práv. rámec předávání info o klientovi	Diagnostické postupy a nástroje s ohledem na zapojení profesí v MSD týmu - teorie	Diagnostika a plánování - praktická cvičení na typických případech
-------	--	--	---	--

Námět pro praktická cvičení:

Účastníci kurzu si předem připraví kasuistiky ze své praxe. Mělo by se jednat o případy klientů s komplexními potřebami v různých zdravotních a sociálních oblastech. Kasuistika by neměla obsahovat popis již vykonaných intervencí, ale měla by být rozpracovaná jako výsledky vyšetření. Účastníci si rozdělí týmové funkce a role. Ten kdo přináší kasuistiku, navrhuje další postup (plán), ostatní mu kladou otázky, dávají inspirace a návrhy, co v plánu chybí, nebo co by oni udělali jinak. Nositel kasuistiku může porovnat podobu plánu/intervencí, které se v realitě uskutečnili, s tím, co vzniklo během cvičení.

Námět na krátké diskusní cvičení – diskutujte 5 minut, jakým směrem by se dala řešit situace: legalizovat získávání osobních údajů MD týmem složeným z více poskytovatelů (správců osobních údajů) za podmínky administrativní jednoduchosti a transparentnosti.

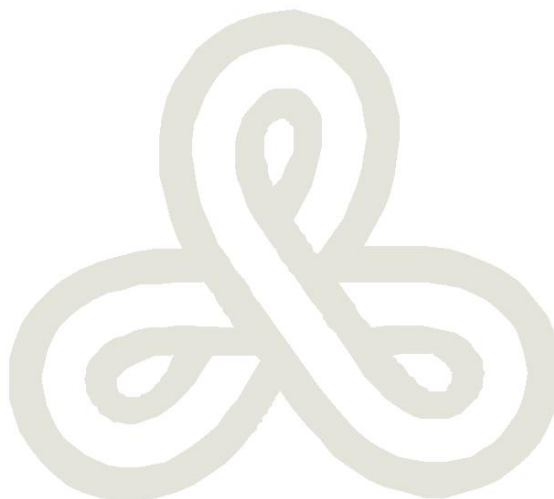


ESET - HELP

Den pátý, Závěr kurzu

Den 5	Opakování min. dne a doplňující dotazy	Diagnostika a plánování - praktická cvičení na typických případech	Různé: doplňující dotazy, nejasnosti, sdílení vlastních zkušeností	Ověření získaných znalostí	Zhodnocení kurzu, zpětná vazba
-------	--	--	--	----------------------------	--------------------------------

1. *Opakování min. dne a doplňující dotazy.*
2. *Diagnostika a plánování - praktická cvičení na typických případech – ÚČASTNÍCI SI PŘIPRAVÍ kazuistiku ze své praxe, uvedou variantní řešení tradičními postupy a multidisciplinárními postupy, rozprava, popř. obhajoba proti oponentovi.*
3. *Ověření získaných znalostí formou dotazů ze strany přednášejícího.*
4. *Řízená rozprava.*



ESET - HELP

Literatura:

- Bachrach, L. (1997) *Deinstitutionalization: An analytical Review and sociological Perspective*. Rockville, M.D. National Institute of Mental Health, Division of Biometry and Epidemiology.
- Burns, T. (2004) *Community Mental Health Teams: A guide to current practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Burns T. (2001) *Generic versus Specialist Mental Health Teams* in Thornicroft & Smukler (eds) *Textbook of Community Psychiatry* Oxford University Press.
- Byrne, M. (2005) *Community mental health team functioning: A review of the literature*. *The Irish Psychologist*, 31(12)/32(1), 347-351.
- Carrier, J.M. & Kendall, I. (1995) *Professionalism and interprofessionalism in health and community care; some theoretical issues*. In: Owens, P., Carrier, J., Horder, J. Eds. *Interprofessional Issues in Community and Primary Health Care*. Macmillan, London.
- Dean, C., Phillips, J., Gadd, E.M., Joseph, M. & England, S. (1993) *Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness*. *British Journal of Psychiatry*, 307, 473-47.
- Ford, R., Beadsmoore, A., Ryan, P., Repper, J., Craig, T. & Muijen, M. (1995) *Providing the safety net: case management for people with a serious mental illness*. *Journal of Mental Health*, 4, 91-97.
- Galvin, S.W. and McCarthy, S. (1994) *Multidisciplinary community teams: Clinging to the wreckage*. *Journal of Mental Health*, 3, 157-166.
- Hannigan, B. (1999) *Joint working in community mental health: prospects and challenges*. *Health and Social Care in the Community*, 7, 25-31.
- Harris, C. L. & Beyerlein, M.M. (2005) *Team-based organisation: Creating an environment for team success*. In M.A.West, D. Tjosvold & K.G. Smith (Eds.), *The Essentials of Teamworking: International Perspectives*. Chichester: Wiley.
- Hudson, B. (2001) *Inter-professionality and Partnership: An obstacle to Integrated Care? An Exploratory Study of Professional Preferences*. Nuffield Portfolio Programme Report No. 15. www.leeds.ac.uk/nuffield/portfolio
- Jefferies, N. & Chan, K.K. (2004), *Multidisciplinary team working: is it both hostile and effective?* *Int. J. Gynecol Cancer* 14(2): 210-211
- Livingston, G. & Cooper, C. (2004) *User and carer involvement in mental health training*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 85-92.
- Marshall, M, Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1997) *Case management for people with severe mental disorders*. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK.
- Moss, R. (1994) *Community mental health teams: A developing culture*. *Journal of Mental Health*, 3 167-174.
- Norman, I. J. & Peck, E. (1999) *Working together in adult community mental health services: An inter-professional dialogue*. *Journal of Mental Health*, 8, 217-230.
- Onyett, S., Standen, R. & Peck, E. (1997b) *The challenges of managing community mental health teams*. *Health and Social Care in the Community*, 5, 40-47.
- Onyett, S. & Ford, R. (1996) *Multidisciplinary community teams: Where is the wreckage?* *Journal of Mental Health*, 5, 47-55.
- Onyett, S., Heppleston, T., & Bushnell, D. (1994) *The Organisation and Operation of Community Mental Health Teams in England*. The Sainsbury Centre for Mental Health London.
- Onyett, S. (1992) *Case management in mental health*. London: Chapman Hall.
- Ovreteit J. (1993) *Co-ordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management*. Open University Press Buckingham.
- Peck, E. & Norman, I. J. (1999) *Working together in adult community mental health services: Exploring inter-professional role relations*. *Journal of Mental Health*, 8, 231- 242.
- Simmonds, S. Coid, J., Josoph, P., Marriott, S., 8 Tyrer, P. (2001) *Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review*. *British Journal of Psychiatry*, 178, 497-502.