

Krátce o multidisciplinárním přístupu

Multidisciplinární přístup je způsob práce, kde různé profese a různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena jejich maximální možná podpora.

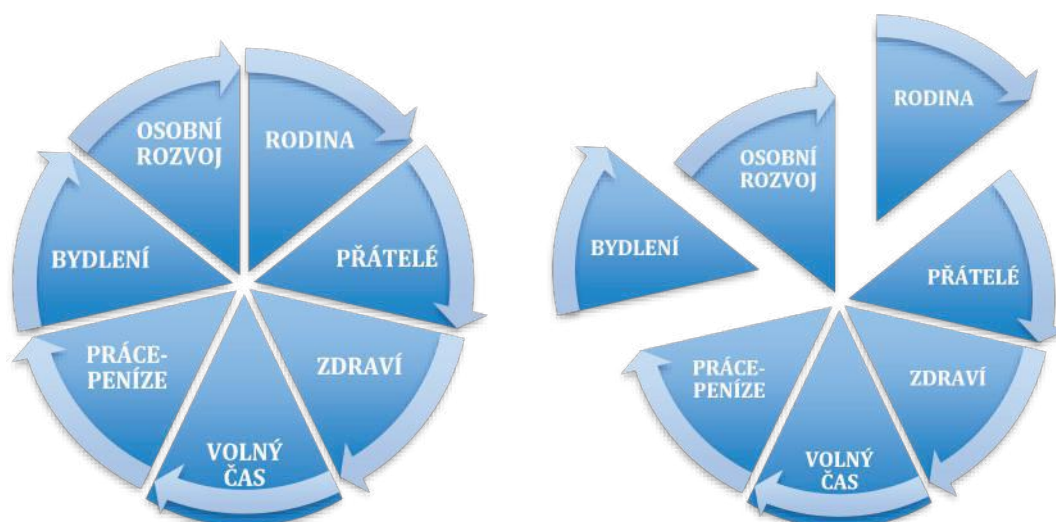
Velký důraz v péči o duševně nemocné je kladen na naplňování a posílení jejich práv a kvalitu služeb, které jsou jim poskytovány. Je rozvíjen celostní model péče orientovaný na celkové zotavení a maximální integraci lidí s duševním onemocněním do běžného života. Změna je charakteristická rozvojem sítě komunitních služeb. Velký význam je kladen na koordinaci a propojenost jak jednotlivých profesí, tak i jednotlivých typů podpory a služeb.

Cílem multidisciplinárního přístupu je podpora individualizované péče s naprostou důvěrou ve vztahu pacient – klíčový pracovník.

Výchozím přístupem v péči o duševně nemocné je koncept Recovery – tedy uzdravení, nebo-li zotavení.

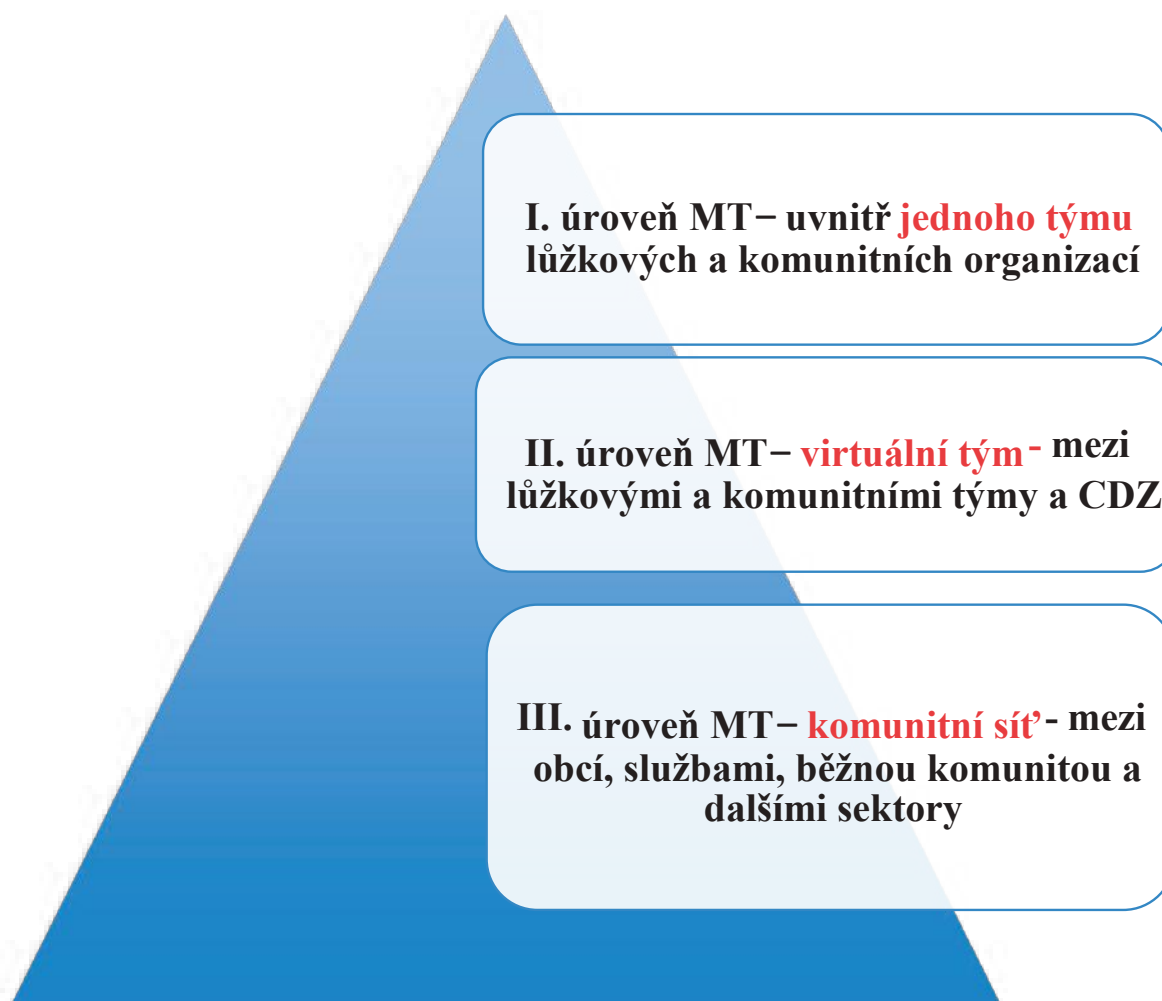
Nejčastěji používaná definice uzdravení je od Billa Anthonyho, PhD, zakladatele hnutí Recovery: „Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“

Při společném přemýšlení a vyjednávání nad potřebami nám může pomoci kolo života, ve kterém z celého spektra životních potřeb vybíráme ty oblasti, které jsou pro člověka v daný čas důležité a na kterých mu dává smysl pracovat tak, aby se zajistila jeho životní pohoda, která podpoří jeho proces zotavení. Například bydlení a rodina.



Dominantním přístupem při zavádění multidisciplinárního přístupu do péče o duševně nemocné, a to na všech úrovních práce týmů je case – management. Klíčový pracovník je konkrétní člen multidisciplinárního týmu, který se jednak angažuje v přímé péči o pacienta, tak společně s pacientem tvoří individuální plán a zodpovídá za koordinaci jeho naplňování.

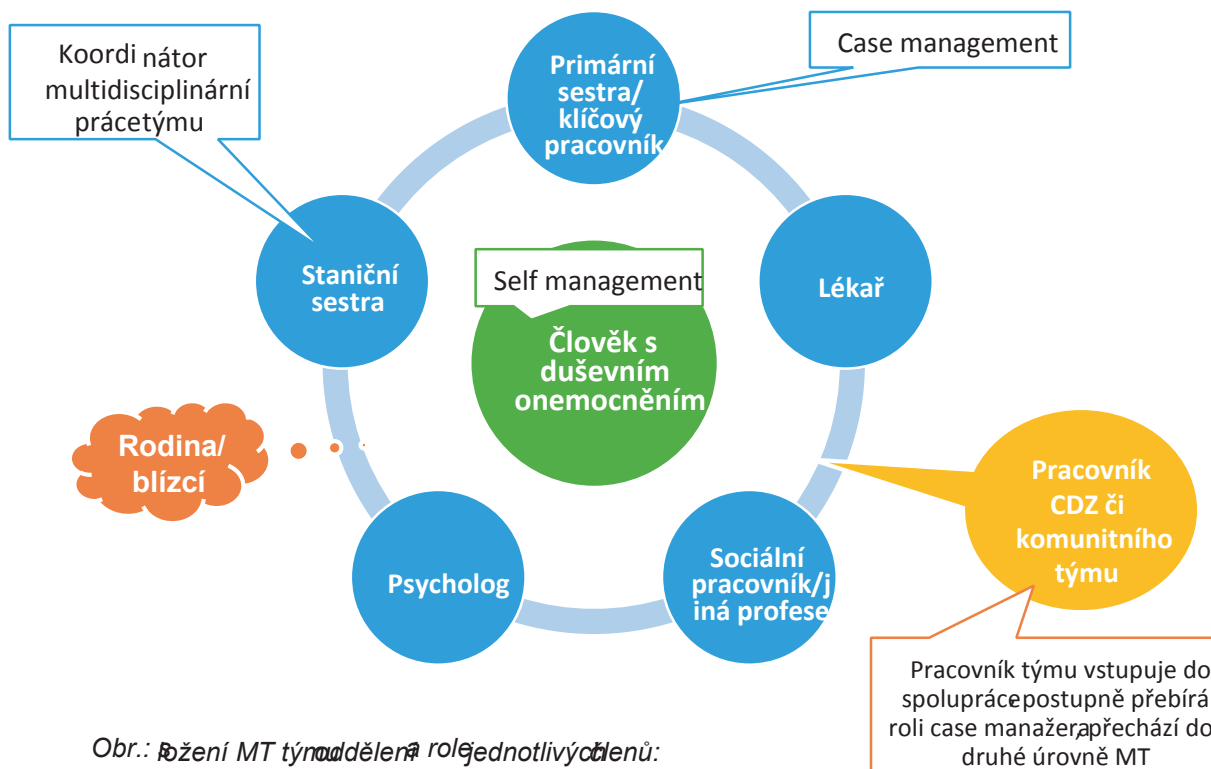
Multidisciplinární spolupráce probíhá na třech úrovních.



Obr. č. 1: Tři úrovně spolupráce.

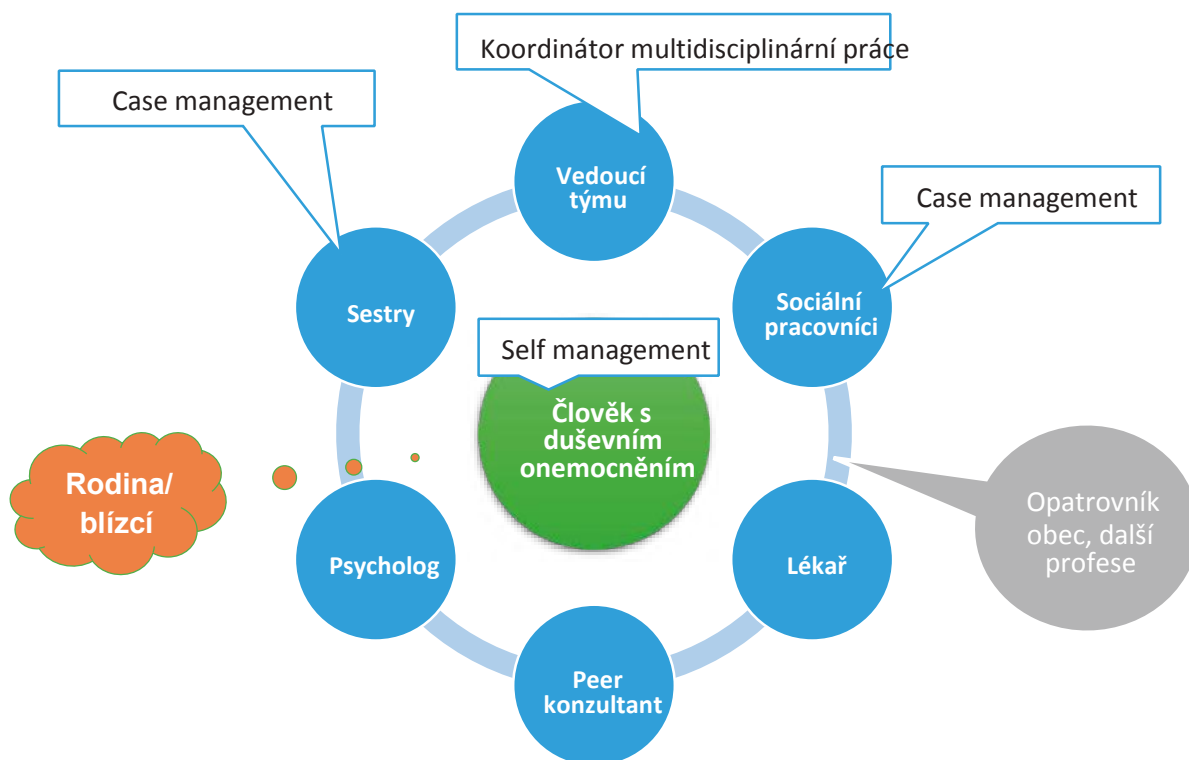
Část I. úroveň pojednává o multidisciplinární spolupráci uvnitř jednoho týmu. Jedná se o tým pracovníků akutní či následné lůžkové psychiatrické péče a Centra duševního zdraví či komunitního týmu. V týmu společně pracuje více profesí, kde každá z profesí je nositelem jiné dovednosti, jiné specializace, které se vzájemně propojují a integrují člověka se zkušeností s duševním onemocněním do procesu spolupráce.

Tým na lůžkovém oddělení:

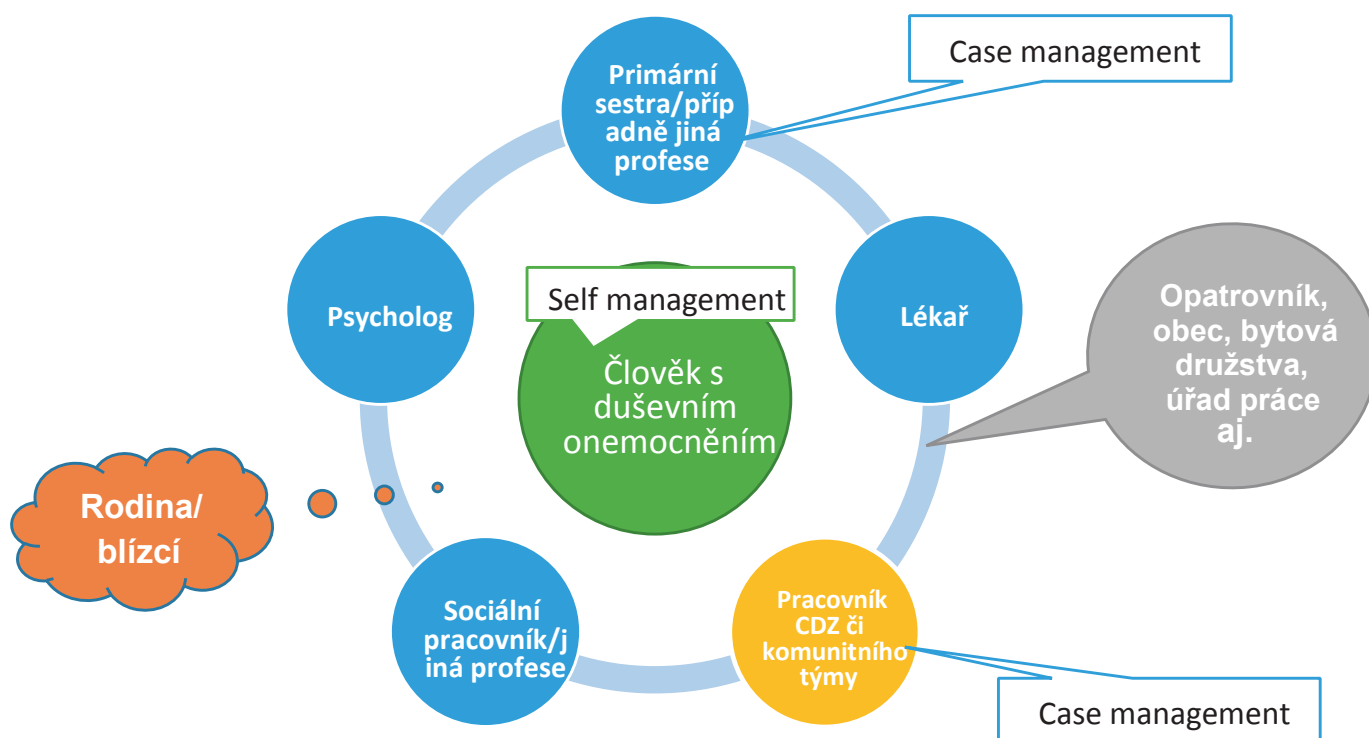


Obr.: ~~Dělení MT týmu oddělení~~ ~~rolí jednotlivých členů:~~

Tým v CDZ:



Druhá úroveň popisuje kroky potřebné k zavedení systematické spolupráce mezi dvěma týmy – Lůžkovým zařízením a CDZ či komunitním týmem. Jedná se postupné navazování takové spolupráce, která povede ke sladování péče kolem jednoho konkrétního klienta. Postupně se může jednat o spolupráci přesahující hranice jednotlivých týmů. Může se postupně vytvářet širší struktura, kterou nazýváme týmem virtuálním, tedy multidisciplinárním týmem.



Virtuální tým pracuje již na konkrétním oddělení, kde je pacient hospitalizován, a vzniká propojením týmu oddělení a Centra duševního zdraví či komunitního týmu. Před ustavením jednotlivých členů týmu by mělo předcházet rozhodnutí managementu oddělení v nemocnici o aplikaci přístupu 1. úrovně multidisciplinární spolupráce. Minimálně o zavedení case managementu a směřování ke konceptu primární sestry, která bude nositelkou case managementu na daném oddělení. Viz předchozí text.

Pravidelná spolupráce probíhá jedenkrát týdně u akutních oddělení (ev. jednou za 14 dní u oddělení následné péče).

Cílem rozvoje spolupráce mezi lůžkovými a komunitními službami je vzájemné sladění pohledů a metod práce tak, aby byla zajištěna maximální kontinuita péče o pacienta/klienta. Pobyt na lůžkovém zařízení by neměl být zcela vybočením z plánu, na kterém klient pracoval spolu s komunitními službami. Spolupráce by měla taktéž zajišťovat rychlou návaznost potřebné péče hned po propuštění, na jehož přípravě začínají týmy spolupracovat již při přijetí pacienta.

Třetí část je orientovaná na mezisektorovou spolupráci uvnitř jedné „spádové“ oblasti o velikosti cca 100 000 obyvatel. Uvnitř definované oblasti by se měli sejít významní představitelé ze všech odvětví a reagovat na potřeby duševního zdraví dané spádové oblasti. Mezi významné představitele patří (avšak ne jen oni) odborníci primární péče, sociální služby, veřejní opatrovníci, CDZ / komunitní týmy, zaměstnavatelé a místní podnikatelé a policie. Centra duševního zdraví / komunitní týmy mají důležité úkoly, jakožto poskytovatelé péče pro lidi s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním, stejně tak i jako konzultanti pro ostatní poskytovatele služeb (např. praktické lékaře), tak v prevenci duševních problémů a léčbě lidí.

