IntegraCare M3: Zintegrowane Podejście Multidyscyplinarne

Moduł ten wyjaśnia co oznacza zintegrowane podejście multidyscyplinarne w kontekście zapewniania wsparcia zdrowotnego i opieki społecznej dla osób fizycznych.

Pokażemy, jak ważna i użyteczna w koncepcji opieki skoncentrowanej na osobie jest współpraca profesjonalistów i praktyków z różnych dyscyplin związanych ze zdrowiem.

**Projekt ten został sfinansowany przy wsparciu Komisji Europejskiej. Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy autorów, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiekolwiek wykorzystanie zawartych w niej informacji.*
Numer referencyjny projektu - 2020-1-ES01-KA202-082311

Najważniejsze pojęcia

Zintegrowane podejście multidyscyplinarne

Kluczowe elementy skutecznej opieki multidyscyplinarnej

Monitorowanie i ocena zintegrowanego podejścia multidyscyplinarnego

Przykłady udanego zastosowania

Podsumowanie Modułu

Najważniejsze pojęcia

Streszczenie

Moduł ten wyjaśnia co oznacza zintegrowane podejście multidyscyplinarne w kontekście zapewniania wsparcia zdrowotnego i opieki społecznej dla osób fizycznych.

Pokażemy, jak ważna i użyteczna w koncepcji opieki skoncentrowanej na osobie jest współpraca profesjonalistów i praktyków z różnych dyscyplin związanych ze zdrowiem.

Cele nauki

1. Zrozumienie procesu wdrażania zintegrowanego podejścia w opiece zdrowotnej i społecznej.
2. Zidentyfikowanie zalet i elementów multidyscyplinarnego podejścia przy zapewnianiu opieki osobom z różnego rodzaju schorzeniami.
3. Zrozumienie zasad związanych ze świadczeniem opieki multidyscyplinarnej.
4. Nauczenie się jak właściwie monitorować i oceniać zintegrowane podejście multidyscyplinarne w poszczególnych rodzajach usług.
5. Poznanie wartości zintegrowanego podejścia multidyscyplinarnego dla poprawy jakości życia osób niesamodzielnych.

Spis treści

1. Najważniejsze pojęcia

2. Zintegrowane podejście multidyscyplinarne

3. Kluczowe elementy skutecznej opieki multidyscyplinarnej

4. Monitorowanie i ocena zintegrowanego podejścia multidyscyplinarnego

5. Przykłady udanego zastosowania

Czas trwania - 3 godzin

START

Najważniejsze pojęcia

OPIEKA ZINTEGROWANA	ZESPÓŁ MULTIDYSCYPLINARNY	OPIEKA MULTIDYSCYPLINARNA

Opieka zintegrowana wymaga od specjalistów i praktyków z różnych dziedzin i sektorów związanych ze zdrowiem i społeczeństwem współpracy nad potrzebami osób niesamodzielnych i ich rodzin, a także ich społeczności.

Takie podejście oparte na współpracy może usprawnić komunikację, zaoszczędzić czas, zredukować powielanie zadań, poprawić relacje w pracy i zapewnić lepsze doświadczenia osobom korzystającym z usług opieki zdrowotnej i społecznej.

Koncepcja opieki zintegrowanej **ma na celu nawiązanie łączności i współpracy pomiędzy różnymi sektorami opieki**. Celem tego podejścia jest świadczenie wysokiej jakości usług, dostosowanych do wielowymiarowych potrzeb jednostek oferowanych przez skoordynowany zespół profesjonalistów i praktyków z różnych dziedzin zajmujących się sprawami zdrowotnymi i społecznymi.

Powszechnie wiadomo, że pozytywne doświadczenia związane z korzystaniem z usług zdrowotnych lub opieki społecznej, **wynikają często ze współpracy różnych zespołów. Integrując wysiłki różnych zespołów**, można niejednokrotnie zapewnić skuteczniejszą opiekę i lepsze doświadczenie pacjentom, ich opiekunom, a także personelowi.

Opieka zintegrowana i wsparcie to środki prowadzące do osiągnięcia wysokiej jakości, opieki, co skutkuje lepszym poziomem zdrowia i samopoczucia oraz lepszymi doświadczeniami pacjentów, ich opiekunów i rodzin.

	ZESPÓŁ	OPIEKA

OPIEKA ZINTEGROWANA	MULTIDYSCYPLINARNY	MULTIDYSCYPLINARNA

Zespół multidyscyplinarny (MDT) to zróżnicowana grupa współpracujących ze sobą profesjonalistów, której celem jest zapewnienie skoncentrowanej na osobie i skoordynowanej opieki oraz wsparcia dla osób potrzebujących go. Członkowie zespołu pracują razem, aby zapewnić holistyczną, skoordynowaną i zindywidualizowaną opiekę i wsparcie osobom niesamodzielnym.

OPIEKA ZINTEGROWANA	ZESPÓŁ MULTIDYSCYPLINARNY	OPIEKA MULTIDYSCYPLINARNA

Opieka multidyscyplinarna to opieka świadczona przez multidyscyplinarny zespół profesjonalistów. Specjaliści ci współpracują ze sobą, aby zapewnić kompleksową opiekę, która odpowiada jak największej liczbie potrzeb danej osoby. Opieka tego typu może być świadczona przez wielu specjalistów działających jako zespół w ramach jednej organizacji patronackiej, lub przez specjalistów zebranych z różnych organizacji, w tym tych prywatnych. Jako, że stan każdej osoby zmienia się w czasie, skład zespołu może się podlegać modyfikacjom, odzwierciedlając zmieniające się potrzeby kliniczne i psychospołeczne danej osoby.

Spójrzmy na konkretny przypadek!

Krok 1

Przypadek Michała

Michał ma astmę. W wielu przypadkach, w tym również u Michała, astma uważana jest za chorobę złożoną. Wpływa ona na jego płuca, ale powoduje również stan zapalny, więc oddziałuje też na jego układ odpornościowy. Oznacza to, że Michał będzie musiał spotkać się z jednym ekspertem, który specjalizuje się w chorobach płuc, i innym, który specjalizuje się w układzie odpornościowym.

Krok 2

Michał może również potrzebować terapeuty oddechowego, który pomoże w testach diagnostycznych i leczeniu długoterminowym, doradcy ds. astmy, który pomoże określić, co wywołuje astmę, a ponieważ astma jest często związana z alergiami pokarmowymi, być może niezbędna będzie nawet konsultacja z dietetykiem.

Krok 3

Stanowi to pięciu różnych specjalistów od jednego schorzenia. Oznacza to zatem, że rodzice Michała muszą umówić go na pięć oddzielnych wizyt u wszystkich tych specjalistów.

Krok 4

Zintegrowane podejście multidyscyplinarne w opiece oznacza, że wszyscy wyżej wymienieni specjaliści, a także pozostały personel (pielęgniarki i wiele innych) pracują zespołowo, aby odpowiedzieć na indywidualne potrzeby leczenia Michała.

Co więcej!

Chociaż lekarze ci są ekspertami w swoich dziedzinach, zwracają uwagę na to, co mówi Michał i jego rodzice. W tym podejściu pacjent i jego rodzina odgrywają centralną rolę w opiece.

Zalety podejścia multidyscyplinarnego

Dla osoby niesamodzielnej:

- Lepsze wyniki wśród osób leczonych przez multidyscyplinarny zespół opieki
- Lepszy dostęp do informacji zdrowotnych
- Większa satysfakcja pacjenta
- Lepsza jakość leczenia i opieki
- Krótszy okres od diagnozy do leczenia
- Zwiększone prawdopodobieństwo otrzymania opieki zgodnej ze standardami/prawem, obejmującej wsparcie psychospołeczne

Dla specjalistów:

- Lepsza koordynacja opieki
- Lepsze wyniki
- Usprawnione ścieżki leczenia i redukcja powielania zadań
- Większe możliwości edukacyjne dla ekspertów w dziedzinie zdrowia

Dzięki podejściu multidyscyplinarnemu jednostka otrzymuje wysokiej jakości opiekę, ponieważ usługi są dobrze skoordynowane, co poprawia ścieżkę opieki pacjenta.

Zintegrowane podejście multidyscyplinarne

Zespół multidyscyplinarny

Zespół multidyscyplinarny to po prostu zróżnicowana grupa współpracujących ze sobą profesjonalistów.

Multidyscyplinarny zespół ma na celu zapewnienie skoncentrowanej na osobie i skoordynowanej opieki oraz wsparcia dla osób potrzebujących go.

Jest to zwykle zespół profesjonalistów z różnych dziedzin i/lub organizacji w służbie zdrowia i sektorach pokrewnych, którzy współpracują, aby zapewnić holistyczną, skoordynowaną i spersonalizowaną opiekę i wsparcie osobom niesamodzielnym.

Zespół multidyscyplinarny może składać się, na przykład, z lekarza, pracownika socjalnego, fizjoterapeuty i/lub nawet pracowników władz lokalnych, a także organizacji wolontariackich.

Specjaliści ci pracują razem, aby zapewnić skoncentrowaną na osobie i skoordynowaną opiekę oraz wsparcie dla osób potrzebujących opieki.

Skuteczny zespół multidyscyplinarny może łączyć specjalizacje zawodowe i organizacyjne oraz wykorzystywać najlepszą dostępną wiedzę i umiejętności do osiągania doskonałych wyników.

Multidyscyplinarny zespół w opiece zdrowotnej

- **W sektorze opieki zdrowotnej** multidyscyplinarny zespół opieki to zbiór profesjonalistów składający się z pielęgniarek, dietetyków, lekarzy pierwszego kontaktu i innych pracowników, którzy pracują razem, aby zapewnić wysokiej jakości skoordynowaną opiekę osobom niesamodzielnym.
- Często obejmuje on personel ze wszystkich poziomów piramidy leczenia, w tym pomocników, pielęgniarki, asystentów lekarzy, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, anestezjologów i lekarzy prowadzących. Zespoły te cechują się skutecznością w zarządzaniu opieką. Każdy z członków multidyscyplinarnego zespołu opieki jest odpowiedzialny za świadczenie usług lub leczenia, którego dotyczy jego specjalizacja.

- Lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia zapewniają opiekę popartą dowodami.
- Większość zespołów multidyscyplinarnych ma przypisanego koordynatora, który będzie pełnił funkcję głównego punktu kontaktowego tej osoby z resztą zespołu.

Kto może skorzystać na pracy zespołu multidyscyplinarnego?

Krótko mówiąc - każdy, dla kogo niezbędna jest kompleksowa, ciągła i bezproblemowa opieka. Dotyczy to dorosłych, dzieci, osób z problemami ze zdrowiem psychicznym oraz osób starszych.

Chociaż sprawdza się ona wśród osób z pojedynczymi schorzeniami, dowody wskazują, że opieka zintegrowana jest szczególnie skuteczna dla osób o potrzebach złożonych. Poprawie ulegają dzięki niej obszary takie jak planowanie leczenia, ogólne doświadczenie pacjenta oraz ciągłość opieki.

CONTINUE

Zintegrowane podejście multidyscyplinarne

Oparta na współpracy i zintegrowana opieka skoncentrowana na osobie, świadczona przez multidyscyplinarny zespół może zapewnić doskonałe rezultaty dla szerokiego grona osób o zróżnicowanych potrzebach.

Ostatecznym celem jest zapewnienie kompleksowej, ciągłej i bezproblemowej opieki.

Jakie są najważniejsze założenia opieki multidyscyplinarnej?

Każdy multidyscyplinarny zespół jest inny— ma swój własny cel, liczebność, umiejscowienie, zbiór kluczowych członków i metod komunikacji. Niezależnie od konkretnych zadań, pacjentów i otoczenia, skuteczne zespoły w całej opiece zdrowotnej i społecznej kierują się podstawowymi zasadami. Najważniejsze są cztery z nich:

1. Cele opieki określane przez osobę
2. Podejście zespołowe
3. Wzajemne zaufanie i skuteczna komunikacja oraz
4. Standardy opieki.

Przyjrzyjmy się temu bliżej!

Założenia opieki multidyscyplinarnej

Krok 1

Cele opieki określane przez osobę

Osoba i wyznaczeni członkowie jej zespołu (w tym członkowie rodziny), w stosownych przypadkach, są angażowani w decyzje dotyczące opieki.

Zespół, w tym pacjent, członkowie rodziny lub inne osoby wspierające pracują nad ustaleniem wspólnych celów, które odzwierciedlają priorytety pacjenta i rodziny oraz mogą zostać jasno wyrażone, zrozumiane i wspierane przez wszystkich członków zespołu.

1. Pacjent, opiekunowie w rodzinie i sama rodzina muszą być postrzegani i szanowani jako integralni członkowie zespołu. Dobrze funkcjonujące zespoły w opiece zdrowotnej są w stanie bezproblemowo organizować swoją misję, cele i pracować wydajnie oraz zgodnie z potrzebami i perspektywą pacjentów i ich rodzin.

2. W ramach integracji z pacjentem, sprawnie funkcjonujące zespoły w pełni i aktywnie nadają pacjentowi kluczową rolę w wyznaczaniu celów. Np. pierwsze spotkania z pacjentem i rodziną lub wstępny wywiad służą do rozpoczęcia procesu wypracowywania wspólnych celów opieki. Pacjenci i rodziny mogą nie oczekiwać pełnego zakresu dostępnych usług. Kiedy jednak przyjmuje się tego rodzaju kompleksowe podejście do potrzeb pacjentów, pacjenci i ich rodziny są wdzięczni wiedząc, że zespół będzie z nimi współpracował tak, aby jak najlepiej zaspokoić ich potrzeby.

3. Zespoły regularnie oceniają swoje postępy w osiąganiu wspólnych celów i współpracują z pacjentami i członkami rodziny w celu udoskonalenia i dążenia do realizacji zadań.

Krok 2

Podejście zespołowe

Zakłada jasne role każdego członka zespołu i zaangażowanie specjalistów ze wszystkich niezbędnych dziedzin

Istnieją jasne oczekiwania dotyczące funkcji, obowiązków i odpowiedzialności każdego z członków zespołu, które optymalizują wydajność całego zespołu i często umożliwiają wykorzystanie wydajnego podziału zadań, a tym samym osiągnięcie lepszego rezultatu.

Członkowie zespołów opiekuńczych często pochodzą z różnych środowisk, dysponując specyficzną wiedzą, umiejętnościami i zachowaniami ustalonymi przez standardy praktyki w ramach swoich dziedzin. Dodatkowo, na zespół i jego członków mogą wpływać tradycyjne, kulturowe i organizacyjne normy panujące w środowisku opieki zdrowotnej. Ze względu na powyższe czynniki, ważne jest, aby członkowie zespołu dogłębnie rozumieli to w jaki sposób można zmaksymalizować wydajność określonych ról i obowiązków związanych z daną dziedziną tak, aby dążyć do osiągnięcia wspólnych celów zespołu. Osiągnięcie tego poziomu zrozumienia i szacunku zależy od skutecznego kultywowania osobistych wartości niezbędnych do uczestnictwa w opiece zespołowej.

Pełne zintegrowanie pacjentów i rodzin z zespołem stanowi szczególne wyzwanie, które wymaga starannego planowania. Pacjenci i rodziny są wyjątkowymi członkami zespołu pod kilkoma względami. Po pierwsze, pacjenci i rodziny często nie mają formalnego przeszkolenia w zakresie opieki zdrowotnej. Jeśli pacjenci i rodziny mają być pełnoprawnymi członkami zespołu, muszą rozumieć także zadania pozostałych członków. Po drugie, wielu różnych pacjentów i rodzin zazwyczaj wchodzi do zespołu i opuszcza go wiele razy dziennie. Wymaga to od pozostałych członków zespołu ciągłej adaptacji.

Jako, że role w zespole różnią się zarówno pod względem kwalifikacji zawodowych, jak i funkcji, pacjenci i ich opiekunowie muszą być dokładnie o nich poinformowani. Każdy członek zespołu powinien jasno komunikować swoją rolę i zabiegać o zaangażowanie pozostałych, zwłaszcza pacjenta i rodziny, tak aby wszystkie obowiązki były jasno określone i zrozumiane.

Krok 3

Wzajemne zaufanie i skuteczna komunikacja

Członkowie zespołu budują wzajemne zaufanie, tworząc silne więzi i poszerzając możliwości realizowania wspólnych osiągnięć. Zespół ustala priorytety i stale doskonali swoje umiejętności komunikacyjne. Posiada spójne kanały otwartej i pełnej komunikacji, które są dostępne i używane przez wszystkich członków zespołu.

Zaufanie pozwala członkom zespołu polegać na sobie nawzajem w sferze prywatnej i zawodowej oraz umożliwia efektywne świadczenie usług zdrowotnych i opieki społecznej. Ukształtowanie zespołu kierującego się normami wzajemnego zaufania wymaga zbudowania zaufania, utrzymywania go i sformułowania zasad dotyczących rozwiązywania problemów dotyczących kwestii zaufania. Po zbudowaniu silnej struktury zaufania członkowie zespołu są w stanie w pełni wykorzystać swój potencjał, opierając się na ocenach i informacjach, które otrzymują od innych członków zespołu, a także na wiedzy wnoszonej przez poszczególnych jego członków.

Budowanie i utrzymywanie zaufania wymaga tego, aby każdy członek zespołu pozostawał wierny wartościom takim jak uczciwość, dyscyplina, kreatywność, pokora i ciekawość, które razem tworzą środowisko pozwalające na ciągłe i wzajemne uczenie się.

Jeśli członkowie zespołu nie są w stanie przekazywać sobie nawzajem informacji w sprawny, dokładny i szybki sposób, ich działania mogą być nieskuteczne, a nawet szkodliwe. W erze cyfrowej, komunikacja zespołowa nie ogranicza się do komunikacji osobistej, takiej jak spotkania zespołowe. Obejmuje ona wszystkie kanały informacyjne, takie jak m.in. notatki z postępów leczenia i elektroniczne karty zdrowia, rozmowy telefoniczne, e-maile, smsy. Do realizacji swoich celów, członkowie zespołu mogą wykorzystywać wiele różnych kanałów komunikacji. Rama i treść komunikacji stanowią natomiast jej kluczowe elementy. Skuteczna komunikacja powinna być traktowana jako atrybut i naczelna zasada całego zespołu, a nie jedynie zachowanie indywidualne.

Krok 4

Standardy opieki

Świadczenie opieki jest zgodne z określonymi standardami. Procesy oraz wyniki są mierzalne.

Terminowo i rzetelnie, członkowie przeprowadzają dyskusję na temat sukcesów i porażek zarówno w kwestii funkcjonowania zespołu, jak i realizacji jego celów. Służy ona śledzeniu postępów, jak również pozwala na uzyskanie natychmiastowej i długoterminowej poprawy efektów pracy.

Lekcja 3 z 6

Kluczowe elementy skutecznej opieki multidyscyplinarnej

Kluczowe atrybuty skutecznej i wydajnej opieki multidyscyplinarnej:

- Praktyka współpracy.

- Przejrzysta komunikacja.
- Jasne określenie zadań i obowiązków.
- Jasne cele, zadania i strategie.
- Uznanie i poszanowanie kompetencji i wkładu każdego z członków zespołu·Kompetentne przywództwo.
- Jasne procedury oceny efektywności zespołu.
- Wsparcie dla członków zespołu w razie potrzeby.
- Uznanie dla doświadczenia oferowanego przez poszczególnych członków zespołu.

Umiejętności interpersonalne, które mogą przyczynić się do efektywnej komunikacji w zespole to:

- Komunikatywność i gotowość do negocjacji.
- Świadomość swoich umiejętności.
- Zdolność do autorefleksji.
- Umiejętność stosowania zasad samoopieki.

CONTINUE

Narzędzia do wdrażania zintegrowanej opieki multidyscyplinarnej

Indywidualny Plan Opieki

Elektroniczny Kanał Udostępniania Informacji

Indywidualny Plan Opieki

Indywidualny proces planowania opieki

Zindywidualizowany plan opieki jest opracowywany przy zaangażowaniu wszystkich niezbędnych dziedzin. Opiera się on na wszechstronnej ocenie oraz zrozumieniu potrzeb i preferencji danej osoby przy pomocy bliskich jej osób.

Multidyscyplinarny zespół pracuje zarówno autonomicznie, jak i wspólnie z pacjentami, rodzinami i opiekunami, aby określić cele opieki i opracować jeden, skoordynowany, oparty na zdefiniowanych potrzebach plan opieki.

Podczas tworzenia planu opieki, każdy ze specjalistów w zespole postępuje zgodnie z podejściem uzasadnionym odpowiednimi dowodami.

Zespół multidyscyplinarny komunikuje się regularnie (przynajmniej raz w tygodniu lub częściej, w zależności od sytuacji), aby przejrzeć i ocenić plan opieki.

Organizowane są spotkania rodzinne w celu pomocy w aspektach planowania i świadczenia opieki. Spotkania rodzinne odgrywają istotną rolę w zaspokajaniu potrzeb edukacyjnych i informacyjnych pacjenta/osoby i opiekuna.

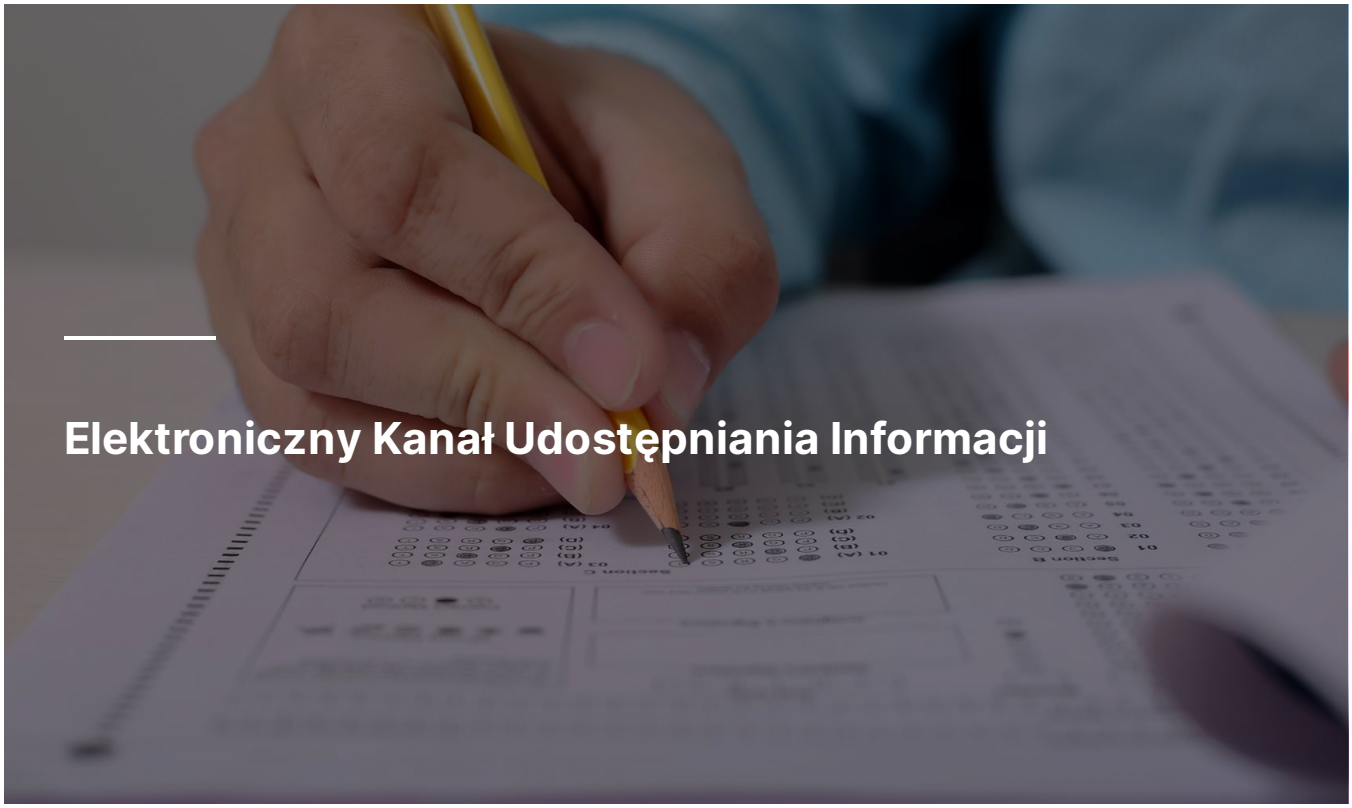
W procesie planowania opieki brane pod uwagę są czynniki takie jak:

- Aktualny stan zdrowia i dotychczasowa historia medyczna, w tym wszystkie choroby współistniejące
- Objawy fizyczne i psychiczne
- Stan funkcjonalny
- Aspekty społeczne, kulturowe, duchowe
- Zaawansowane preferencje planowania opieki.

Multidyscyplinarny zespół regularnie komunikuje się (częstotliwość spotkań zależy od sytuacji) w celu przeglądu i oceny planu opieki.

Proces planowania opieki obejmuje rodzinę osoby objętej opieką:

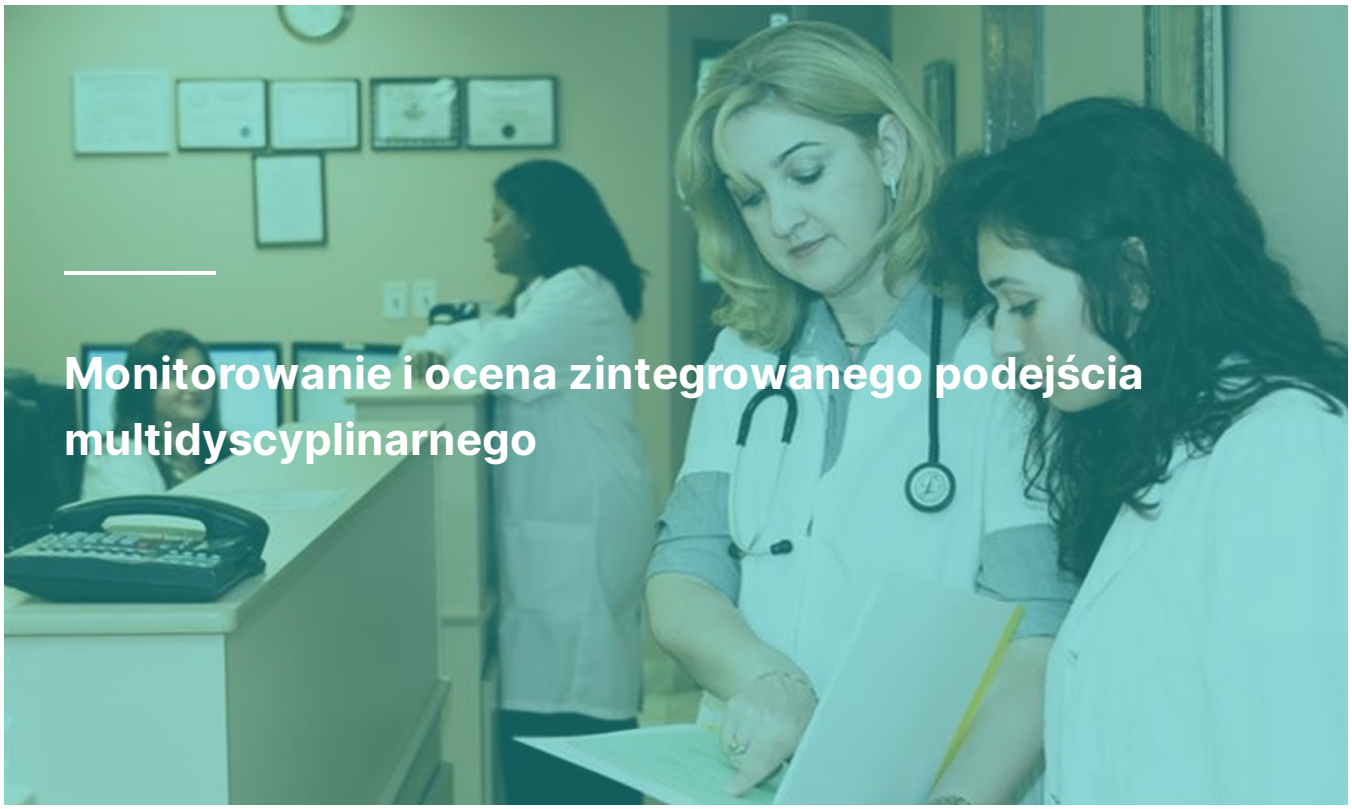
Spotkania rodzinne są przeprowadzane w celu poinformowania członków rodziny o procesie opieki, a także w celu uzyskania pomocy przy niektórych aspektach planowania i świadczenia opieki.


Elektroniczny Kanał Udostępniania Informacji

Elektroniczne kanały udostępniania informacji

- Wymiana informacji jest kluczowym aspektem świadczenia zintegrowanej opieki multidyscyplinarnej.
- Na potrzeby wdrożenia podejścia holistycznego, multidyscyplinarny zespół profesjonalistów powinien dysponować aktami danej osoby. Często zdarza się, że informacje te muszą być również udostępniane innym multidyscyplinarnym zespołom i organizacjom.
- Prowadzenie elektronicznej dokumentacji leczenia i opieki jest użytecznym narzędziem dla interdyscyplinarnych specjalistów w celu uzyskania dostępu do informacji o osobie, która znajduje się pod ich opieką.
- Ważne jest, aby informacje tego typu były udostępniane w bezpieczny sposób oraz zgodnie z prawem.

Monitorowanie i ocena zintegrowanego podejścia multidyscyplinarnego



Metody monitorowania i oceny w opiece zdrowotnej muszą uwzględniać wszystkie aspekty opieki, a dokładniej korzyści, jakie przynoszą one usługobiorcom i ich opiekunom.

Sposoby monitorowania i oceny zintegrowanego podejścia multidyscyplinarnego

Metody skupione na osobie

- Ocena stanu zdrowia przed, w trakcie i po realizacji planu opieki.
- Ocena jakości życia przed planem opieki i po nim (np. kwestionariusze jakości życia)
- Kwestionariusze satysfakcji pacjenta.
- Opinie pacjentów i ich rodzin.

Metody skupione na systemie/zespole

- Czas pobytu w placówce.
- Częstotliwość hospitalizacji.
- Systematyczne spotkania zespołu.
- Ocena pracy zespołowej.
- Realizacja celów planu opieki.
- Opłacalność planu opieki.

Przykłady udanego zastosowania

Przykład 1

Model wsparcia społecznego dla osób starszych w miejscu zamieszkania

Krok 1

Model wsparcia społecznego dla osób starszych w miejscu zamieszkania został zaprojektowany z myślą o domach tych osób, a także środowisku lokalnym oraz funkcjonujących w nim instytucjach i społecznościach.

Krok 2

Działania tworzące odpowiednie warunki do życia we własnym miejscu zamieszkania powinny być realizowane na trzech poziomach:

- Materialnym
- Organizacyjnym
- Społecznym

Krok 3

Materialnym

Polega on na dostosowaniu lokalu do potrzeb jego mieszkańców, usunięciu wszelkiego rodzaju barier architektonicznych, wprowadzeniu udogodnień w poruszaniu się po mieszkaniu i wykonywaniu codziennych czynności.

Krok 4

Organizacyjnym

Polega na stopniowym poszerzaniu, w miarę potrzeb, zakresu usług świadczonych w domu w oparciu o zintegrowany system współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami rządowymi i samorządowymi, pozarządowymi i prywatnymi.

Krok 5

Społecznym

Polegający na tworzeniu i utrzymywaniu lokalnej sieci wsparcia obejmującej nieformalnych opiekunów, sąsiadów i wolontariuszy.

Podobnym (kompleksowym) podejściem związanym z tym modelem jest koncepcja przeżywania okresu starości w miejscu zamieszkania. Kluczowym założeniem tej koncepcji jest wspieranie jednostki w pozostawaniu w jej miejscu zamieszkania poprzez programy pomocnicze. Koncepcja ta, podkreśla znaczenie rodziny ze względu na jej kluczową rolę we wspieraniu osób starszych w okresie starzenia się w ich miejscu zamieszkania.

Przykład 2

Centrum opieki dziennej dla osób starszych

Krok 1

Centrum Opieki Dziennej oferuje różne rodzaje usług, takie jak klinika zaburzeń pamięci, działania psychospołeczne, poradnictwo, fizjoterapia i różne zajęcia dla osób starszych. Specjaliści pracujący w ośrodku to neurolodzy, neuropsychologowie, psychologowie, pracownicy socjalni, pielęgniarki, fizjoterapeuci i personel administracyjny.

Krok 2

Tworząc plan opieki dla każdej osoby, pracownicy służby zdrowia w ośrodku biorą pod uwagę wszystkie cechy i potrzeby danej osoby, w tym jej sytuację społeczną i finansową, potrzeby w zakresie mobilności, rodzaj pomocy, do której mają już dostęp, itp. Pracownicy służby zdrowia pracujący w ośrodku zawsze wykazują empatię wobec problemów, z jakimi borykają się użytkownicy, oferując zindywidualizowaną opiekę, współpracę z ludźmi i postrzegając osobę jako całość, zamiast skupiać się wyłącznie na jej niepełnosprawności.

Krok 3

Podczas procesu tworzenia planu opieki zarówno osoba, jak i opiekun/członkowie rodziny są zaangażowani w proces oceny, podejmowania decyzji i interwencji. Pracownicy służby zdrowia w ośrodku przeprowadzają wywiady zarówno z osobą zainteresowaną, jak i opiekunami/członkami rodziny, aby uzyskać wystarczającą ilość informacji i móc sformułować całościowy obraz sytuacji

Krok 4

Tworzący zespół pracownicy służby zdrowia skupiają się na wartości pracy zespołowej i współpracy w celu świadczenia wysokiej jakości usług dla użytkowników, a także utrzymania dobrego środowiska pracy. Cenią rolę i wkład każdej innej dziedziny i specjalisty oraz postrzegają swoje usługi jako zbiorowy wysiłek, w którym każdy członek zespołu jest nierozłącznie związany z innymi. Aby utrzymać więź w zespole, często komunikują się ze sobą, dysponują dynamiczną grupą do bezpośredniej komunikacji, starają się spędzać razem czas i organizować zajęcia takie jak wycieczki, posiłki i grupy ćwiczeniowe. Na koniec, podkreślają, jak ważne jest omawianie problemów, które pojawiają się zarówno pomiędzy nimi, jak i z ich przełożonym, a także jak duże znaczenie ma ustalanie wyraźnych granic pomiędzy zadaniami poszczególnych specjalistów.

Krok 5

Raz w tygodniu zespół pracowników służby zdrowia spotyka się z personelem. Na tym spotkaniu omawiają trudności, z jakimi się zmierzyli w ciągu tygodnia i podejmują odpowiednie decyzje w tych sprawach. W szczególności, zbierają wszystkie informacje, które specjaliści z różnych dziedzin uzyskali na temat danej osoby. W oparciu o wszystkie te informacje, omawiają i podejmują zbiorowe decyzje dotyczące planu działania. Ponadto, każdy z członków ma przestrzeń i czas na wyrażenie swoich myśli i obaw oraz otrzymanie informacji zwrotnej od zespołu i przełożonego. Oprócz cotygodniowych spotkań personelu, raz w miesiącu odbywa się zewnętrzny nadzór naukowy nad pracownikami służby zdrowia.

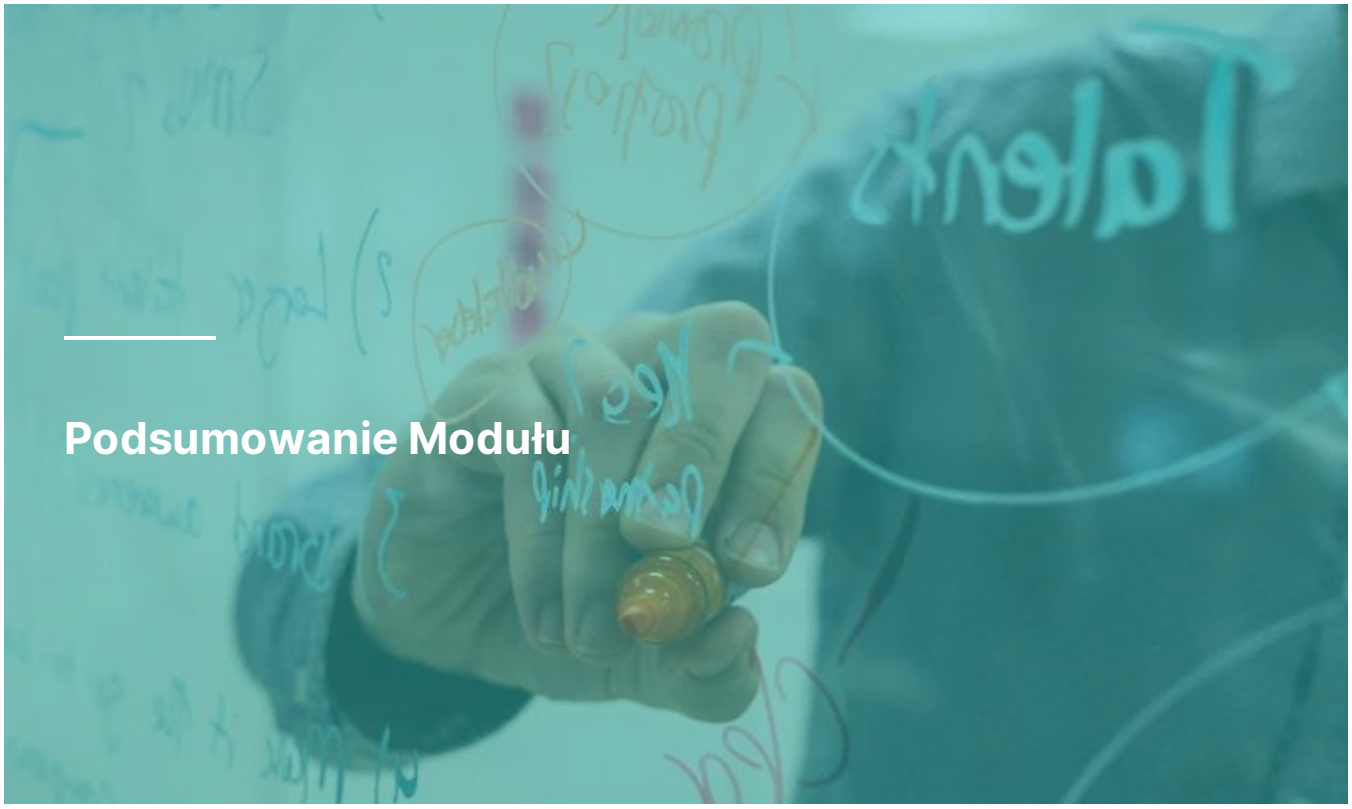
Jeśli chodzi o wymianę informacji, pracownicy służby zdrowia prowadzą szczegółowe codzienne dzienniki dotyczące tego, co dzieje się w ośrodku korzystając z arkusza Excel online. Wykorzystują również ten arkusz jako środek komunikacji pomiędzy sobą, piszą komentarze i wiadomości do swoich kolegów. Wszyscy pracownicy mają dostęp do plików i sprawdzają je za każdym razem, gdy są na dyżurze. Notatki są zapisywane w internetowej bazie danych przez wszystkich pracowników służby zdrowia.

Pomyśl o przykładzie z własnego doświadczenia, w którym zastosowano w opiece zintegrowane podejście multidyscyplinarne. Myśląc o tym przykładzie, zastanów

się:

- kto był zaangażowany w proces,
- dlaczego zastosowano to podejście,
- jakie korzyści osiągnięto dzięki takiemu podejściu,
- •jakie wyzwania wiązały się z tym podejściem?

Podsumowanie Modułu



W tej części kursu poznaliśmy multidyscyplinarne podejście do opieki, które jest procesem organizowania i koordynowania usług zdrowotnych i opiekuńczych w celu realizacji wysokich standardów opieki zdrowotnej i społecznej dla osób niesamodzielnych i ich rodzin. Poznaliśmy podstawowe zasady funkcjonowania zespołów multidyscyplinarnych. Uzyskaliśmy praktyczne informacje o narzędziach, z których można skorzystać przy zakładaniu i podtrzymywaniu efektywnej zespołowej opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Wdrożenie skutecznej opieki multidyscyplinarnej i zespołowej jest możliwe dzięki wspólnym zasadom i wartościom, które można mierzyć, porównywać, udoskonalać i powielać.

Podejście multidyscyplinarne łączy wiedzę i umiejętności różnych specjalistów w jednym celu: zaspokajaniu wysokiej jakości potrzeb osób wymagających opieki. To podejście oparte na współpracy poprawia komunikację, oszczędza czas, ogranicza powielanie tych samych zadań, poprawia relacje w pracy i zapewnia lepsze doświadczenia osobom korzystającym z usług opieki zdrowotnej i społecznej.

Terminy kluczowe

Zespół multidyscyplinarny	Podejście multidyscyplinarne łączy wiedzę i umiejętności różnych specjalistów w jednym celu: zaspokajaniu potrzeb osób wymagających wysokiej jakości opieki. To podejście oparte na współpracy poprawia komunikację, oszczędza czas, ogranicza
Opieka multidyscyplinarna	Opieka multidyscyplinarna ma miejsce, gdy specjaliści z różnych dziedzin współpracują, aby zapewnić kompleksową opiekę, która odpowiada jak największej liczbie potrzeb danej osoby.

Indywidualny plan opieki

Indywidualny plan opieki jest opracowywany dzięki połączeniu możliwości z wszystkich niezbędnych dziedzin, w oparciu o kompleksową ocenę i zrozumienie potrzeb i preferencji danej osoby przy udziale jej bliskich.

Monitorowanie i ocena zintegrowanego podejścia multidyscyplinarnego

- Metody, które koncentrują się na osobie
- Metody, które koncentrują się na systemie/zespole