

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Zavádění metody FACT do multidisciplinárních týmů  
v sociálních službách pro uživatele s vážným duševním  
onemocněním**

Diplomová práce

Autor:	Ing. Ivana Kovářová
Studijní program: N6737	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Forma studia:	Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Hradec Králové, 2020

## Zadání diplomové práce

**Autor:** Ing. Ivana Kovářová

Studium: U17046

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

**Název diplomové práce:** **Zavádění metody FACT do multidisciplinárních týmů v sociálních službách pro uživatele s vážným duševním onemocněním**

Název diplomové práce AJ: Implementation of the FACT Method into Multidisciplinary Teams in Social Welfare for Severely Mentally Ill Clients

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Cílem práce je zhodnotit používání metody FACT (flexible assertive community treatment) jako metody pro práci s uživateli s vážným duševním onemocněním, a to především z hlediska jejího použití při prevenci krizových situací u těchto uživatelů. Cíle bude dosaženo s využitím kvalitativní výzkumné strategie - konkrétně kvalitativního interview.

HORVÁTHOVÁ, P., 2008. Týmy a týmová spolupráce. 1. vyd. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-390-4. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1620-6. PRAŠKO, J. a kol., 2005. Léčíme se s psychózou. Co by jste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách. Praha: Medical Tribune. ISBN 80-239-5482-2. REMMERS, V., BÄHLER, M., 2013. Flexible Assertive Community treatment. Dostupné z: <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2015/10/FACT-Manual-ENGLISH-2013.pdf> ŠKODA, J., 2007. Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7044-858-8.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

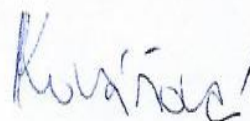
Oponent: prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Jablonci nad Nisou dne 18. března 2020



## **Poděkování:**

Děkuji touto cestou vedoucí své diplomové práce Mgr. et. Mgr. Radce Janebové, Ph.D. za cenné rady a vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům za jejich ochotu přispět svými názory a pohledy do prováděného výzkumu. Děkuji také své dceři, svému příteli a dalším členům své širší rodiny za trpělivost a podporu.

## **Anotace**

KOVÁŘOVÁ, IVANA. *Zavádění metody FACT do multidisciplinárních týmů v sociálních službách pro uživatele s vážným duševním onemocněním*. Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 2020, 79 str. Diplomová práce.

Tato diplomová práce se zabývá zaváděním případového sdílení inspirovaného holandskou metodou FACT do terénních týmů v sociálních službách pro uživatele s vážným duševním onemocněním. V práci byl kladen důraz na vysvětlení mnohočetných problémů takto znevýhodněných osob, aby bylo zřejmé, proč je komplexní péče poskytovaná více odborníky důležitým faktorem v současném trendu sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Výzkum, který byl proveden v organizaci, kde se některé principy modelu FACT pokoušejí již více jak dva roky zavádět, byl určen především pro organizaci samotnou. Hlavním cílem bylo ukázat, jak se tato metoda zažila ve všech jejích čtyřech terénních týmech, a poskytnout návod k tomu, jakým směrem se v tomto ohledu ubírat dál. Výzkum se zaměřil na čtyři hlavní prvky, které tyto týmy z výše zmíněného modelu do svých služeb přebírají, a to multidisciplinaritu, případové sdílení, práci s krizí a novou roli klíčového pracovníka.

## **Klíčová slova**

model FACT, multidisciplinarita, terénní tým, vážné duševní onemocnění

## **Abstract**

KOVÁŘOVÁ, IVANA. *Implementation of the FACT Method into Multidisciplinary Teams in Social Welfare for Severely Mentally Ill Clients*. Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2020, 79 pp. Master Thesis.

This diploma thesis deals with the shared caseload establishment into outreach teams in the social service for severely mentally ill clients, which is inspired by the Dutch FACT model. The emphasis has been laid on the clarification of various problems of such handicapped persons in order to explain why the complex care provided by multidisciplinary team is such an important factor in the current trend of social service for this group of clients. The research accomplished in an organization where some model FACT's principles has been tested for more than two years, was intended mainly for the organization itself. The major aim was to indicate, how this method had been used in all four outreach teams, and to give directions for future orientation in this field. The research has been targeted at the main four elements of the mentioned model, which are assumed most by the teams – multidisciplinary, share load, the crisis labor and the new role of the case manager.

## **Keywords**

FACT model, multidisciplinary, outreach team, severely mentally illness

## Obsah

Seznam zkratk	9
Seznam odborných termínů	10
Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Duševní onemocnění	13
1.1 Diagnóza	14
1.2 Délka trvání	15
1.3 Funkční narušení	17
1.4 Krize a ohrožení krizí	19
1.5 Shrnutí kapitoly	19
2 Poskytování sociálních služeb lidem s vážným duševním onemocněním	20
2.1 Příjemce a poskytovatel sociálních služeb	20
2.2 Case work	22
2.3 Case management	24
2.4 Multidisciplinární poskytování služeb	27
2.4.1 Důvod zavádění multidisciplinárních služeb	27
2.4.2 ACT	28
3 FACT model	30
3.1 Obecná východiska	30
3.2 Multidisciplinární složení týmů	33
3.3 Shared caseload	34
3.4 Práce s krizí	34
3.5 Role klíčového pracovníka	36
3.6 Shrnutí kapitoly	37
4 Prosazování principů modelu FACT v organizaci	38
4.1 Charakteristika organizace	38
4.2 Projekt Podpora FACT modelu v ČR	39
4.3 Aplikování principů modelů FACT do terénních týmů	40
4.4 Shrnutí kapitoly	41
PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 Metodika výzkumu	42
5.1 Formulace problému	42
5.2 Cíle výzkumu	42
5.3 Zdůvodnění volby výzkumné strategie	45
5.4 Transformace dílčích cílů	46
5.5 Určení výzkumného souboru	48
5.6 Organizace výzkumu	50
5.7 Etické aspekty	50

5.8 Rizika výzkumné strategie.....	50
6 Zpracování výzkumných údajů.....	52
6.1 Multidisciplinární složení týmů .....	52
6.1.1 Pozitiva při celkovém hodnocení multidisciplinárně složeného týmu.....	52
6.1.2 Negativa při celkovém hodnocení multidisciplinárně složeného týmu .....	53
6.1.3 Pozitivní hodnocení pozice zdravotní sestry .....	55
6.1.4 Negativní hodnocení pozice zdravotní sestry.....	56
6.1.5 Pozitivní hodnocení pozice peer konzultanta .....	57
6.1.6 Negativa hodnocení pozice peer konzultanta .....	58
6.1.7 Hodnocení ostatních pracovních pozic .....	59
6.2 Intenzivní případové sdílení formou častých krátkých porad .....	59
6.2.1 Frekvence a náplň porad .....	59
6.2.2 Pozitiva konání častých krátkých porad.....	60
6.2.3 Negativa konání častých krátkých porad .....	61
6.3 Intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí.....	62
6.3.1 Používání případového sdílení .....	63
6.3.2 Pozitiva případového sdílení .....	63
6.3.3 Negativa případového sdílení.....	65
6.4 Nově pojatá role klíčového pracovníka .....	66
6.4.1 Porovnání dnešní role klíčového pracovníka s rolí před zavedením shared caseload .....	66
6.4.2 Pozitiva současné role klíčového pracovníka .....	67
6.4.3 Negativa současné role klíčového pracovníka .....	68
7 Shrnutí výsledku výzkumu .....	69
7.1 Dílčí cíl DC1 .....	69
7.2 Dílčí cíl DC2.....	70
7.3 Dílčí cíl DC3.....	70
7.4 Dílčí cíl DC4.....	71
7.5 Celkové vyhodnocení výzkumu.....	71
8 Doporučení .....	73
Závěr .....	75
Seznam tabulek.....	76
Seznam obrázků.....	76
Seznam příloh.....	76
Literatura a zdroje.....	77
PŘÍLOHY .....	II
Příloha č. 1 GAF .....	II
Příloha č. 2 Přepis rozhovoru se členem týmu .....	IV
Příloha č. 3 Přepis rozhovoru s uživatelem služby .....	VII
Příloha č. 4 Souhlas ředitelky s provedením výzkum .....	VIII



## Seznam zkratek

ACT	Assertive Community Treatment Asertivní komunitní léčba
AOT	Assertive Outreach Team Asertivní terénní tým
CCAF	Certification Centre for ACT and Flexible ACT Centrum pro certifikaci ACT a FACT týmů
CCMC	Commission for Case Manager Certification Komise pro certifikaci case manažerů
CMHCD	Centre for Mental Health Care Development Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
CMSA	Case Management Society of America Americké sdružení case managementu
CMSUK	Case Management Society UK Sdružení case managementu ve Velké Británii
FACT	Flexible Assertive Community Treatment Flexibilní asertivní komunitní léčba
GAF	Global Assessment of Functioning Celkové vyhodnocení funkčního narušení
IPS	Individual Placement and Support Specialista na zaměstnávání
ORP	obec s rozšířenou působností
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
RACT	Resource-group Assertive Community Treatment Vícezdrojová asertivní komunitní léčba
SMI	serious/ severe mental illness vážné duševní onemocnění

## Seznam odborných termínů

<b>Case management</b>	Případové vedení Koordinovaná činnost, při níž je kladen důraz na spolupráci klienta s jeho klíčovým pracovníkem, tzv. case manažerem a s dalšími zapojenými osobami, a která využívá dostupné zdroje podpory
<b>Case work</b>	Případová sociální práce Práce s jednotlivým případem
<b>Deinstitutionalizace</b>	Proces, který se snaží o to, aby zdravotně postižené či jinak znevýhodněné osoby, které se nemohou sami o sebe postarat, nebyly umísťovány do ústavů, ale mohly setrvávat ve svém přirozeném prostředí, v němž jsou jim služby poskytovány
<b>Multidisciplinární, multidisciplinarita</b>	Přístup vyžadující vzájemnou spolupráci naprosto rozdílných disciplín
<b>Peer konzultant</b>	Člověk s vlastní zkušeností s nemocí Člen terénního multidisciplinárního týmu, který uživatelům služeb poskytuje podporu prostřednictvím svých vlastních zkušeností
<b>Recovery</b>	Zotavení, sebeúdrava Osobní proces, během něhož se jedinec naučí vyrovnat se se svojí nemocí.
<b>Shared caseload</b>	Případové sdílení Sdílení klientů celým týmem

## Úvod

Sociální služby poskytující podporu lidem s duševním onemocněním se v současné době snaží reagovat na probíhající reformu psychiatrické péče. Ta, ačkoliv byla schválena již v roce 2013, se v posledních dvou letech aktivně věnuje zkvalitňování služeb pro tuto cílovou skupinu. Jedním z principů je zavádění multidisciplinární péče, jejímž cílem je zapojit do služeb více odborníků, jak z oblasti sociální, tak také zdravotní.

V zahraničí je již vcelku běžné, že se v terénním týmu, který ve svém okolí nabízí služby občanům s duševním onemocněním, vyskytuje více pracovních disciplín, u nás se ale takové týmy teprve vytvářejí. K tomu, aby mohly účinně podporovat klienty, se proto snaží najít vhodnou metodu práce. Inspirují se přitom zahraničními zkušenostmi. V oblasti péče o duševně nemocné se sociální služby poměrně často obracejí na holandské odborníky, se kterými mají navázanu dlouholetou spolupráci. Model FACT, o kterém pojednává tato práce, byl vytvořen právě v Nizozemí, a přináší inspiraci k tomu, jak poskytovat kvalitní a efektivní služby v týmu složeném z více odborníků.

Organizace, ve které jsem již dvanáct let zaměstnána, se snaží reagovat na současný trend multidisciplinarity, a proto v roce 2016 vstoupila do projektu, jehož cílem bylo podpořit metodu práce v multidisciplinárních týmech zaváděním ověřené holandské metodiky. Její stěžejní principy zavádí do terénních služeb od první poloviny roku 2017, a to i přesto, že zastoupení více odborností v pracovních skupinách zdaleka nedosahuje takové úrovně, jak je tomu v Nizozemí či v některých jiných týmech napříč naší republikou.

V době, kdy byl prováděn výzkum, šlo tedy již téměř o více jak dvouletou zkušenost s metodou případového sdílení. Proto je hlavním cílem této diplomové práce **zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmů, metody práce formou případového sdílení, intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí a nově pojatou roli klíčového pracovníka v modelu práce FACT.** Jednotlivá kritéria obsažená ve formulaci hlavního cíle jsou pak rozpracována do cílů vedlejších a hodnocena odděleně v rámci jednotlivých skupin informantů. Jde celkem o následující čtyři dílčí cíle:

DC1 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmů v sociálních službách pro vážně duševně nemocné.

DC2 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu poskytujícího sociální služby pro vážně duševně nemocné dochází k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.

DC3 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelům s vážným duševním onemocněním ocitajícím se v ohrožení krizí.

DC4 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka v sociálních službách pro vážně duševně nemocné.

Jako výzkumná strategie byl přitom zvolen kvalitativní výzkum vedený technikou polostrukturovaného rozhovoru, který poskytoval prostor pro hlubší vhled do problematiky a komplexnější zhodnocení, protože umožňoval informantům sdělit své postřehy a náměty.

Výsledky výzkumu jsou určeny především pro samotnou organizaci, a měly by přinést informace o tom, jak se multidisciplinární způsob poskytování sociálních služeb daří zavádět, kde jsou pozitiva a kde slabiny, dále by měly poskytnout náhled k tomu, jak se tato metoda osvědčila v rámci poskytování přímé péče a jaké výsledky přináší. V neposlední řadě jsou pak výsledky určeny především k tomu, aby pomohly při konkrétním vymezování dalšího trendu organizace v oblasti komplexnějšího poskytování služeb a v jejich dalším zkvalitňování.

Před samotným výzkumem byly problematika lidí s duševním onemocněním i multidisciplinární přístup poskytování sociálních služeb teoreticky ukotveny na základě komparace odborných zdrojů. Důvod, proč je právě pro občany s duševním onemocněním v současné době kladen tak velký důraz na multidisciplinární způsob poskytování péče, vysvětlují první dvě kapitoly této práce, přičemž jedna podrobněji rozebírá problematiku těchto lidí, druhá pak popisuje vývoj sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Konkrétnímu způsobu komplexního poskytování služeb je věnována druhá polovina teoretické části, která se nejprve věnuje již zmíněnému modelu FACT, následně pak je uvedeno, jak se samotná organizace, v níž byl výzkum prováděn, pokouší jeho principy zavést do svých terénních týmů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Duševní onemocnění

V praktické části této práce je ve stanovení hlavního cíle i cílů vedlejších uveden pojem *vážně duševně nemocní*. Toto sousloví má několik dalších možných slovních podob, přičemž v současné době se stále více užívá zkratky SMI, která není ještě mezi laickou veřejností příliš rozšířena. Na začátku této práce tedy pokládám za potřebné tuto problematiku blíže vysvětlit a specifikovat.

V České republice je pojem *vážné duševní onemocnění* znám také pod názvy psychóza, psychotické onemocnění, závažná duševní porucha či dlouhodobé duševní onemocnění. Autoři většinou pod těmito pojmy vnímají poruchy prožívání a mezilidských vztahů (Matoušek, 2008, s. 166, Babiaková, Venglářová 2006, s. 235, Malá 2005, s. 9), které významně ovlivňují vnímání sebe sama i okolního světa, narušují vztahy k rodinným členům, snižují možnost začlenit se do komunity a ztěžují člověku rozpoznat skutečnost od jeho vnitřních představ. Jak však doplňuje například Malá (2005, s. 9), je používání i vnímání obsahu těchto pojmů poměrně nejednoznačné.

Zřejmě ve snaze sjednotit odborné názvosloví s celosvětovým trendem se postupně přechází k označení této skupiny znevýhodněných občanů výše zmíněnou zkratkou SMI. Jde o počáteční písmena anglického ekvivalentu pro vážné duševní onemocnění - *serious/severe mental illness*. Ačkoliv ani tato anglická verze nenese v sobě přesné označení, lze ve shodě se zahraničním pojetím determinovat duševní onemocnění podle tří základních kritérií, kterými je diagnóza, délka nemoci a funkční narušení (Ruggery a kol. 2000, s. 150).

Cílovou skupinu, pro kterou byla v Holandsku metoda FACT vytvořena, označují pojmem SMI také autoři tohoto modelu, její definici uvádějí ve své oficiální metodice. Jde o takové osoby, které mají psychiatrické onemocnění vyžadující péči a léčbu, a které jsou vážně omezeni v zapojení se do sociálních vztahů v komunitě, přičemž obě zmíněná kritéria spolu vzájemně souvisejí. Potíže těchto lidí se vyskytují dlouhodobě a soustavně, a proto potřebují koordinovanou péči (Remmers, Bähler 2013, s. 15).

Podrobnější charakteristice cílové skupiny je věnována tato kapitola, která by měla poskytnout vhled do problematiky a osvětlit tak, proč právě multidisciplinární

poskytování služeb bylo prvotně určeno pro občany s vážným duševním onemocněním, ačkoliv se posléze rozšířilo samozřejmě také na jiné oblasti sociálních a zdravotních služeb. Tuto skupinu uživatelů sociálních služeb dále popisuji na základě tří zmíněných kritérií – diagnózy, délky nemoci a funkčního narušení. Vymezení cílové skupiny pak v poslední subkapitole vyúsťuje vysvětlením, co je myšleno pojmem *krize* a *ohrožení krizí* a tím tak podávám teoretický základ k dílčímu cíli DC3 (*zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelům s vážným duševním onemocněním ocitajícím se v ohrožení krizí*).

## 1.1 Diagnóza

K diagnostice nemocí se u nás používá *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (dále MKN-10), která měla v roce 2016 již páté aktualizované vydání platné k 1. 1. 2018. Nemoci jsou zde řazeny podle alfanumerického kódovacího systému, přičemž duševním poruchám bylo přiřazeno písmeno F. Tato část nese název *Poruchy duševní a poruchy chování* a jde o poměrně rozsáhlou kapitolu, z níž se do skupiny SMI většinou řadí skupiny diagnóz z okruhu schizofrenie (F20- F29), afektivní poruchy (F30 – F39), někdy také neurotické poruchy (F40 – F 48) a poruchy osobnosti a chování (F60 – F69). Do skupiny tedy nepatří mentální postižení, organické mozkové poruchy ani závislosti (CMHCD 2011, s. 7).

Do této cílové skupiny se však řadí klienti s tzv. *duální diagnózou*. Je tím myšlen výskyt dvou poruch současně, přičemž se jedná o poruchu duševní vyskytující se společně s poruchou návykovou. Nejčastěji jde o alkohol, drogy, léky nebo patologické hráčství (CMHCD 2011, s. 13).

Schizofrenii (F20 – F29) charakterizuje MKN-10 jako deformaci myšlení a vnímání, s nepřiměřenými nebo otupělými afekty. Vědomí i intelekt mohou být zachovány, v průběhu nemoci však někdy dochází k jejich kognitivnímu defektu. Nemoc je doprovázena ozvučováním, vkládáním, odnímáním či vysíláním myšlenek, dochází k bludnému vnímání, vyskytují se také sluchové halucinace komentující nebo diskutující o nemocné osobě (World Health Organization 2017, s. 204).

Afektivní poruchy (F30 – F39) jsou charakteristické poruchami nálad, které se pohybují na dvou rovinách – deprese a euforie. MKN-10 rozlišuje několik stupňů deprese, od lehké, kdy je nemocný sice deprimován, ale jinak je schopný účastnit se běžného života,

přes středně těžkou, u které se mohou vyskytovat i suicidální sklony a kdy je snížena schopnost běžného fungování, až po depresi těžkou, charakteristickou ztrátou sebehodnocení, pocity beznaděje a viny, častý je výskyt suicidálních myšlenek, halucinací nebo bludů. Zrovna tak MKN-10 rozeznává i dva stavy mánie. Hypománii popisuje jako mírné zvýšení nálady, energie a aktivity. Nemocný se dobře cítí, má potřebu mluvit a vyhledávat společnost, často také necítí potřebu spát. Druhým stupněm je mánie, kdy je nálada zvětšená nadměrně, je doprovázena zvýšenou energií, jedinec rychle mluví a odmítá spát. Ztrácí sociální zábrany, takže je pak schopen riskantního chování. Dochází-li u jedné osoby k cyklickému střídání obou pólů nálad, pak hovoříme o maniodepresivní poruše (World Health Organization 2017, s. 210 – 216).

Poměrně častou neurotickou poruchou (F40 – F48) je obsedantně nutkavá porucha, která se vyznačuje opakovanými vtíravými myšlenkami, jako jsou nápady, představy nebo popudy, dalším znakem jsou také nutkavé činy nebo stereotypní opakované rituály. Do této skupiny nemocí patří také ale například fobické úzkostné poruchy jako je agorafobie, tedy strach z opuštění domova a výskytu na veřejném prostranství, sociofobie, kdy se nemocný vyhýbá kontaktu s lidmi nebo generalizovaná úzkostná porucha, jejíž příčiny nelze konkretizovat (World Health Organization 2017, s. 216 – 218).

Poruchy osobnosti (F60 – F69) charakterizuje MKN-10 jako hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, které se projevují jako extrémní odchylky od způsobů chování tak, jak jsou vnímány většinou společností a vedou tak k narušení sociálního fungování (World Health Organization 2017, s. 234).

## 1.2 Délka trvání

Ruggeri a kol. (2000, s. 151) uvádějí, že osoba spadá do skupiny SMI v případě, že její onemocnění trvá alespoň dva roky. Je však poměrně komplikované určit, kdy takové onemocnění vlastně vzniklo. Jak například zdůrazňuje Vágnerová (2012, s. 355), určitými obtížemi trpí takto nemocní lidé často ještě před vlastním propuknutím nemoci, především v oblasti navazování kontaktu s ostatními lidmi ve svém okolí. Je navíc obvyklé, že nemoc často již trvá několik let, než je vůbec diagnostikována a než začne nemocný člověk vůbec svoje potíže řešit s lékařem. Bohužel - čím delší je takové období, tím horší je prognóza vývoje nemoci (CMHCD 2011, s. 8).

Opožděné stanovení diagnózy má ale také další následky, především ve finanční oblasti. Pro přiznání invalidního důchodu je potřeba, aby člověk, který o něj žádá, splnil minimální dobu účasti na důchodovém pojištění. Nejde-li o invaliditu z mládí, kdy je diagnóza stanovena před osmnáctým rokem života, a kdy vzniká nárok na invalidní důchod III. stupně i bez této podmínky, je potřeba, aby žadatel měl před stanovením diagnózy nějaké zaměstnání či legálně podnikal, tedy aby ze svého příjmu platil povinné sociální pojištění. Minimální doba účasti na důchodovém pojištění se mění v závislosti na stáří, ve věku 20 – 22 let stačí dva roky. Je-li ale občanovi již více než 28 let, pak se jedná již o 5 let, navíc se také zkoumá, splnil-li tuto podmínku během posledních deseti let, je-li mu více jak osmatřicet let, pak je třeba splnit podmínku pojištění během posledních dvaceti let před vznikem invalidity (Veselíková 2019).

Takovéto podmínky pro získání invalidního důchodu někteří vážně duševně nemocní lidé nesplňují. Často selhávají již během studií, diagnóza je jim však stanovena až s několikaletým zpožděním, takže už jim nemůže být přiznán invalidní důchod na základě invalidity z mládí. Protože vlivem své nemoci mnohdy nepracují, nebo pracují pouze krátkodobě, nesplňují podmínky účasti na důchodovém pojištění. Navíc také rodina, na jejíž úkor žijí a která je finančně podporuje, začíná situaci řešit pozdě, většinou až tehdy, je-li už unavena z neustálého řešení problémů svého nemocného člena. Je také běžné, že duševně nemocný člověk sice pracuje, ale má tak nízké příjmy, že je-li mu pak následně vypočítán invalidní důchod<sup>1</sup>, je velice nízký a nestačí na pokrytí životních potřeb. Zrovna tak se stává, že lidé s duševním onemocněním ze strachu z kontaktu s okolím zůstávají doma, kdy jsou finančně zajišťováni členy své rodiny, takže se pak ocitají v tísní ve chvíli, kdy je již podporovat nemohou, často z důvodu jejich úmrtí.

*Kazuistika č. 1: Paní Lence je nyní 62 let, pracovala pouze v mládí, od svých šestnácti do cca třiceti pěti let. Rodinu nikdy nezaložila, od svého mládí docházela nepravidelně na psychiatrii pro opakované úzkostné stavy, o invalidní důchod však nikdy nepožádala. Továrnu, kde byla zaměstnána, poté zavřeli, proto zůstala doma s rodiči, do práce již nikdy nenastoupila. Následně se starala o svoji nemocnou matku, kdy žila z jejího důchodu, o příspěvek na péči požádala až pět let před její smrtí. Po smrti matky byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení, byt, který měla s matkou pronajatý, již nemohla platit, navíc byl ve značně špatném stavu. Nyní je ubytována v nájemních bytech*

---

<sup>1</sup> Základní výměra invalidního důchodu činí 3 490 Kč procentní výměra závisí na počtu odpracovaných let a průměru hrubých výdělků (Veselíková 2019)



*organizace. Následně jí byl přiznán invalidní důchod, ale protože nemá splněnu dobu pojištění, nemá nárok na výplatu. Pokouší se sice již několik měsíců pracovat, ale zvládat pracovní tempo i nároky na práci je pro ni obtížné, navíc vzhledem k tomu, že má jen základní vzdělání, může vykonávat jen úklidové práce. Své bydlení hradí částečně ze sociálních dávek, po zaplacení všech potřebných nákladů jí tak měsíčně zbývá cca 2000,- Kč.*

### 1.3 Funkční narušení

Ve snaze převést informace do měřitelných dat schopných validního srovnání byly také v sociálních službách pro skupinu SMI vyvinuty metody, které měří funkční narušení jedince, a které umožňují poskytovatelům sociálních služeb hodnotit účinnost intervencí a plánovat další. V českých podmínkách je zřejmě nejčastěji používán klinický nástroj GAF (Global Assessment of Functioning), podle něhož se posuzuje aktuální úroveň zneschopnění na základě stanovených škálovacích kritérií<sup>2</sup>. Uživatelé sociálních služeb mají stav skóre 50 a níže, jsou tedy přibližně na 50 % souhrnného postižení (CMHCD 2011, s. 7). Psychiatrická reforma ovšem ve svém konceptu Center duševního zdraví počítá se skórem mnohem vyšším, a to se skórem rovným nebo menším než 70 (Reforma péče o duševní zdraví 2017, s. 5).

Škálovací kritérium pro skóre 50 hodnotí klinický stav jako vážné poškození fungování, kdy takový jedinec selhává alespoň v jedné oblasti sociálního fungování, tedy např. nezvládá své pracovní vytížení, má problémy se zákonem, selhává v důsledku úzkosti nebo trpí vážným zhoršením v úsudku. Jedinci se skórem 70 mají trvalé mírné potíže ve fungování, které mohou mít přetrvávající potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování, ale mají nadále zachovány smysluplné mezilidské vztahy.

Funkční narušení je tedy v podstatě příčinou toho, že se jedinci s vážným duševním onemocněním ocitají v sociálně nepříznivé situaci, která je podle sociálního zákona hlavním důvodem k tomu, aby jim byla poskytována sociální služba. Sociálně nepříznivá situace je „... oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto

---

<sup>2</sup> škálovací kritéria jsou k nahlédnutí v příloze č. 1

řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením ...“ (zákon 108/2007, §3, odst. b).

Simpson, Moriarty (2014, s. 6) vyjmenovávají tři nejčastější oblasti života, v nichž jedinci s vážným duševním onemocněním nejvíce selhávají, a to malý nebo nízký příjem, nezaměstnanost a problémy v oblasti bydlení. Remmers, Bähler (2013, s. 15) přidávají ještě neschopnost řešit své somatické zdraví, selhávání při vzdělávání a při navazování funkčních vztahů.

Podobně vidí situaci také čeští autoři. Probstová (2010, s. 133) uvádí, že občané s duševním onemocněním potřebují podporu v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva nebo ve specifických oblastech jako je rodinná psychoterapie a poradenství. Zrovna tak mají problémy orientovat se v komunitě, kontaktu s okolním světem se totiž bojí a vyhýbají se mu, navíc je poměrně častým jevem, že nemají náhled na vlastní nemoc. Nemívají dostatečné sociální dovednosti a nejsou tak schopni zajistit si základní životní potřeby (Vágnerová 2014, s. 326, Stuchlík 2001, s. 10 - 11).

Jak navíc zdůrazňuje Sochorová (2008, s. 112), specifikem duševního onemocnění je současný výskyt mnohočetných potřeb, a to zdravotních i sociálních, klient se tedy často ocitá hned v několika takových sociálně nepříznivých situacích najednou. Příkladem může být kazuistika pana Františka:

*Kazuistika č. 2: Pan František (54 let, chronická schizofrenie) byl navázán na službu krátce po smrti své matky, která se o něho po celou dobu nadstandardně starala. Klient nebyl schopen orientovat se v běžných životních situacích. Neměl ponětí o tom, že je potřeba na něho přepsat nájemní smlouvu i platbu veškerých energií, nevěděl si rady s tím, jak vyřídit dědické řízení. Brzy také bylo zřejmé, že pan František neumí hospodařit se svým příjmem, svůj důchod byl schopen utratit během týdne. Klient selhával také v oblasti osobní hygieny, nakupování, úklidu nebo zajištění stravy. Nebyl schopen dodržovat termíny u lékaře ani komunikovat s úředníky při získávání sociálních dávek. Poměrně komplikované se ukázaly být rovněž vztahy se sousedy i s majitelem bytu. Byt samotný byl navíc poměrně veliký a ve špatném technickém stavu, takže vyvstala otázka, jak dále v oblasti zajištění bydlení pokračovat (kazuistika má své pokračování v kapitole 2.3)*

## 1.4 Krize a ohrožení krizí

Babiaková, Venglářová (2006, s. 272) charakterizují psychickou krizi jako nestabilní situaci, způsobenou vnějšími či vnitřními procesy nebo jejich kombinací, jejíž vyřešení je nejisté. Taková krize mění navyklý způsob života, vyvolává pocity ohrožení a stresu a přesahuje běžné schopnosti jedince se na ni adaptovat či použít vhodné obranné mechanismy.

Ve službách s duševně znevýhodněnými lidmi je však myšlena většinou krize psychotická, a to ve smyslu relapsu nemoci, kdy dochází k návratu jejich akutních příznaků. Nejčastěji je způsobena nedbalostí v užívání léků, poměrně často je však relaps vyvolán i nečekanými událostmi v okolí, ať už negativními jako je úmrtí či rozvod nebo pozitivními jako je stěhování či svatba.

Sami členové terénních týmů vnímají krizi u uživatelů svých služeb jako situaci, kdy „... klient přestane brát léky, nebo léky přestanou zabírat, není s námi v kontaktu, nedochází na psychiatrii a třeba mu hrozí vyhození z práce...“ a kdy „... hrozí, že bude hospitalizován...“. Charakterizují ji jako „... změnu stavu oproti normálu...“ kdy „... si klient něco osobního prožívá... ztrácí schopnost se o sebe postarat a ocitá se v nebezpečí... sám o sobě nedovede fungovat... ohrožuje sebe nebo okolí...“. Je to situace, kdy „... klient potřebuje pomoci...“ (zdroj: rozhovory s informanty).

## 1.5 Shrnutí kapitoly

Jak vyplývá z předchozích kapitol, potýkají se klienti s SMI s různými druhy problémů, které se často vyskytují společně a snižují tak jejich možnost se vyrovnat se svojí situací. Jejich nemoc má mnohaleté trvání, a vlivem zdravotního, funkčního či sociálního znevýhodnění se tak často dostávají do sociálně nepříznivé situace, kterých se ale může vyskytovat více najednou a které je ohrožují na kvalitě jejich života. Takovéto situace často přinášejí do života těchto lidí krizi, se kterou si nevědí rady a jejíž nezvládnutí je ohrožuje na životě a zdraví.

## 2 Poskytování sociálních služeb lidem s vážným duševním onemocněním

Ačkoliv je individuální práce s klienty ukotvena legislativně, konkrétní metody sociální práce zákon neuvádí. Ve službách pro občany s duševním onemocněním od počátku 90. let, kdy u nás vznikaly první neziskové organizace, je proto možné sledovat určitý vývoj ve způsobu poskytování podpory uživatelům. Od individuální případové práce, kdy šlo o úzkou spolupráci mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem, se postupně začalo přecházet ke case managementu, který do podpory uživatele začal zahrnovat další poskytovatele sociálních, zdravotních i jiných služeb. Jeho další nadstavbou je pak multidisciplinární způsob poskytování péče, který vytváří týmy složené z různých profesí, takže může poskytovat komplexní podporu uživatelům s vícečetnými problémy.

V organizaci, kde pracuji a v níž byl výzkum prováděn, lze vysledovat kombinaci všech výše zmíněných metod. Samotný multidisciplinární přístup v sobě zahrnuje jak případovou práci, tak case management, proto jsou v dalších podkapitolách tyto metody popsány. Cílem je pak ukázat, jak vlastně vzniklo multidisciplinární poskytování služeb a z čeho vychází, a je tak teoretickým základem k dílčímu cíli DC1 (*zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmů v sociálních službách pro vážně duševně nemocné*).

V první podkapitole této části jsou však nejprve charakterizovány obě základní strany, které do procesu poskytování služeb vstupují. Jedním z důvodů je moje potřeba vysvětlit používání slov klient – uživatel, neboť oba pojmy se v teoretické i praktické části vyskytují. Zrovna tak výzkum pracuje se souslovím klíčový pracovník, kdy se zajímá o to, jak se jeho role změnila, proto pokládám za důležité tuto problematiku blíže vysvětlit a poskytnout tak východisko pro dílčí cíl DC4 (*zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka v sociálních službách pro vážně duševně nemocné*).

### 2.1 Příjemce a poskytovatel sociálních služeb

Jako každá služba, i služba sociální, má na jedné straně někoho, kdo službu poskytuje – poskytovatele, na druhé někoho, kdo službu přijímá – tedy příjemce. V praktické části jsou tyto termíny zastoupeny pojmy *klíčový pracovník* a *uživatel služeb*, ačkoliv

v samotné stati používám také jiných pojmů, které pokládám za ekvivalentní nebo které jsou používány v rámci metody, kterou popisuji.

### **Klíčový pracovník**

Klíčový pracovník je v oblasti přímé péče tím, kdo službu poskytuje, zákon však nspecifikuje, jak osobu, která s klientem spolupracuje, nazývat. Stanovuje však, jaké by měla mít vzdělání. Na této pozici bývají obvykle pracovníci v sociálních službách, kteří musí mít absolvován akreditovaný kvalifikační kurz, nemají-li zdravotnické nebo sociální vzdělání, tento kurz musí absolvovat do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání. Zrovna tak tuto roli zastávají sociální pracovníci, kteří mají v tomto oboru vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání (zákon č. 108/2006 Sb., §116 a §110).

Podle Vítové (2011, s. 115) jde o takového zaměstnance organizace poskytujícího sociální služby, který je určen uživateli, aby s ním během služby vytvářel individuální plánování a hodnotil naplňování cílů. Stává se tak jeho partnerem, důvěrníkem a průvodcem. Navrátil (2017, s. 12) ho charakterizuje jako experta na proces řešení problémů, který v procesu spolupráce podporuje uživatele v tom, aby tyto klíčové problémy reflektoval, a specifikoval, čeho a jak chce dosáhnout. Expertem na obsah života by měl přitom ale nadále zůstat klient.

Pojem klíčový pracovník bývá ponejvíce spojen s případovým poskytováním sociálních služeb, tzv. case work. V metodě case managementu podobnou úlohu zastává tzv. case manažer (viz dále). Jeho pozice je však mnohem pestřejší, mimo podoby terapeuta, poradce či průvodce navíc vyhledává a zprostředkovává služby v rámci komunity (Stuchlík 2001, s. 9). V multidisciplinárním způsobu poskytování služeb pak už nemusí jít pouze o klíčového pracovníka nebo case manažera, ale o jiného člena týmu, kdo může být klientovi další blízkou osobou.

Je zřejmé, že role klíčového pracovníka se v jednotlivých způsobech poskytování mění, a to především ve smyslu spolupráce nejen s klientem samotným, ale také s ostatními osobami, poskytovateli či organizacemi, které jsou do podpory uživatele služby zapojeni. Zrovna tak je proměnlivý charakter individuálního plánování. Zatímco u případové sociální práce je tvorba plánů otázkou úzké spolupráce klíčového pracovníka a klienta, v case managementu jde již vlastně o tzv. plán péče, do kterého vstupují další

poskytovatelé, v multidisciplinárním týmu pak mohou být do plánování zapojeni také ostatní členové týmu.

### **Uživatel služeb**

Pojem uživatel, jak uvádí Janebová (2014, s. 83), je myšlen ve smyslu žadatele, který poptává nějakou službu, je pak tedy jejím uživatelem. Pojem však bývá kritizován pro svoji odlidštěnost a formálnost, navíc má tento výraz v sobě obsaženu závislost, kdy je uživatel závislý na tom, kdo mu službu poskytuje. Označení uživatel, jak dále podotýká autorka, navíc připomíná situaci žadatele poptávajícího sociální dávku na úřadě práce, a to spíš vyvolává pocit pasivity.

Proto se nadále celkem běžně používá slovo klient, pocházející z latinského *client*, tedy chráněncem, svěřencem, poddaný. I tento pojem však, jak podotýká Jandourek (2012, s. 125) nebo Matoušek (2008, s. 83) v sobě určitou podřízenost klienta, danou historickým ukotvením, obsahuje, a vzbuzuje tak pocit pasivity a závislosti. Janebová (2014, s. 83) však upozorňuje, že v průběhu času se jeho vnímání změnilo, kdy se začalo více používat v oblasti obchodu. Klientem je dnes tedy vlastně zákazník nebo zadavatel, který je ve vztahu s poskytovatelem výrobku či služby ve zcela rovnoprávném vztahu.

Ve výzkumné části je pracováno s pojmem uživatel, neboť tento pojem má organizace, kde byl výzkum konán, ve svých metodických materiálech. Přesto i v rámci této organizace se označení *klient* běžně používá. Já osobně vnímám oba pojmy jako téměř ekvivalentní, ve stati je používám oba. Vždy však mám na mysli lidského jedince, který se ocitl v tíživé životní situaci, a který vyhledává podporu a pochopení, nebo ji vyhledávají jeho blízcí.

## **2.2 Case work**

Případová sociální práce neboli case work<sup>3</sup>, je metodou práce, která má nejdelší tradici, její počátky se datují do doby konce první světové války, kdy k ní teoretické základy poskytla Mary Richmond svojí publikací *Social Diagnosis*, která vyšla v roce 1917 v New Yorku (*History of Social Work* 2009). Dnes je všeobecně vnímána jako práce s jednotlivým případem, čímž se však ne vždy musí myslet jedna konkrétní osoba, ale také například manželský pár nebo rodina (Matoušek 2008, s. 81). Podle Pospíšila (2017,

---

<sup>3</sup> V práci je záměrně používán také anglický ekvivalent pro případovou sociální práci – case work, v některých částech práce to pokládám za přehlednější.

s. 6) byla případová práce u nás do praxe zavedena v roce 2002, a to v souvislosti s vydáním prvních standardů kvalit sociálních služeb. Case work má svoji podporu v legislativě, a to především ve vyhlášce 505/2006 Sb., a v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb.

V dnešním pojetí je case work vykonávána v několika krocích, na začátku je doporučení klienta do služby, pokračuje zhodnocením jeho potřeb, stanovením cílů, sestavením plánů intervencí, realizací plánu a jeho zhodnocením. Hlavním znakem případové sociální práce, který ji odlišuje od dalších dále popsanych metod, je skutečnost, že jde vlastně o dialog mezi pracovníkem sociální služby a uživatelem služby, do něhož již nikdo jiný nevstupuje. Case work je tedy postavena na úzkém a spolupracujícím vztahu mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem.

V případové sociální práci je v první řadě uplatňován tzv. participativní modus, který by měl podporovat spolupráci mezi sociálním pracovníkem a klientem a vést tak k řešení jeho nepříznivé sociální situace. Důraz je přitom kladen nejen na společné domlouvání cílů spolupráce, ale také na partnerství, posilování a transparentnost. Měl by to tedy být především klient, který pojmenuje svoje problémy, zvolí si cestu k jejich vyřešení a následně pak hodnotí, jak se mu řešení podařilo. Sociální pracovník přitom podporuje klienta při rozvoji jeho schopností tak, aby klient své problémy vyřešil co nejvíce samostatně, přičemž mu je schopen jasně a srozumitelně vysvětlit všechny stránky jejich vzájemné spolupráce tak, aby uživatel celému procesu spolupráce rozuměl (Navrátil 2017, s. 11 – 12).

Dalším nezbytným nástrojem případové sociální práce je individuální plánování, tedy dojednávání toho, jakým konkrétním způsobem bude klientovi služba poskytována a jaké bude mít zaměření (Haicl, Haiclová 2011, s. 26). Poměrně názorně vystihuje tento proces Johnová (2011, s. 5), když uvádí, že cílem je ujasnit si, co bude předmětem spolupráce mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služeb. Na jeho začátku je zmapováno, v jaké situaci se ocitá člověk, s nímž navazujeme spolupráci, potom dochází ke společné dohodě o tom, co je potřeba změnit a jak by nová situace, ke které míříme, měla vlastně vypadat. Na základě toho je pak vytvořen plán, tedy postup, který by nás měl k cíli dovést. Ten je během procesu vyhodnocován, upravován a dopracováván.

Výše popsané skutečnosti jsou legislativně ukotveny. Sociální zákon určuje sociálním službám povinnost vytvořit svým klientům takové podmínky, při kterých by mohli

uplatnit vlastní svobodnou vůli při řešení své nepříznivé sociální situace. Pak je teprve možné projednávat s nimi jejich požadavky, očekávání a osobní cíle, následně vytvořit individuální plán přizpůsobený jejich osobním cílům, potřebám a schopnostem, a ten pravidelně společně vyhodnocovat (zákon č. 108/2006 Sb. v § 88, vyhláška č. 505/2006 Sb. standard 1,3 a 5).

Další popsané způsoby poskytování služeb z metody case work vycházejí, přebírají výše popsané kroky, kterými se případová práce řídí, drží se postupů stanovených zákonem, zrovna tak také uplatňují participativní modus a individuálně plánují. Do sociální práce však přinášejí další prvky a principy, a to především v oblasti širšího zapojení dalších odborností do podpory klientů, čímž sledují snahu sociální služby zkvalitnit a více je zpřístupnit dalším zájemcům.

*Kazuistika č. 3: Typickým příkladem případové sociální práce je případ pana Aleše, který za mnou přišel asi před pěti lety poté, co mu byl zvýšen nájem. Pan Aleš měl invalidní důchod III. stupně ve výši cca 8 000,- Kč, se kterým doposud vycházel, protože nájemné měl ve výši cca 4 000,- Kč. V té době však docházelo k masivnímu nárůstu nájmu v rámci celého kraje, tedy se dotklo také pana Aleše. Vysvětlila jsem mu systém sociálních dávek, hlavně příspěvku na bydlení, ukázala jsem mu, kde se vyzvedávají formuláře, jak se vyplňují a také jsem ho několikrát doprovodila na úřad práce. Pan Aleš se postupně naučil formuláře vyplňovat, zrovna tak se také naučil jednat s úřednicemi, asi po půl roce službu ukončil s tím, že si již sociální dávku umí vyřídit sám. Šlo tedy o klasickou případovou sociální práci, do níž byl zapojen pouze klient a jeho klíčová pracovnice.*

### 2.3 Case management

Dnes již poměrně známou a stále častěji používanou metodou je case management, který se začal v zahraničí uplatňovat již v sedmdesátých letech minulého století v souvislosti s deinstitucionalizací sociální péče, primárně pro duševně nemocné pacienty. Postupně se začala tato metoda objevovat také ve službách pro seniory, delikventy, uživatele se závislostí nebo klienty s mentálním postižením (Nepustil 2011, s. 76).

Ačkoliv v zahraničí jde tedy už o více jak padesátiletou praxi v této metodě, neustálila se její jednotná definice, navíc, jak zdůrazňují Powell, Hussein (2019, s. 3), typů case managementu existuje poměrně veliké množství. Autoři sami považují za nejjednodušší



definici Amerického sdružení case managementu (Case Management Society of America – CMSA), která tuto metodu popisuje takto:

*„... case management pomáhá lidem orientovat se ve zdravotnické péči a komunitních službách tak, aby našli řešení, které funguje...“* (volně přeloženo z angličtiny) (CMSA, in Powell, Hussein 2019, s. 5).

Komise pro certifikaci manažerů, sídlící v New Jersey v USA (CCMC - Commission for Case Manager Certification) nebo anglické sdružení case managementu (CMSUK - Case Management Society UK) charakterizují v podstatě case management jako proces spolupráce, který zhodnocuje, plánuje, realizuje, koordinuje, monitoruje a vyhodnocuje možnosti a služby, které podporují klienta v řešení jeho zdravotní a sociální situace, naplňují klientovy individuální potřeby, a to pomocí komunikace a dostupných zdrojů. Hlavními prvky tohoto procesu jsou advokacie, komunikace, řízení zdrojů a efektivní využití nákladů (CCMC 2019, CMSUK 2019).

U nás jde stále ještě o poměrně novou metodu, která začala pronikat do sociálních služeb až počátkem tohoto století. Stuchlík (2001, s. 9) uvádí, že nejčastěji se překládá jako případové vedení, ačkoliv sám autor to nepovažuje za příliš přesné označení. Toto slovní spojení je však nejbližší českému překladu obou slov, kdy case znamená případ a management vedení, organizování. Ve shodě se zahraničním pojetím je také u nás vnímán jako koordinovaná činnost, při níž je kladen důraz na spolupráci klienta s jeho klíčovým pracovníkem, tzv. case manažerem a dalšími zapojenými osobami, a která využívá dostupné zdroje podpory (Szoťáková 2013, s. 13). V novějším pojetí, které se nyní prosazuje v práci s duševně nemocnými, se však case management začíná také více vnímat ve smyslu asertivní komunitní léčby (Stuchlík 2001, s. 9). Jde již v podstatě o metodu multidisciplinárního poskytování služeb, o které bude psáno v dalších kapitolách.

Powell, Hussein (2019, s. 3) vyjmenovávají tři základní prvky, které se během vývoje case managementu promítají do všech jeho forem. Centrem pozornosti je klient, jehož volba je v procesu rozhodující, důraz je kladen na rozpočtově promyšlený management zdrojů, přičemž základním prvkem je sestavení efektivního a bezpečného plánu poskytování podpory.

V oblasti péče o vážně duševně nemocné popisuje proces case managementu podrobněji Stuchlík. Na začátku je potřeba vybudovat s klientem vztah, což někdy bývá složité,

protože je běžné, že lidé s duševním onemocněním nemají na svoji situaci náhled. Proto je nutné v počáteční fázi projevit empatii, poskytnout dostatek času a jasně a srozumitelně vysvětlit smysl služeb. Navázání terapeutického vztahu mezi case manažerem a klientem je základním předpokladem k tomu, aby se proces mohl rozvinout (Stuchlík 2001, s. 19 – 21).

Je-li vztah navázán, pak je možné přistoupit k vyšetření. Cílem je získat ucelený obraz klientových potřeb a schopností, zrovna tak ale také zjistit možnosti okolního prostředí. V podstatě jde o rozhovor mezi case manažerem a klientem, který je zaměřený na popis sociálně nepříznivé situace, v níž se uživatel vyskytuje. Autor doporučuje zahrnout do tohoto procesu také osoby, které jsou klientovi blízké, kterým věří a s jejichž přítomností souhlasí. Informace, které jsou získávány, se liší v závislosti na situaci a klientovi, všeobecně však autor doporučuje zaměřit se na sebeobsluhu a klientovy denní aktivity, fyzické a duševní zdraví, na jeho schopnosti a způsob života, na bydlení, finanční zajištění a na síť, která v současné chvíli poskytuje klientovi podporu (Stuchlík 2001, s. 21 – 26).

Vyšetřením vznikne poměrně obsáhlé množství informací o klientovi, které je v další fázi potřeba konstruktivně využít. K řešení situace by však měli case manažer i klient přistupovat jako partneři, konečné rozhodnutí by mělo být na uživateli služeb, vycházet by se mělo z klientových silných stránek. Výsledkem by měl být individuální plán péče, který je dynamický a mění se v závislosti na tom, jak se mění klientovy potřeby a výsledky (Stuchlík 2001, s. 26 – 27). Na rozdíl od případové sociální práce je tedy individuální plán sice výsledkem spolupracujícího vztahu mezi klientem a jeho case manažerem, ale je do něho zapojeno více osob, které jsou zahrnuty do podpory uživatele služeb.

*Kazuistika č. 4: Ačkoliv organizace nemá metodu case managementu ve svých metodikách přímo zavedenu, principy case managementu jsou v ní uplatňovány poměrně dlouhodobě. Příkladem je již výše zmíněný příklad pana Františka, který se odehrál již v roce 2011. V té době jsem v terénním týmu pracovala pouze několik měsíců a o metodě case managementu jsem neměla moc informací, přesto jsem zcela přirozeně začala navazovat spolupráci s ostatními poskytovateli a institucemi v okolí, chtěla-li jsem případ vyřešit. Metodu případového vedení jsem využila při vyřizování dědického řízení, přepisu nájemní smlouvy a plateb energií, které jsme řešili společně s klientem. V oblasti bydlení jsem navázala vztah s majitelem bytu a s městem, nakonec se podařilo najít panu Františkovi*

*malý byt v bytové zástavbě, kde ho nikdo neznal, čímž byly vyřešeny komplikované vztahy s okolím. V oblasti zajištění stravy, hygieny a úklidu jsem navázala spolupráci s místní pečovatelskou službou. Protože nácviky finančního hospodaření s klientem se opakovaně setkávaly s neúspěchem a hrozilo, že se pan František dostane do svízelné dluhové situace, která by znemožnila řešit jeho bytovou, zdravotní i sociální situaci, bylo nakonec ve spolupráci se soudem a sociálním odborem města zahájeno soudní řízení ohledně omezení svéprávnosti. To bylo na moji žádost urychleno, což následně umožnilo zajistit pravidelné platby nájmu, energií i dalších služeb. Situaci se tak podařilo stabilizovat asi po půl roce od vstupu klienta do služeb organizace.*

## **2.4 Multidisciplinární poskytování služeb**

### **2.4.1 Důvod zavádění multidisciplinárních služeb**

Pro označení týmové práce se v zahraničí i u nás vžil v posledních letech pojem multidisciplinární, protože význam předpony multi- je nejbližší tomu, co je od multidisciplinárních týmů očekáváno. Nejčastěji se její význam vysvětluje totiž jako zahrnující mnoho větví, mnohonásobně se opakující. Multidisciplinární přístup se tedy v tomto kontextu dá obecně vysvětlit jako přístup vyžadující vzájemnou spolupráci naprosto rozdílných disciplín (Pružina in Kodymová 2015, s. 5).

Potřebu zavést pro uživatele s vážným duševním onemocněním multidisciplinární způsob poskytování péče zdůrazňují čeští autoři již několik let. Sochorová (2008, s. 112 - 113) doporučuje zavádění multidisciplinárních týmů, protože jeden specialista není schopen zcela pokrýt mnohočetné potřeby klientů. Pro zajištění komplexnosti péče proto autorka doporučuje mít v týmu širší zastoupení různých znalostí a dovedností, které by se navzájem doplňovaly, spolupracovaly a rovnocenně podílely na rehabilitačním plánu.

Probstová (2010, s. 133 – 134) uvádí, že komplexnost potřeb, které lidé s duševními problémy mají, vyžaduje kvalitní zdravotní i sociální služby, které by spolu měly vzájemně spolupracovat. Mělo by jít tedy o týmovou spolupráci profesionálů z obou zmíněných sfér, které by byly vzájemně rovnocenné a partnerské. Tak by pak v komunitě byly služby dostupné, flexibilní, orientované na klienty a uzpůsobené jejich životům.

Potřebu postupného zavádění multidisciplinárního poskytování péče u nás zmiňuje ve Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013 Ministerstvo zdravotnictví, které mezi

cíle této reformy zahrnuje i zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb (MZ 2013, s. 9).

#### 2.4.2 ACT

Někteří autoři (Stuchlík 2001, s. 9), jak bylo již uvedeno výše, považují asertivní komunitní léčbu, známou pod zkratkou ACT (z anglického Assertive Community Treatment) za jeden z typů case managementu. Od klasického case managementu se však, jak podotýkají Simpson, Moriarty (2014, s. 6), liší především tím, že nabízí svým klientům široké spektrum služeb poskytované přímo v komunitě jedním multidisciplinárním týmem.

Jak dále uvádějí autoři (Simpson, Moriarty 2014, s. 6, Remmers, Bähler 2013, s. 15), byl model ACT vynalezen Leonardem Steinem, Mary Ann Testovou a jejich dalšími kolegy v roce 1978, tedy již před více jak čtyřiceti lety, a to ve městě Madison, hlavním městě státu Wisconsin v USA. Od té doby byl adaptován v mnoha dalších státech a zemích, přičemž postupně vznikaly jeho další variace.

Nejsilnější stránkou ACTového týmu je jeho multidisciplinární složení<sup>4</sup>, které umožňuje poskytovat v komunitě různé druhy služeb a nabízí také variabilní pohledy na řešenou situaci. Tým obvykle sestává z deseti plných úvazků<sup>5</sup> a poskytuje služby přibližně stovce uživatelů (Simpson, Moriarty 2014, s. 6, Remmers, Bähler 2013, s. 5 a s. 20).

Multidisciplinární složení týmu umožňuje reagovat na různé situace, takže není vždy nutné zdlouhavě vyhledávat další zdroje v komunitě. Takový terénní tým je pak schopen řešit zdravotní otázky klientů jako je medikace, somatické problémy či zajištění hospitalizace, reagovat na otázky v oblasti bydlení či finančního zajištění nebo poskytnout individuální trénink cestování či zajištění domácnosti. To je uskutečňováno právě případovým sdílením na častých a pravidelných schůzkách všech členů týmu. Dalším silným bodem modelu ACT je také poskytování služeb 24 hodin denně 7 dnů v týdnu, takže může reagovat včas na krizové situace. Zrovna tak je výhodou nízký počet uživatelů služeb. ACT tým poskytuje služby přibližně stovce klientů, což umožňuje, aby

---

<sup>4</sup> vzhledem k tomu, že multidisciplinární složení ACT týmů je totožné s multidisciplinárním složením FACT týmů, nebudu zde tuto problematiku blíže specifikovat, bude o ní psáno v následující kapitole

<sup>5</sup> v zahraničí je ale obvyklé poskytovat zaměstnancům i úvazky menší, takže prakticky může jít o vyšší počet pracovníků nežli deset

každý člen všechny uživatele znal a byl tak schopen zajistit intenzivní službu tam, kde je to potřeba (Bond, Drake 2015, s. 240).

Jak již bylo řečeno na začátku kapitoly, jsou také mnohé další modely inspirovány touto metodou práce. Ve Velké Británii je například možné se setkat s metodou AOT – Assertive Outreach Team, v některých evropských zemích pak na těchto principech vznikla metoda RACT - Resource-group Assertive Community Treatment (Nordén, Norlanden 2014, s. 87 – 88). Holandskou modifikací je metoda FACT - Flexible Assertive Community Treatment, která bude v následující kapitole vzhledem k zaměření výzkumu podrobněji popsána.

### 3 FACT model

Když se před čtyřmi roky organizace, v níž byl výzkum uskutečněn, začala zajímat o to, jak ve svých terénních týmech vybudovat multidisciplinaritu, nechala se inspirovat již zmíněným modelem FACT. V Nizozemí jde o ověřený a metodicky ukotvený způsob komplexního poskytování služeb, který má i svoji certifikaci. Proto nelze konstatovat, že by organizace touto metodou pracovala, jde spíše o aplikování některých hlavních principů do svých služeb, především pak v oblasti práce s krizí a případového sdílení.

Přesto je model FACT hlavním východiskem pro současnou praxi poskytování služeb v terénních týmech organizace. Proto je v této kapitole podrobněji popsán tak, aby bylo poskytnuto teoretické východisko všem čtyřem cílům kvalitativního výzkumu. Dílčí cíl DC1 *zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmů v sociálních službách pro vážně duševně nemocné* je teoreticky vysvětlen v subkapitole 3.2, v níž se o takto složených týmech pojednává. Subkapitola 3.3 popisující případové sdílení pak ukotvuje dílčí cíl DC2 *zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu poskytujícího sociální služby pro vážně duševně nemocné dochází k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad*. Východiskem pro dílčí cíl DC3 *zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelům s vážným duševním onemocněním ocitajícím se v ohrožení krizí* je subkapitola 3.4 věnovaná práci s krizí. Konečně kapitola 3.5 nazvaná Role klíčového pracovníka podchycuje dílčí cíl DC4 *zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka v sociálních službách pro vážně duševně nemocné*.

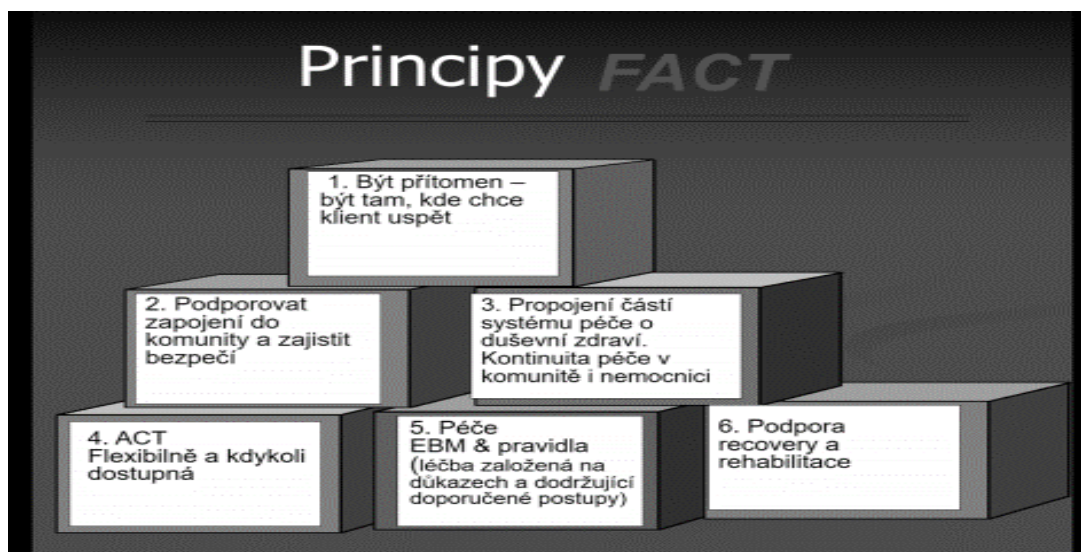
#### 3.1 Obecná východiska

Jak uvádějí Remmers, Bähler (2013, s. 4 - 66), odhaduje se, že se v komunitě z celkového počtu 100 % lidí s vážným duševním onemocněním vyskytuje přibližně 20 % těch, kteří se ocitají v takové nepříznivé sociální situaci, která je pro ně ohrožující. Právě na těchto 20 % lidí je zaměřen výše popsán model ACT, který počítá s tím, že po stabilizaci situace klienta bude tento přecházet do běžných služeb. Model FACT je však schopen

poskytovat služby celé skupině lidí s SMI v rámci oblasti, v níž FACT tým operuje, a to tak, že přepíná mezi intenzivním poskytováním služeb metodou ACT a méně intenzivnějším poskytováním služeb metodou case managementu. Reaguje tak na skutečnost, že se mnoho klientů do služeb ACT týmů vrací, protože opakovaně selhávají.

V Holandsku tento model vyvinul psychiatr J. R. van Veldhuizen spolu s psychologem M. Bählerem. První terénní týmy pracující touto metodou vznikaly v Nizozemí v roce 2003, v roce 2017 jich v Holandsku působilo více jak 400. Týmy poskytují služby na základě akreditace CCAF (Certification Centre for ACT and Flexible ACT, Centrum pro certifikaci ACT a FACT týmů), které bylo za tím účelem vytvořeno v roce 2008, a které používá speciálně vytvořenou hodnotící škálu (tzv. fidelity scale). Na jejím základě udělují vyškolení auditoři týmům body, při dostatečném počtu získaných bodů je jim potom udělena certifikace.

Model FACT je vystavěn na sedmi základních principech, jimiž se řídí a které znázorňuje následující obrázek.



Obrázek 1 Principy FACT (zdroj: REMMERS, J. VAN VELDHUIZEN, BÄHLER MICHIEL, 2013. Manuál flexible assertive community treatment (FACT). Vize, model, praxe a organizace. Překlad Vavřínková Martina)

Členové terénních týmů docházejí za svými klienty kamkoliv je potřeba, ať je to domů, do práce, k jeho rodině nebo do kavárny v centru města, prostě kamkoliv, kde se chce daný jedinec začlenit do běžné komunity. Tím sledují tu skutečnost, že trénink dovedností je nejúčinnější v přirozeném prostředí. Aby pomohli uživateli jejich služeb

se do společnosti začlenit a vytvořit tak širší podpůrnou síť, spolupracují nejen s ním, ale také s jeho rodinou, sousedy, dobrovolníky či nejrůznějšími institucemi v okolí jako je pečovatelská služba nebo bytová agentura. Terénní týmy se také zaměřují na aktivní vyhledávání lidí s duševním onemocněním v rámci oblasti, v níž operují, protože tito jedinci často služby nevyhledávají, ať je to již z důvodu strachu či neznalosti. Zrovna tak jsou členové týmu úzce navázáni na nejbližší zdravotnická zařízení v okolí. Ačkoliv cílem podpory je hospitalizacím předcházet, není toto vždy možné. Proto terénní týmy aktivně spolupracují s nemocnicemi i lékaři, takže v případě relapsu mohou zajistit rychlou hospitalizaci. Dojde-li k hospitalizaci včas, je potom stabilizace stavu krátkodobější a pacient pak může být propuštěn domů mnohem dříve. Klient však formou návštěv dostává podporu i v nemocnici, takže po jeho návratu domů má okamžitě zajištěnu navazující pomoc. Je ovšem potřeba podotknout, že na rozdíl od českých podmínek jde v Nizozemí o integrovaný a propojený systém ambulantních a zdravotnických služeb s jasně vymezenými pravidly a povinnostmi.

Poměrně důležitým prvkem modelu je pak přepínání formy poskytování služeb, a to mezi metodou ACTu, která je intenzivní a někdy i každodenní, a case managementem, kdy za klientem dochází jeho klíčový pracovník jen podle potřeby jednou za určený čas (viz dále). Značný důraz je pak kladen na rehabilitaci a tzv. recovery, kde se uplatňuje především peer konzultant (Remmers, Bähler 2013, s. 4 - 66),

Zmíněný pojem *recovery* je poměrně nový termín, se kterým je však možné se i v současné české praxi sociálních služeb pro duševně nemocné setkat poměrně často. Recovery, neboli zotavení, někdy také sebeúdrava, označuje osobní proces, během něhož se jedinec naučí vyrovnat se se svojí nemocí. Získá tak znovu ztracenou důvěru v sebe sama, znovu najde sílu vrátit se do života a do společnosti a najde nový smysl života (Hollander, Wilken 2016, s. 48). Jak však podotýkají Pěč, Probstová (2009, s. 125), neznamená to, že duševní nemoc je zcela vyléčena, ale jde o stav, kdy dokáže člověk žít kvalitním a plnohodnotným životem i přesto, že se s touto nemocí nadále léčí.

Na principu recovery je vystavena pozice **peer konzultanta**. Jde o člověka, který sám prošel fázemi nemoci, prožil její ataku, léčil se s ní, ale nyní je už schopný žít kvalitním životem, být zaměstnán a stát se tak rovnocenným členem terénních týmů.



### 3.2 Multidisciplinárni složení týmů

Model FACT klade důraz na integrovaný multidisciplinárni tým, který nemusí vyhledávat příliš mnoho služeb v komunitě. Většinu z nich je totiž schopen zajistit sám, protože je složen z různých pracovních pozic s rozdílnou specializací. Zároveň jde ovšem také o terénní tým určený pro oblast, kde sídlí. V Holandsku jsou proto FACTové týmy rozmístěny tak, aby poskytovaly služby v regionu o 40 – 50 tisíci obyvatelích, obvykle pak mívají ve svých službách 200 – 250 uživatelů, přičemž tým zaměstnává 10 – 11 členů na plný úvazek.

Samozřejmou součástí týmů jsou case manažeři, z nichž někteří mají vzdělání **psychiatrické sestry**, jiní jsou **sociální pracovníci**. Ti přímo spolupracují maximálně s 25 uživateli, přijímají je do služby, spolupracují s nimi na jejich individuálních plánech a pravidelně je kontaktují. Vyhodnotí-li to jako potřebné, pak mohou ke spolupráci vyzvat jakéhokoliv dalšího člena týmu v závislosti na tom, jaký problém se svým klientem řeší.

Pro stanovení diagnózy, léčebného plánu a předepisování léků je v týmu samozřejmě **psychiatr**, a dále také psycholog nebo **psychoterapeut**, kteří zajišťují další léčbu. Důležitou roli hraje v týmu **peer konzultant**, který má vlastní zkušenost s nemocí. Ačkoliv obvykle není klíčovým pracovníkem, přispívá často tím, že tvoří jakousi spojkou mezi klienty a jejich case manažery, pomáhá klientům pochopit svoji nemoc, najít vhodnou službu a poskytnout radu. V týmu bývá také **specialista na závislosti** a také tzv. **IPS** (Individual Placement and Support), neboli specialista na zaměstnávání. Zrovna tak ale může být členem týmu **koordinátor**, který v přímé péči nepracuje, ale organizuje práci týmu, sestavuje potřebné materiály nebo vede každodenní porady (Remmers, Bähler 2013, s. 10 - 26).

V českých podmínkách se postupně tvoří týmy podobně složené, rozdíl bývá pouze v roli case manažera, protože u nás tuto funkci vykonávají ve většině případů pouze sociální pracovníci, zatímco v Holandsku naopak většinou zdravotní sestry. To je dáno historickým vývojem sociálních služeb, kdy se do těchto sfér začaly v Nizozemí rekrutovat právě zdravotní sestry, zatímco u nás se zdravotní a sociální služby vyvíjely odděleně.

### 3.3 Shared caseload

V metodě case work má jeden klíčový pracovník na starosti jednoho klienta, kterého podporuje v naplňování všech stanovených cílů. Metoda případového sdílení, tzv. shared caseload<sup>6</sup>, naproti tomu umožňuje, aby s jedním klientem mohlo spolupracovat více lidí, kteří s ním jsou v kontaktu, navštěvují ho a řeší s ním problémy v závislosti na profesi, kterou vykonávají. V podstatě je tedy klient sdílen celým týmem. Tento princip se uplatňuje především v období krize nebo ve stavu, kdy je klient krizí ohrožen, například z důvodu plánovaného stěhování, úmrtí v rodině či ztráty zaměstnání. Podpora uživatele služeb je intenzivní a komplexnější, protože je do ní zapojeno více odborností. Zrovna tak je možné poskytnout intenzivnější podporu člověku, který se právě vrátil z nemocnice do doby, než je situace stabilizována či tomu, kdo aktuálně řeší více problémů najednou.

Shared caseload však není určeno pro všechny klienty, kterým FACT tým služby poskytuje. Je-li uživatel bez obtíží, stačí mu podpora svého case manažera. Klient se pak mimo case manažera samozřejmě setkává s psychiatrem, obvykle občas ještě také s peer konzultantem nebo s IPS v případě, že se rozhodl najít si zaměstnání. Vyhodnotí-li však case manažer či jiný člen týmu, že se klient ocitá v krizi nebo že by potřeboval řešit své problémy ještě s někým jiným, pak je po dohodě s uživatelem přizván ke spolupráci další odborník.

K tomu, aby k takovému sdílení mohlo docházet, je potřeba dobré spolupráce týmu. Ten se proto setkává každé ráno na pravidelných ranních poradách, kde si členové týmu sdílejí informace a plánují další postupy intervencí. Porady trvají obvykle půl hodiny a jsou pro každého člena povinné (Remmers, Bähler 2013, s. 10 - 26).

### 3.4 Práce s krizí

Hlavním principem v případě, že je klient ohrožen krizí nebo se v ní už nachází, je především intenzivní případové sdílení. K tomu týmy používají nástroj, tzv. FACT board. Jde vlastně o jakousi tabuli, kterou FACTové týmy každé ráno promítají na speciálně upravenou zeď tak, aby ji všichni členové mohli vidět, a do níž určený člen týmu během porady zapisuje potřebné údaje.

Tabulka č. 1 FACT board (zdroj: vlastní, upraveno na základě podkladů z práce terénního týmu)

Klient	Zač. příp. sdílení	Diagnóza	Důvod umístění	Sociální síť	Co se dosud vyřešilo/co je potřeba řešit	Naplánované intervence
Gabriela	12.1.	Depresivní porucha	Propuštěna z nemocnice po vážném onemocnění plic	Spolupracuje s námi její sestra	Má termíny na plicním (17.2.), na psychiatrii (25.2.), zajištěny pečovatelské služby, docházet začnou od 24.2., postupně začneme intenzitu snižovat	Po 17.2. Mirka – zajistí doprovod k lékaři Út 18.2. Honza – vyplní s ní žádanku o PnP St – Pavlína – pouze návštěva,
Jiří	3.2.	schizofrenie	Nový klient, mnohočetné problémy	V kontaktu jsme s paní, která u něho uklízí	Nutno zajistit lékařské termíny a zjistit, jak to má s ID	Út – Pavlína, půjde s ním na ČSSZ, zjistí důchod Pá – Mirka, objedná ho k lékaři

Tabule je primárně určena k plánování jednotlivých služeb u klientů, jejichž jména jsou na tabuli zapsána. Jde o takové uživatele, u nichž někdo z týmu vyhodnotil, že by potřebovali intenzivnější poskytování služeb. O nich se pak každé ráno hovoří, plánují se intervence, hodnotí se nastavený postup či se mluví o tom, jak dále postupovat. Intenzivnější poskytování služeb rozložené mezi více členy týmu jednak pomáhá lépe uchopit situaci a stabilizovat ji, zároveň však také chrání zaměstnance před vyhořením. Vyhodnotí-li tým, že již klient intenzivní služby nepotřebuje, je z tabule vymazán a je mu opět poskytována méně intenzivní služba formou case managementu, kdy je s ním ve spojení jeho klíčový pracovník. Tak nemusí být uživatel předáván do jiných služeb,

<sup>6</sup> Podobně jako v případě case work jsou v práci používány oba pojmy, tedy český případové sdílení, a anglický shared caseload.

navíc očitne-li se v ohrožení krizí, je tým poměrně rychle schopen poskytovat mu opět intenzivnější podporu (Remmers, Bähler 2013, s. 10 - 45).

*Kazuistika č. 5: Příklad prevence před vyhořením je případ pana Luboše. S panem Lubošem byla navázána spolupráce během jeho hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Hospitalizaci dobře zvládal, brzy se jeho stav stabilizoval a pan Luboš si přál vrátit se domů. Po několika cvičných dvoudenních pobytech doma bylo nakonec usouzeno, že je schopen s mírnou podporou bydlet samostatně. Pan Luboš byl propuštěn s tím, že bude se službou aktivně spolupracovat. Po jeho návratu však toto rozhodnutí okamžitě padlo. Klient začal hned první den intenzivně pít, s pracovníky služby odmítal komunikovat, domluvené návštěvy lékaře neakceptoval, ačkoliv mu byl zajištěn dovoz. Léky postupně přestal brát, sám o sebe nedbal. V bytě se začaly hromadit prázdné lahve a odpadky, takže místnost začala zapáchat, zrovna tak ale chátral i klient sám. Klient odmítal nejen spolupracovat se službou, ale nechtěl ani zařídit pomoc pečovatelské služby, ačkoliv finančně byl dobře zajištěn. Zrovna tak začala být situace neúnosná také pro sousedy, protože pan Luboš při svých návratech z nákupu alkoholu znečišťoval společné prostory, navíc zápach z bytu pomalu pronikal do vedlejších bytů. Služba zavedla u klienta intenzivní návštěvy, v rozmezí 4 – 3 krát do týdne, které však ani neměly tak smysl podpory, ale kontroly. Opakovaně byla ke klientu volána rychlá záchranná služba, policie nebo hasiči v případě, že neotvíral.*

*Šlo o poměrně náročnou situaci, především pro samotné členy týmu. Bylo potřeba vyrovnat se s tím, že klient ohrožuje sám sebe, aniž by mu bylo možné pomoci, s tím, že není zcela naplňován princip sociálních služeb, kdy má jít především o spolupráci, ale také se strachem, že při následující návštěvě již nemusí být uživatel naživu. Pro jednoho klíčového pracovníka by takováto situace byla naprosto zničující, proto se pracovníci v návštěvách u klienta střídali. Společné zapojení všech členů týmu, vzájemná podpora a pomoc pomohly však situaci zvládat a zrovna tak poskytly oporu ve chvíli, kdy skutečně klient zemřel a bylo tak potřeba smířit se s neúspěchem.*

### **3.5 Role klíčového pracovníka**

Klíčovým pracovníkem se v modelu FACT myslí case manažer, jehož role je velmi pestrá, a který tak musí být schopen měnit ji podle situace. Podle Remmerse, Bählera (2013, s. 38 - 40) musí klíčový pracovník umět přepínat mezi několika různorodými

funkcemi podle toho, jak to vyžaduje aktuální situace. Může být poradcem a pomocníkem v oblasti bydlení, hospodaření nebo sociálních dávek či podpůrcem při řešení vztahů s rodinou nebo se sousedy. Zrovna tak ale zprostředkovává služby, ať již v rámci týmu nebo komunity, jindy je tím, kdo klienta aktivizuje, zprostředkovává mu společenský kontakt, je ale běžné, že je také pouhým posluchačem a průvodcem v období smutku.

Mnohé tyto role vykonává klíčový pracovník také v případové sociální práci. V multidisciplinárním týmu je ale kladen mnohem větší tlak na schopnost spolupracovat, koordinovat služby a dohodnout se na vzájemném a jednotném postupu.

Jak již bylo řečeno, má klíčový pracovník na starosti přibližně 25 klientů, o nichž toho ví nejvíce. Proto je to většinou on, kdo včas rozpozná, že je něco v nepořádku, a kdy je na čase požádat ostatní členy o spolupráci. Znamená to ovšem, že je schopen situaci svého klienta sdílet, včas požádat o pomoc, aktivně spolupracovat při intenzivním případovém sdílení nebo si vyslechnout názory ostatních členů týmu.

Zrovna tak ale case manažer musí být ochoten kdykoliv se podílet na intenzivním případovém sdílení u dalších uživatelů, které má tým v péči nebo přispět pomocí či radou podle své odbornosti a zkušeností.

Zásadní rozdíl je pak v oblasti individuálního plánování. Stejně jako v případové sociální práci má klíčový pracovník na starosti vznik, hodnocení i aktualizaci individuálních plánů. Na jejich vzniku a průběhu se však nepodílí jen on a uživatel, ale podle potřeby jsou jeho součástí i další členové týmu, kteří jsou do podpory klienta zapojeni.

### **3.6 Shrnutí kapitoly**

Ačkoliv byl model FACT vyvinut v jiných podmínkách, jsou jeho principy použitelné také v českém prostředí ve službách pro duševně nemocné a poskytují teoretický rámec k tomu, jak pracovat v multidisciplinárních týmech. V organizaci, kde byl výzkum prováděn, se nejvíce prosadilo případové sdílení a práce s krizí, pomalu se tam také uplatňuje princip multidisciplinarity, ačkoliv přivádění nových odborností do týmu selhává na finančním zabezpečení.

## 4 Prosazování principů modelu FACT v organizaci

Jestliže byla v předešlém textu problematika služeb pro duševně nemocné včetně principů multidisciplinární péče probrána na základě komparace odborných zdrojů, klade si tato kapitola za cíl završit tuto problematiku bližším přiblížením organizace, v níž byl výzkum prováděn. Měla by tak poskytnout závěrečné a komplexní informace ke všem čtyřem cílům výzkumné části, která následuje.

### 4.1 Charakteristika organizace

Platforma Fokus ČR sdružuje 10 samostatných neziskových organizací umístěných v sedmi krajích republiky, jejichž posláním je podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním (Fokus ČR 2020). První Fokusy vznikaly již na počátku 90. let, kdy byla také vytvořena organizace Fokus Liberec, o. p. s.

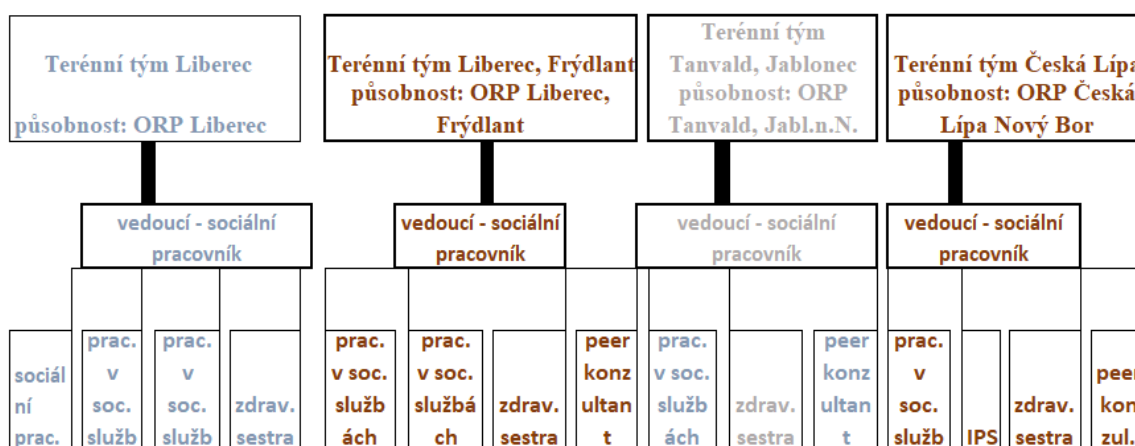
Posláním organizace je podporovat duševně nemocné v jejich samostatném rozhodování, jednání a řešení jejich sociální, pracovní i zdravotní situace. Organizace proto zřizuje sociální služby chráněného a podporovaného bydlení, pracovní a sociální rehabilitace a terénní programy. Zároveň je také zaměstnavatelem, zaměstnává více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením, a to jednak na chráněných pracovních místech, a jednak na běžných pracovních místech, která jsou částečně přizpůsobena potřebám osob se zdravotním postižením (Fokus Liberec 2020).

Organizace je řízena stabilním vedením s mnohaletými zkušenostmi. Ředitelka organizace byla na počátku vzniku organizace, vedoucí ekonomického úseku i vedoucí psychosociální rehabilitace působí v organizaci již více jak 15 let. Tradičními službami, které organizace poskytuje, je chráněné bydlení a sociálně terapeutická dílna, jejichž vedoucí vedou malé týmy o 3 – 6 zaměstnancích. Chráněné bydlení je v současné době umístěno v Liberci – Krásné Studánce a v České Lípě, služba sociálně terapeutické dílny se poskytuje v Liberci a Jablonci nad Nisou.

Ze služeb terénních má pak organizace zaregistrovány služby sociální rehabilitace a podpory samostatného bydlení, které působí v šesti oblastech, a to v ORP Liberec, Frýdlant, Jablonec, Tanvald, Česká Lípa a Nový Bor, jde tak zhruba o dvě třetiny libereckého kraje. Tyto služby jsou poskytovány čtyřmi terénními týmy, z nichž dva sídlí v Liberci, přičemž jeden z nich zasahuje také na Frýdlantsku, další je umístěn v České Lípě a jezdí také na Novoborsko a čtvrtý má svoji kancelář v Tanvaldu, ačkoliv operuje

také v Jablonci nad Nisou a okolí. V současné chvíli mají tyto týmy ve svých službách celkově přibližně kolem 150 uživatelů.

Jde o poměrně malé týmy, v nichž se princip multidisciplinarity uplatňuje velmi pozvolně. První zdravotní sestra byla do týmu v Liberci přijata v roce 2017, o rok později pak do druhého libereckého týmu nastoupila první peer konzultantka, o rok později zdravotní sestra. Během roku 2018 se podařilo zapojit zdravotní sestru také do týmu v České Lípě, následně se pak připojila také peer konzultantka, zrovna tak již zde rokem operuje pracovnice, věnující se zaměstnávání (IPS). Terénní tým Tanvald, který vznikl teprve na konci roku 2018, byl pak sestaven ze sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a zdravotní sestry na samém počátku, během roku 2019 byl přijat také peer konzultant. Zapojení dalších odborností se zatím nedaří, především z důvodu nedostatečných finančních zdrojů na mzdové ohodnocení.



Obrázek 2 Složení terénních týmů (zdroj: vlastní)

#### 4.2 Projekt Podpora FACT modelu v ČR

S nástupem první zdravotní sestry se organizace začala zajímat o to, jakým způsobem pracovat v týmech složených z více pracovních disciplín. Pomoc poskytlo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále CMHCD – Centre for Mental Health Care Development), které v té době zahájilo projekt Podpora FACT modelu v České republice, jehož cílem bylo s využitím holandského know-how pomoci organizacím ke zkvalitnění služeb a rozvoji přiblížením se organizačnímu modelu poskytování komunitní péče FACT.

Jednalo se o dvouletý projekt, který byl zahájen v září v roce 2016, a do něhož se přihlásilo celkem 10 organizací s 26 terénními týmy. V rámci projektu bylo přímo

v Holandsku vyškoleni dvanáct evaluátorů, kteří potom na základě přeložené nizozemské metodiky hodnotili, jak se české terénní týmy modelu přibližují. Šlo vlastně o tzv. cvičné audity, které vycházely ze škály používané pro certifikaci terénních týmů holandským Certifikačním centrem CCAF. Zatímco nizozemské terénní týmy na tomto základě dostávají platný certifikát a tím také svolení poskytovat nadále své služby, v našich podmínkách šlo pouze o dobrovolnou aktivitu, která si kladla za cíl srovnat míru kvality poskytovatelů služeb pro duševně nemocné s holandským standardem.

Cvičné audity probíhaly ve dvou vlnách, první z nich v období od dubna do října 2017, druhá v období od března do července 2018. Auditóři tedy navštívili každý terénní tým dvakrát, čímž jim byl poskytnut prostor k tomu, aby mohli své postupy a metody více modelu přiblížit a porovnat je (Stuchlík, Říčař 2018, s. 2 – 22, CMHCD 2018)<sup>7</sup>.

### 4.3 Aplikování principů modelů FACT do terénních týmů

Zatímco s příchodem první zdravotní sestry do terénního týmu začala organizace pozvolna rozvíjet princip multidisciplinarity, potřeba zavést případové sdílení nastala až po nástupu první peer konzultantky. Zdravotní sestra totiž začala, jak bylo do té doby zvykem, pracovat formou případové sociální práce, svoji odbornost pak využívala spíše k edukaci členů týmu tak, aby jim poradila, jak řešit somatické problémy jejich uživatelů.

S nástupem peer konzultantky, která neměla být nikomu klíčovým pracovníkem, však nastala potřeba více se sdílet a naplánovat, za kým bude docházet a jakým způsobem budou intervence u klientů probíhat. Proto tým, kam nastoupila, zavedl častější krátké porady, kde se o klientech, kam docházelo více pracovníků, hovořilo, a kde se také probírali uživatelé, jejichž situace byla poměrně komplikovaná, a u nichž se, po vzoru holandského modelu, začalo střídát více členů týmu. V té době totiž tento tým poskytoval službu poměrně náročným uživatelům, takže zkušenost, že na řešení situace nejsou členové týmu sami, že se mohou vzájemně podpořit, vystřídat se a nést za intervence společnou odpovědnost, byla pro ně pozitivní a poskytla prevenci proti vyhoření.

Do doby, než organizace vstoupila do již zmíněného projektu, se zde uplatňovala metoda case work, ačkoliv místy nesla také prvky case managementu. V podstatě měl každý

---

<sup>7</sup> Více je možné se o projektu dozvědět v elektronické publikaci STUHLÍK, Jan, ŘÍČAŘ, Pavel. *FACT v České republice. Blížkost holandskému modelu v praxi komunitních služeb* [on line] Praha: CMHCD, 2018, 22 s. [vid. 2019-02-28]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Souhrnna-zprava-FACT\\_FINAL.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Souhrnna-zprava-FACT_FINAL.pdf)



pracovník několik klientů, jimž dělal klíčového pracovníka, s nimiž spolupracoval, sestavoval individuální plány a podporoval je při plnění jejich cílů, nikdo další do této spolupráce nevstupoval. Takto se služby poskytovaly tradičně již několik let, proto inovaci formou shared caseload ne všichni pracovníci přivítali a v některých týmech se ještě dodnes úplně nezažila.

Prvním krokem k zavedení shared caseload bylo tedy již postupné zavádění častějších porad, ale protože svolávání schůzek se svými podřízenými je nadále v kompetenci vedoucí týmu a není zatím metodicky ukotveno, je intenzita krátkých porad různorodá. Podle modelu FACT by měla být každý pracovní den, této skutečnosti však téměř žádný terénní tým nedosahuje. Četnost konání těchto porad byla součástí výzkumu a je uvedena dále.

Týmy se v průběhu projektu FACT model pokusili použít českou variantu FACT boardu. Protože však nedisponují promítacími zařízeními, museli k tomu používat své pracovní počítače, což bylo poměrně komplikované. Systém, který je v současné chvíli používán k evidenci služeb, umožňoval využít tabuli k zapisování intervencí služeb, jde však pouze o přepisovací tabulku, která neudrží historii služeb, takže se tato praxe neuchytila. Některé týmy proto své porady nadále klasicky zapisují do wordového dokumentu, některé je pouze evidují v evidenci služeb, tedy FACT board v současné chvíli nepoužívá žádný z týmů.

#### **4.4 Shrnutí kapitoly**

Hlavní principy modelu FACT se pokouší terénní týmy pozvolna uplatňovat od roku 2017. Jde ovšem o velmi pozvolný proces, který se v jednotlivých týmech liší, není metodicky ukotven a jde spíše o doporučení, přičemž míra aplikace je čistě dobrovolná a v rukou vedoucích týmů.

Přesto je zřejmé, že vzhledem k současnému trendu poskytovat komplexní služby, do nichž by mělo být zapojeno více odborníků, bude potřeba případové sdílení v organizaci nadále podporovat a rozvíjet. Aby však bylo jasné, jakým směrem a jak se v tomto směru ubírat dál, je nejdříve potřeba provést šetření, které by ukázalo, jak jsou principy modelu FACT v týmech zažity, jak se uplatňují a jak se je daří aplikovat do poskytovaných služeb.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 5 Metodika výzkumu

V dále představeném výzkumu jde o formativní evaluaci, jejímž cílem je zjistit prováděné intervence v terénních týmech organizace z hlediska zavádění holandské metody FACT tak, aby organizace, v ní byl výzkum prováděn, měla podklady pro své další směřování. Výzkum se přitom zaměřil na čtyři hlavní oblasti, v nichž se terénní týmy snaží uplatňovat nizozemské zkušenosti, a to na rozvoj multidisciplinárních týmů, uplatňování metody shared caseload, práci s krizí a roli klíčového pracovníka.

#### 5.1 Formulace problému

Organizace Fokus Liberec o.p.s. se do projektu CMHCD *Podpora FACT modelu v České republice* (viz teoretická část) zapojila se svými třemi terénními týmy, které v době zahájení projektu byly malé, vzhledem k obsazení různých profesí poměrně homogenní, a které začaly pracovat modelem práce FACT až v průběhu projektu. Čtvrtý tým, který byl založen na nové pobočce, se pak pokoušel metodu případového sdílení uplatňovat od začátku svého vzniku, tedy v době, kdy byl již projekt ve své druhé půlce. Jde však přesto již o více jak dvou letou zkušenost se zaváděním případového sdílení. To je totiž hlavním principem, které tyto terénní týmy adaptovaly z holandského modelu.

Vzhledem k tomu, že vývoj terénní práce vzhledem k multidisciplinaritě je jedním z hlavních směrů, kterými se chce organizace v budoucnu ubírat, vyvstala potřeba zhodnotit, jak tento model funguje, jaké jsou jeho přínosy a slabiny a zdali přináší potřebné výsledky.

#### 5.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je kvalitativním šetřením **zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmů, metody práce formou případového sdílení, intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí a nově pojatou roli klíčového pracovníka v modelu práce FACT v sociálních službách pro vážně duševně nemocné.**

Výzkum si v rámci naplnění hlavního cíle klade tyto čtyři dílčí cíle (cíle 1. řádu), které byly rozpracovány do cílů dílčích 2. a 3. řádu:

**DC1 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmů v sociálních službách pro vážně duševně nemocné.**

***DC 1.1 Zjistit, jaké jsou přínosy multidisciplinárně složeného týmu.***

DC 1.1.1 Zjistit, jak přínosy multidisciplinárně složeného týmu hodnotí členové týmu.

DC 1.1.2 Zjistit, jak přínosy multidisciplinárně složeného týmu hodnotí uživatelé poskytovaných služeb.

DC 1.1.3 Zjistit, jak přínosy multidisciplinárně složeného týmu hodnotí vnější pozorovatelé.

***DC 1.2 Zjistit, jaké jsou slabiny multidisciplinárně složeného týmu.***

DC 1.2.1 Zjistit, jak slabiny multidisciplinárně složeného týmu hodnotí členové týmu.

DC 1.2.2 Zjistit, jak slabiny multidisciplinárně složeného týmu hodnotí uživatelé poskytovaných služeb.

DC 1.2.3. Zjistit, jak slabiny multidisciplinárně složeného týmu hodnotí vnější pozorovatelé.

Teoretické ukotvení k tomuto cíli poskytují především podkapitoly 2.4, 3.2 a 4.1.

**DC2 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu poskytujícímu sociální služby pro vážně duševně nemocné dochází k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.**

***DC 2.1 Zjistit, jaké jsou přínosy, dochází-li v rámci týmu k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.***

DC 2.1.1 Zjistit, jak přínosy intenzivního případového sdílení hodnotí členové týmu.

DC 2.1.2 Zjistit, jak přínosy intenzivního případového sdílení hodnotí uživatelé poskytovaných služeb.

DC 2.1.3 Zjistit, jak přínosy intenzivního případového sdílení hodnotí vnější pozorovatelé.

***DC 2.2 Zjistit, jaké jsou slabiny, dochází-li v rámci týmu k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.***

DC 2.2.1 Zjistit, jak slabiny intenzivního případového sdílení hodnotí členové týmu.

DC 2.2.2 Zjistit, jak slabiny intenzivního případového sdílení hodnotí uživatelé poskytovaných služeb.

DC 2.2.3 Zjistit, jak slabiny intenzivního případového sdílení hodnotí vnější pozorovatelé.

Teoretickým východiskem k této problematice byly nejvíce podkapitoly 3.3 a 4.3.

**DC3 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelům s vážným duševním onemocněním ocitajícím se v ohrožení krizi**

***DC 3.1 Zjistit, jaké jsou přínosy intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi.***

DC 3.1.1 Zjistit, jak přínosy intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi hodnotí členové týmu.

DC 3.1.2 Zjistit, jak přínosy intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi hodnotí uživatelé poskytovaných služeb.

DC 3.1.3 Zjistit, jak přínosy intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi hodnotí vnější pozorovatelé.

***DC 3.2 Zjistit, jaké jsou slabiny intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi.***

DC 3.2.1 Zjistit, jak slabiny intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi hodnotí členové týmu.

DC 3.2.2 Zjistit, jak slabiny intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi hodnotí uživatelé poskytovaných služeb.

DC 3.2.3 Zjistit, jak slabiny intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizi hodnotí vnější pozorovatelé.

Teoretickým východiskem pro sledování této problematiky byly především subkapitoly 1.4, 3.4 a 4.3.

**DC4 Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka v sociálních službách pro vážně duševně nemocné.**

**DC 4.1 Zjistit, jaké přínosy jsou vnímány v nově pojaté roli klíčového pracovníka.**

DC 4.1.1 Zjistit, jaké přínosy v nově pojaté roli klíčového pracovníka vnímají členové týmu.

DC 4.1.2 Zjistit, jaké přínosy v nově pojaté roli klíčového pracovníka vnímají uživatelé poskytovaných služeb.

DC 4.1.3 Zjistit, jaké přínosy v nově pojaté roli klíčového pracovníka vnímají vnější pozorovatelé.

***DC 4.2 Zjistit, jaké slabiny jsou vnímány v nově pojaté roli klíčového pracovníka.***

DC 4.2.1 Zjistit, jaké slabiny v nově pojaté roli klíčového pracovníka vnímají členové týmu.

DC 4.2.2 Zjistit, jaké slabiny v nově pojaté roli klíčového pracovníka vnímají uživatelé poskytovaných služeb.

DC 4.2.3 Zjistit, jaké slabiny v nově pojaté roli klíčového pracovníka hodnotí vnější pozorovatelé.

Východiska k této problematice byly popsány především v subkapitole 2.1, 3.4 a 4.3.

Výsledky získané výzkumem pak budou předány organizaci, která je bude moci využít v dalším rozšiřování multidisciplinárního přístupu v poskytování služeb svým uživatelům.

### **5.3 Zdůvodnění volby výzkumné strategie**

Pro realizaci výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum, a to proto, že ve výzkumu šlo především o zjištění, jak informanti hodnotí používání nových metod ve svých terénních týmech. Výzkum byl prováděn jako formativní evaluace, proto bylo snahou získat co nejvíce informací. Z toho důvodu byla také použita technika polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje na základě předem stanovené osnovy rychleji reagovat na odpovědi informantů, řadit otázky podle potřeby a možností účastníků výzkumu nebo je upřesňovat doplňujícími otázkami.

Ačkoliv se tedy rozhovor řídil předem danou osnovou na základě transformační tabulky (viz dále), byly otázky pokládány poměrně volně, a byly přizpůsobeny individuálně potřebám informantů tak, aby pro ně nebyl výzkum příliš náročný. Snahou naopak bylo, aby šlo o příjemný bezpečný rozhovor.

Především v případě dotazování informantů ze skupiny S2 (viz dále), u nichž je pravděpodobné, že budou opatrní a nedůvěřiví, bylo dotazování uzpůsobeno tak, aby bylo srozumitelné, a aby v něm nebylo žádné ohrožení. Uživatelé služeb, byli-li z týmu, kde nepracují, a tedy mě neznali, mohli mít u sebe svého klíčového pracovníka nebo jinou osobu, které důvěřují. Protože otázky nijak osobní nebyly, je málo pravděpodobné, že by přítomnost další osoby mohla výzkum nějak výrazně ovlivnit. Zrovna tak ve dvou případech, kdy se výzkumu účastnil také rodinný příslušník, byl rozhovor uskutečňován za přítomnosti klienta i rodiny zároveň, protože tak to bylo pro informanty příjemnější. Zajímavé je, že i v tomto případě podávali jak klienti, tak rodina, trochu odlišné informace, tedy je zřejmé, že výzkum tím nijak ovlivněn nebyl.

#### 5.4 Transformace dílčích cílů

Tabulka č. 2 Transformační tabulka (zdroj: vlastní)

Dílčí výzkumný cíl 1. řádu	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Dílčí výzkumný cíl 3. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
DC1	<i>Zjistit, jaké jsou přínosy multidisciplinálně složeného týmu</i>	Jak přínosy hodnotí členové týmu?	Pozitiva multidisciplinárního týmu	Jaké jsou podle Vás přínosy multidisciplinálně složeného týmu pro klienta/ člena týmu/ organizaci?
<b>Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmu</b>		Jak přínosy hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Pozitiva multidisciplinárního týmu	Jaké pro Vás plynou výhody z toho, že za Vámi dochází více různých odborníků?
	Jak přínosy hodnotí vnější pozorovatelé?	Pozitiva multidisciplinárního týmu	Jaké jsou podle Vás přínosy multidisciplinálně složeného týmu pro klienta/ člena týmu/ organizaci?	
	Jak slabiny hodnotí členové týmu?	Negativa multidisciplinárního týmu	Jaké jsou podle Vás slabiny multidisciplinálně složeného týmu pro klienta/ člena týmu/ organizaci?	
	Jak slabiny hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Negativa multidisciplinárního týmu	Jaké pro Vás plynou nevýhody z toho, že za Vámi dochází více různých odborníků?	
	Jak slabiny hodnotí vnější pozorovatelé?	Negativa multidisciplinárního týmu	Jaké jsou podle Vás slabiny multidisciplinálně složeného týmu pro klienta/ člena týmu/ organizaci?	

Dílčí výzkumný cíl 1. řádu	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Dílčí výzkumný cíl 3. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
<b>DC2</b>  <b>Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu dochází k intenzivnímu sdílení formou častých krátkých porad</b>	<b>Zjistit, jaké jsou přínosy intenzivního případového sdílení</b>	Jak přínosy hodnotí členové týmu?	Pozitiva případového sdílení	Jaké výhody vyplývají z toho, že v rámci krátkých porad dochází k případovému sdílení
		Jak přínosy hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Pozitiva případového sdílení	Jaké výhody vidíte v tom, že se členové týmu o Vaši situaci poměrně často radí?
		Jak přínosy hodnotí vnější pozorovatelé?	Pozitiva případového sdílení	Jaké výhody pro členy týmu/ klienta vyplývají z toho, že v rámci krátkých porad dochází k případovému sdílení?
	<b>Zjistit, jaké jsou slabiny intenzivního případového sdílení</b>	Jak slabiny hodnotí členové týmu?	Negativa případového sdílení	Jaké nevýhody vyplývají z toho, že v rámci krátkých porad dochází k případovému sdílení?
		Jak slabiny hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Negativa případového sdílení	Jaké nevýhody vidíte v tom, že se členové týmu o Vaši situaci poměrně často radí?
		Jak slabiny hodnotí vnější pozorovatelé?	Negativa případového sdílení	Jaké nevýhody pro členy týmu/ klienta vyplývají z toho, že v rámci krátkých porad dochází k případovému sdílení?
<b>DC3</b>	<b>Zjistit, jaké jsou přínosy intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajících se v ohrožení krizí</b>	Jak přínosy hodnotí členové týmu?	Pozitiva většího množství schůzek s klientem	Jaké výhody vidíte v tom, že je klientovi v období, kdy je ohrožen krizí, poskytována intenzivnější služba? Jaké jsou výhody pro členy týmu, jaké pro uživatele?
		Jak přínosy hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Pozitiva většího množství schůzek s klientem	Jaké jsou pro Vás výhody toho, dochází-li za Vámi v období, kdy se ocitáte v tíživé situaci, váš klíčový pracovník nebo jiný člen týmu častěji než obvykle?
<b>Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí</b>	<b>Zjistit, jaké jsou slabiny intenzivnějšího poskytování péče uživatelům ocitajících se v ohrožení krizí</b>	Jak přínosy hodnotí vnější pozorovatelé?	Pozitiva většího množství schůzek s klientem	Jaké výhody vidíte v tom, že je klientovi v období, kdy je ohrožen krizí, poskytována intenzivnější služba? Jaké jsou výhody pro členy týmu, jaké pro uživatele?
		Jak slabiny hodnotí členové týmu?	Negativa většího množství schůzek s klientem	Jaké nevýhody vidíte v tom, že je klientovi v období, kdy je ohrožen krizí, poskytována intenzivnější služba? Jaké jsou výhody pro členy týmu, jaké pro uživatele?
	Jak slabiny hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Negativa většího množství schůzek s klientem	Jaké jsou pro Vás nevýhody toho, dochází-li za Vámi v období, kdy se ocitáte v tíživé situaci, váš klíčový pracovník nebo jiný člen týmu častěji než obvykle?	
	Jak slabiny hodnotí vnější pozorovatelé?	Negativa většího množství schůzek s klientem	Jaké výhody vidíte v tom, že je klientovi v období, kdy je ohrožen krizí, poskytována intenzivnější služba? Jaké jsou výhody pro členy týmu, jaké pro uživatele?	

Dílčí výzkumný cíl 1. řádu	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Dílčí výzkumný cíl 3. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
<b>DC4</b>  <b>Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka</b>	<b>Zjistit, jak přínosy jsou vnímány v nově pojaté roli klíčového pracovníka</b>	Jak přínosy hodnotí členové týmu?	Pozitiva pro klíčového pracovníka	Jaké výhody vnímáte v nově pojaté roli klíčového pracovníka? V čem je výhodnější oproti roli původní?
		Jak přínosy hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Pozitiva pro klíčového pracovníka	Jaké výhody pro Vás přináší současná práce Vašeho klíčového pracovníka?
		Jak přínosy hodnotí vnější pozorovatelé?	Pozitiva pro klíčového pracovníka	Jaké výhody vnímáte v nově pojaté roli klíčového pracovníka? V čem je výhodnější oproti roli původní?
	<b>Zjistit, jak slabiny jsou vnímány v nově pojaté roli klíčového pracovníka</b>	Jak slabiny hodnotí členové týmu?	Negativa pro klíčového pracovníka	Jaké nevýhody vnímáte v nově pojaté roli klíčového pracovníka? V čem je méně výhodná oproti roli původní?
		Jak slabiny hodnotí uživatelé poskytovaných služeb?	Negativa pro klíčového pracovníka	Jaké nevýhody pro Vás přináší současná práce Vašeho klíčového pracovníka?
		Jak slabiny hodnotí vnější pozorovatelé?	Negativa pro klíčového pracovníka	Jaké nevýhody vnímáte v nově pojaté roli klíčového pracovníka? V čem je méně výhodná oproti roli původní?

## 5.5 Určení výzkumného souboru

V rámci výzkumu byly stanoveny tři výzkumné soubory – S1, S2 a S3. Celkově do výzkumu přispělo 30 informantů, jejich počet byl ale napříč skupinami poměrně pestrý a nejednotný.

Podle očekávání nejvíce dotazovaných bylo ze skupiny S1. Ta byla tvořena pracovníky zmíněných terénních týmů, kterých je v současné době 19. Vzhledem k tomu, že v době výzkumu došlo k personálním změnám, byli však do něho zařazeni pouze ti, kteří mají s případovým sdílením alespoň půl roční zkušenost. Z řad členů týmu se tak informanty stalo celkem 14 zaměstnanců, a to na pozici sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, peer konzultantů nebo zdravotních sester<sup>8</sup>.

Základním souborem S2 byli všichni uživatelé třech terénních týmů organizace. Jde přibližně asi o 150 uživatelů, jejichž počet se mění v průběhu času. Výběrový soubor byl však tvořen cíleným výběrem, kdy hlavním kritériem byla skutečnost, že se oslovená

<sup>8</sup> V podstatě jsou členové týmu na pozici sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách. Vzhledem k tomu, že ještě nejsou sociální a zdravotní služby propojeny, jsou také zdravotní sestry a peer konzultanti pracovně zařazeni jako pracovník v sociálních službách.



osoba ocitla během spolupráce v intenzivnějším režimu poskytování péče. Protože vzhledem k typu znevýhodnění bylo poměrně složité najít takové klienty, kteří by byli ochotni odpovídat na dané otázky, byl počet informantů v této skupině oproti jiným nejnižší. Výzkumu se tak zúčastnilo celkem 7 uživatelů služeb.

Výzkumný soubor S3 pak tvořili vnější pozorovatelé, kteří byli dotazováni za účelem získání pohledu zvenčí. Šlo o poměrně pestrou škálu informantů, největší skupinu tvořili přitom ostatní pracovníci organizace, kteří nepracují v terénních týmech, a kteří také byli nejochootnější do výzkumu přispět. Z této skupiny přispělo do výzkumu celkem 6 informantů. Ze sociální sítě uživatelů se podařilo získat pouze tři rozhovory, ačkoliv původním plánem bylo mít podklady pro výzkum především od rodinných příslušníků. To však nebylo zcela možné, protože se ukázalo, že klienti, kteří mají dobré rodinné zázemí a z jejichž sociální sítě by tedy bylo možné nějaké příspěvky do výzkumu získat, se neocitli tak často v intenzivním režimu služby. To vyplývá i ze samé podstaty intenzivní péče, kdy větší míru podpory potřebují většinou takoví jedinci, kteří ji nedostanou od svého okolí.

Tabulka č. 3 Výzkumný soubor (zdroj: vlastní)

<b>Informanti: členové terénních týmů</b>	<b>Informanti: uživatelé služeb</b>	<b>Informanti: vnější pozorovatelé (ostatní zaměstnanci organizace, blízké osoby uživatelů)</b>
<b>výzkumný soubor S1</b>	<b>výzkumný soubor S2</b>	<b>výzkumný soubor S3</b>
A1	B1	C1
A2	B2	C2
A3	B3	C3
A4	B4	C4
A5	B5	C5
A6	B6	C6
A7	B7	C7
A8		C8
A9		C9
A10		
A11		
A12		
A13		
A14		

## 5.6 Organizace výzkumu

Výzkum byl prováděn v průběhu prosince 2019, ledna a února 2020. Odpovědi informantů byly s jejich svolením ve většině případů zaznamenávány přímo do wordového souboru v počítači, kdy jsem využila skutečnosti, že umím psát poměrně rychle všemi deseti. Nahrávání rozhovorů se ve většině případů setkala s nevolí, přímé zapisování do notebooku se zdálo být pro účastníky výzkumu více snesitelné. Nahrávání se tedy uskutečnilo jen jednou, poté bylo přepsáno do textové podoby. V několika případech jsem činila poznámky ručně na papír, to bylo uskutečněno pouze u informantů ze skupiny S2, u nichž z důvodu jejich nemoci nebylo příliš komfortní ani nahrávání, ani přímý zápis do počítače.

## 5.7 Etické aspekty

S uskutečněním výzkumu v organizaci dala svolení ředitelka organizace paní PhDr. Jana Horáková, která je jejím statutárním zástupcem (viz příloha č. 4).

Informanti byli poučeni o účelu vedeného rozhovoru, bylo jim zaručeno, že jimi sdělené skutečnosti a zjištěná data budou využita jen za účelem napsání diplomové práce a následného zkvalitnění služeb organizace.

Všem informantům bylo zajištěno soukromí a příjemné prostředí, na jejich přání mohla být rozhovoru přítomna blízká osoba. Mojí snahou bylo vést rozhovor tak, abych jim svými otázkami nepodsouvala možné odpovědi, ale aby sami sdělili, jak danou problematiku vidí. Jejich názory nebyly nijak hodnoceny ani komentovány.

## 5.8 Rizika výzkumné strategie

Dá se předpokládat, že validita výzkumu může být ovlivněna tím, kdo šetření prováděl, tedy by mohl přinést rozdílné výsledky, kdyby byl veden někým, kdo v organizaci nepracuje a kdo není do zavádění případového sdílení nijak zainteresován. Především v mé osobě, coby výzkumníka, tedy mohlo dojít k poměrně značnému snížení reliability, a to hned v několika oblastech.

Protože já sama jsem byla aktivně zapojena do projektu FACT a zavádění shared caseload aktivně podporuji, mohou být výsledky výzkumu zkresleny mojí snahou prosadit v organizaci v této oblasti změny. Zrovna tak rozhovory, které jsem uskutečnila, nemusejí poskytovat zcela validní informace. Většinu informantů jsem totiž osobně znala a je

možné, že jejich snahou bylo mi vyhovět a sdělit mi pouze to, o čem se domnívají, že chci slyšet.

Toto zkreslení já sama však nepokládám za podstatné vzhledem k závěrům, které měl výzkum přinést. Šlo totiž především o to zjistit, jak se případové sdílení ujalo. Tedy skutečnost, že se na tuto problematiku ptal někdo, kdo dané oblasti rozumí, může být naopak výhodou a přispět spíše ke zvýšení reliability nežli k jejímu snížení.

Zrovna tak může být také výhodou v tom, že jsem mnohé z účastníků znala. Většina z nich se totiž nebála uvést i negativní stránky a problémy, které v dané oblasti cítí, navíc otázky nebyly nijak osobní, nezkoumaly emoce ani příběh samotného člověka, takže byly bezpečné a nehrozilo jejich zneužití.

Vzhledem k tomu, že je výzkum určen pro vnitřní využití organizace, může další riziko být v tom, že odpovědi, které informanti udávali a které byly zahrnuty do této práce, mohou být některými pracovníky organizace identifikovány. Tato skutečnost však byla ošetřena, a to tak, aby ve výsledcích nezazněla jména, formulace, které jsou pro dotazovaného typické a běžně známé, či byla popisovaná skutečnost trochu pozměněna.

## 6 Zpracování výzkumných údajů

### 6.1 Multidisciplinární složení týmů

**Dílčí cíl DC1 zjišťoval, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmu.**

V oblasti multidisciplinarity se otázky zaměřovaly nejen na zjištění pozitiv a negativ týmu složeného z více profesionálů, ale konkrétně se také dotazovaly na to, jak v týmu jednotlivé profese pracují, v čem jsou pro ně přínosem a v jakých oblastech shledávají informanti nedostatky.

K multidisciplinaritě se samozřejmě nejvíce a nejrozhodněji vyjadřovali členové týmů, kteří byli její přímou součástí a měli tedy k dané problematice co říci. Uživatelé služeb se k problematice příliš nevyjadřovali, jen někteří z nich měli potřebu zhodnotit fungování některých konkrétních pracovních pozic.

Z okruhu vnějších pozorovatelů pak danou problematiku komentovali především ostatní zaměstnanci organizace. Další, jako rodinní příslušníci či opatrovnice, většinou ani neměli o tak pestrém složení týmu moc veliké povědomí, i když všichni tři, kteří se výzkumu zúčastnili, se již setkali se zdravotní sestrou, někteří i s peer konzultantem.

#### 6.1.1 Pozitiva při celkovém hodnocení multidisciplinárně složeného týmu

Nejčastěji se vyskytujícím pozitivem byla skutečnost, že tým složený z více pracovních pozic poskytuje **více různých pohledů na řešenou problematiku**. Tento postoj zastávali především členové týmu, zrovna tak se s ním ztotožňovali také vnější pozorovatelé, kteří v organizaci pracují. Pestrost názorů je tedy viděna jako nejdůležitější, protože poskytuje možnost uchopit daný problém jinak a najít řešení, na které by jednotlivec nemusel přijít, nebo by ho nebyl schopen.

Trefně to například vyjádřila informantka A7: „... člověk není okleštěnej v tom svým, ale umožňuje to podívat se na to z jiný strany...“

Možnost posuzovat klientovu situaci více odborníky zároveň přináší i další výhodu, a to **komplexnější poskytování služeb**, kdy se jednotlivé úkoly rozdělí mezi členy týmu podle jejich specializace.

Zcela jednoduše to například popsala informantka A12: „... dobrý fakt je, že každý má na starosti něco, a většinou to, čemu prostě rozumí... na poradách se dohodneme, co kdo bude kolem klienta řešit, takže pak to je i rychlejší a propojenější...“

Poměrně často pak informanti uváděli, že multidisciplinárně složený tým přispívá k **psychohygieně**, tedy především k prevenci proti syndromu vyhoření. Nejvíce tuto problematiku popisovali především ti, kteří pracovali ve službách už dlouho a zažili tak předešlou tradiční metodu poskytování služeb formou case work. Podporu a pomoc druhých, především v práci s uživateli, kteří jsou poměrně nároční, oceňovali ale i novější pracovníci. Takto na toto téma odpovídaly například informantky A3 a A5:

„... nejdřív jsem z toho měla obavy, byla jsem zvyklá všechno dělat sama a za vše i odpovídat... ale supr je, že když je klientův případ komplikovanější, že to není jen na tom jednom pracovníkovi. Předtím mě klient hodně zahlcoval, často jsem se budila v noci, protože jsem nevěděla, jak to řešit. Ale teď je nás na to víc, je se s kým poradit... Takže jo, je to asi lepší...“

„... předtím mě to šíleně likvidovalo... si každé na začátku myslí, že to zvládne sám, a nikoho k sobě moc nechce, ale tak to není úplně dobře...“

Dva informanti pak také sdělili, že tým složený z více pracovních pozic přispívá k tomu, že **se klient nefixuje na jednoho pracovníka**. To, že s klientem pracuje více lidí, snižuje možnost, že se na jednoho z nich upne, což se může stát v případě, jde-li o poskytování služeb metodou case work, kdy je klient v kontaktu pouze s jedním pracovníkem.

Takto to potvrzují slova informantky A12: „... je to dobrý i pro toho klienta, nevytváří si závislost na jednom člověku, to je fajn, to se mi líbí. Vnímám to jako prevenci proti jeho rizikovému chování...“

### 6.1.2 Negativa při celkovém hodnocení multidisciplinárně složeného týmu

Členové týmu a ostatní pracovníci organizace téměř ve všech rozhovorech si na toto téma nejdříve většinou povzdechli, že terénní týmy **ještě tak multidisciplinární nejsou**. Většina z nich by uvítala příliv dalších profesí, především psychiatra a psychoterapeuta.

Informantka A1 si postěžovala: „... moc multidisciplinární nejsme, máme navíc pouze tu zdravotní sestru. Takže těžko říct, jak by to celé probíhalo, kdybychom byli více multidisciplinární...“

Také informantka A7 si povzdechla: „... stále nám ale chybí psychiatr, někde ho už po republice v těch terénních týmech mají, a moc se mi to líbilo, jak tam fungoval. Kdybychom ještě mohli mít informace od psychiatra a psychologa, to by bylo... takhle to děláme vlastně naslepo, moc by nám to ulehčilo práci...“

Informanti také vyjadřovali obavy, že vedoucí **nemají dostatečné dovednosti v koordinaci takových týmů**. Schopnost vést týmy tak, aby bylo možno dohodnout se na jednotném postupu i přes to, že každý vidí situaci jinak, či aby porada nesklouzla k věcem, které není potřeba řešit, pokládají za důležitou.

Tak to vidí informantka A2: „... práce v multidisciplinárním týmu je určitě pestřejší... a je to docela značný rozdíl oproti tomu, když to tak nebylo... a má to samozřejmě i své nevýhody. Práce v takovém týmu se musí totiž fakt dobře koordinovat, což my zatím tak moc neumíme...“

Informantka A10 si myslí, že „... je to poměrně nová věc, ta multidisciplinarita... nový a poměrně těžký... vyžaduje to hodně koordinace, organizace, komunikace, taky hodně a hodně přípravy... Ne každéj na to má...“

S tím souvisí i skutečnost, že se **jednotlivé profese ne vždy dokáží dohodnout**. Tuto obavu vyjadřovali ale většinou ostatní zaměstnanci organizace, členové týmů ji nezmiňovali, je tedy pravděpodobné, že samotné terénní týmy s tím problémy nemají.

Informant C2 poznamenal, že „... někdy asi může být mezi těma profesema třetí plocha... myslím, že je těžký to nějak sjednotit, když každý bojuje za svoje v rámci svojí profese...“

Tři členové týmu se také obávali, že **klient nemusí vždy zvládnout tak pestrý tým**. Vzhledem k nemoci si totiž uživatel může přát pracovat pouze s jedním pracovníkem, spolupracovat s větším množstvím lidí se obává. To se často stává především u uživatelů, kteří jsou již ve službách dlouhodobě, a kteří si zvykli, že mají pro sebe jen klíčového pracovníka. Novější uživatelé jsou totiž s touto skutečností hned na začátku seznamování, takže pak jim to nijak zatěžující nepřijde.

Informantka A7 se s tím ale přesto nějak dokázala vyrovnat: „... stalo se mi, že klient nechtěl dlouho přijmout tak velkej tým, působilo to na něho stresově, stálo to hodně moc rozhovorů, než někoho jinýho k sobě připustil...“

Další možné riziko je pak v **konkurenci mezi jednotlivými členy**. Tak to vnímali pouze dva členové týmu, kteří měli zkušenosti s tím, že jeden pracovník chtěl být u klienta oblíbenější než ten druhý a podle toho se také choval.

Informantka A6 sdělila tuto zkušenost: „... *ona to asi nemyslela zle, byla tu nová a chtěla, aby jí klienti měli rádi, a tak jim furt něco nosila a kupovala a pak klienti chtěli hlavně jí... bylo to ale nefér, opakovaně jsme to řešili na poradách a supervizích...*“

Dalším ohrožením, jak ale uvádí pouze jeden informant, může být **nepřipravenost organizace vést odborné pracovníky**. To vyplývá z toho, že organizace po dlouhá léta poskytovala pouze klasickou sociální práci, kdy zaměstnávala pouze sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, tedy přímou zkušenost s vedením zdravotních sester či jiných odborných pozic nemá.

Jednou také bylo zmíněno **nerovné platové ohodnocení**. V organizaci je zavedeno jiné finanční hodnocení zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách, zdravotní sestra má vyšší mzdové ohodnocení. Ačkoliv zaměstnanci samozřejmě navzájem neznají výši svých platů, může právě toto způsobovat určité napětí, protože v podstatě jak sestra, tak pracovník v sociálních službách, odvádějí podobnou práci, i když v rámci své vlastní profese. To může být také příčinou fluktuace a určitého napětí uvnitř týmu <sup>9</sup>.

### 6.1.3 Pozitivní hodnocení pozice zdravotní sestry

**Komunikace s lékařem a pomoc při řešení zdravotních problémů** oceňovali především uživatelé služeb, kterým podpora zdravotní sestry pomáhá překonat strach z prohlídek, zrovna tak jim poskytuje podporu, je-li potřeba vyjednat změnu léčby, zajistit další odborníky či vyřídít nejrůznější prohlídky. Odbornost zdravotní sestry v těchto oblastech však vyzdvihovali i ostatní informanti, dokonce i jeden informant ze skupiny S3 z osob blízkých.

Informantka A7 na toto téma uvádí, že „... *když klient přijde s tím, že má nějakou diagnózu, my často nevíme, o co jde, kdežto sestra ví a může tak posoudit, do jaké míry je to potřeba řešit...*“

---

<sup>9</sup> Zaměstnanci sice výši mezd svých kolegů neznají, ale její základní výměra je součástí oficiálních směrnic, které má organizace volně přístupné na svém serveru.

Uživatelé se na toto téma rozpovídali více, například informant B1 uvádí: „... zdravotní věci většinou zvládám sám, i když doprovody vítám, protože se mi často k lékaři nechce a taky se někdy i bojím...“

Zrovna tak si pozice zdravotní sestry cení informantka B4: „... asi bych jinak k tomu psychiatrovi nešla, kdyby nešel někdo se mnou... a když je to sestra, která tomu rozumí, tak mu aspoň může říct, že mi ty léky nevyhovují, to já sama se mu říct bojím...“

Opatrovnice (informantka C9) si pochvalovala: „... je dobrý, že ji máte, moc mi pomohla s přepisem zdravotní pojišťovny u klientky... a to, že jí pomohla, zařídil lázně, toho si fakt vážím...“

#### 6.1.4 Negativní hodnocení pozice zdravotní sestry

Zatímco uživatelé služeb a vnější pozorovatelé z řad blízkých osob se většinou o negativních zdravotní sestry nijak do hloubky nerozpovídali, na straně členů týmů a dalších pracovníků organizace se na adresu zdravotních sester objevovala kritika poměrně často.

Mnozí se například pozastavovali nad tím, že **zdravotní sestra ne vždy umí propojit zdravotní a sociální podstatu problému**. Největší střety pak vznikají, když zdravotní sestra má potřebu řešit somatické problémy klienta, aniž by respektovala jeho právo na vlastní rozhodnutí.

Takto to popisuje informantka A1: „... dost záleží na tom, jak je schopna přijmout to „sociálně“ a pochopit svoji náplň v tom týmu. Někdy se totiž stává, že jde více po tom zdravotním a ne vždy je schopna do toho zařadit i ty sociální věci...“

Konkrétněji to pak vystihuje informantka A4: „... víc by měly taky vzdělávat toho klienta o těch jeho zdravotních problémech, které ten klient má, a ne mu to tajit, aby ten klient vůbec věděl, ke komu chodí a proč. A ne to řešit za něj, u toho všeho by měl ten klient být. Ono je to jednoduchý, zvednout telefon a mám vyřízeno, ale to není úplně dobře, u toho by ten klient měl být přítomnej...“

S touto problematikou úzce souvisí i skutečnost, že informanti ze všech tří skupin mívají problémy s tím, že **zdravotní sestra je někdy příliš direktivní**.

Tak to ale vidí například i vnější pozorovatelé z řad dalších pracovníků organizace. Informant C1 například uvádí: „... často to berou jako když vylezli ze špitálu, hodně



*direktivně, asi se opravdu snaží, ale i tak se ke klientům chovají jako k dětem, oslovují je zdvořile, a to v klientech vzbuzuje pocit závislosti....“*

Přílišnou direktivou ale vnímají také uživatelé. Jedna klientka (informantka B3) na toto téma poznamenala: „... *podívejte se, kolik kvůli ní teď musím brát léky!!!!“* a jiný uživatel (informant B5) zase řekl, že: „... *mě furt nutí chodit k doktorovi, a tam ze mě dělá maroda, a to já přece takovej marod zase nejsem!*“

Opakovaně také zazněly pochybnosti nad **nesprávně pojatou kompetencí zdravotní sestry**. Ne vždy se totiž v týmu daří delegovat na sestru somatickou problematiku uživatelů. Tím, že je navíc sestra zařazena jako pracovník v sociálních službách, vykonává často funkci klasického klíčového pracovníka.

Hodně radikální byla na toto téma informantka A6: „... *osobně si myslím, že zrovna zdravotní sestra je v týmu úplně zbytečná, protože stejně vykonává práci asistentky... ani nemá žádné kompetence k tomu, aby tu zdravotní sestru mohla vykonávat. Sestra, aby to dávalo smysl, by měla těch kompetencí mít víc, že by třeba mohla taky aplikovat injekce a líp komunikovat s lékaři...“*

Že je to ale možné změnit, ukazuje zkušenost jiné informantky A10: „... *zdravotní setra byla na samém počátku klasickou klíčovou pracovnící, to bylo ještě v době, kdy tým zcela tak multidisciplinární nebyl... když do týmu přibily i další pozice, tak se to mohlo konečně trochu rozvinout... pak začala víc působit jako zdravotní sestra. Postupem času nakonec ty kompetence získala a to se mi zdá být úplně nejlepší...“*

### **6.1.5 Pozitivní hodnocení pozice peer konzultanta**

Pozici peer konzultanta hodnotili všichni informanti ze všech tří skupin kladně, nejvíce si cenili toho, že má **vlastní zkušenost s nemocí** a tím je klientům mnohem blíže.

Tak na to upozorňuje informantka A4 „... *jeho hlavní náplní je sdílet příběh, podporovat, motivovat... a to by se nemělo vytratit...“*

Takto to líčí informantka A3: „... *funkci peera jako profesionála vidím jako potřebnou, ostatní pracovníci nemaj ten prožitek, takže když se něco děje, ten peer to může vychytat. Je dobrý, že může mluvit o svých prožitcích, jít víc do hloubky, Nemoc se totiž dá někdy dobře zamaskovat, což ten peer spíš pozná než ty ostatní pracovníci...“*

S tím samozřejmě také souvisí další pozitivum, a **to zprostředkování prožitku klientů týmu**. Členové týmu si cení toho, že díky peer konzultantovi lépe rozumí, čím klient prochází a co cítí. Podobně hodnotí peer konzulta také vnější pozorovatelé z řad ostatních zaměstnanců organizace.

Informantka A7 to vylíčila jednoduše: „... *taky asi i líp chápu ty klienty, díky peerovi, to jak se cítí, aspoň u některých...*“

A informant C1 se domnívá: „... *to je dobrý, protože právě ten může těm lidem říct, jak to funguje, když to zná ze svých zkušeností...*“

Uživatelé služeb pak nejvíce zmiňují **podporu při náplni jejich volného času**. To vyplývá z hlavní pracovní náplně peer konzultanta, který se nejvíce věnuje vyplňování volného času klientů, kontaktním návštěvám a v některých týmech také vede volnočasové aktivity.

To je možné doložit na odpovědi informanta B1: „... *pomáhá mi lépe trávit můj volný čas, jinak bývám často doma, protože se mi samotnému nikam nechce...*“

#### 6.1.6 Negativa hodnocení pozice peer konzultanta

Je pravda, že přijetí peer konzulta, zejména na začátku, někteří členové týmů vnímali negativně. **Obavy s přijutím peer konzultanta**, ačkoliv nyní již nejsou tak značné, místy přetrvávají, někdy jsou i potvrzeny špatnou zkušeností v případě, že se peer konzultant neosvědčil.

Takovou zkušenost má například informantka A4: „... *měli jsme peerku, která během dne všechny klienty rozhodila, ona to sama neměla úplně tak srovnaný. Sama nebrala léky a naváděla je, aby je taky nebrali, motivovala je k tomu, že to je zbytečný, byla fakt zvláštní...*“

Takto svoji zkušenost naopak líčí informantka A2: „... *první jsme přijímali peerku. Na to jsme měli dokonce vlastní supervizi, tým se obával, že to nebude fungovat, že si bude ty klienty moc pouštět k tělu či je nabádat, aby šli proti nám. Nakonec se obavy nepotvrdily, peerka je platným členem týmu a její práce je opravdu vynikající...*“

Pochybnosti se vyskytly nejvíce v oblasti **bezpečí** peer konzultantů, převládaly obavy z toho, že se peer konzultant přehltní, nedokáže si včas říct, že je unavený a znovu spadne do nemoci.

Obává se toho například informantka A15: „... riziko vidím v tom, že může dojít k přetížení, že do té nemoci může ten peer znovu spadnout, že toho na něho je třeba moc a je to už pro něha zatěžující...“

Jeden informant pak vyjádřil strach z toho, že **nebudou jasně vymezeny kompetence** peer konzultanta, tedy že bude takový člověk vykonávat něco, co k jeho pozici nepatří.

Takto to vyjádřil informant A3: „... ty ostatní pracovníci můžou peera zatlačit. Přece jen je tam taky ta duševní nemoc, takže ho nemusej brát úplně vážně... nebo ho zas tak moc nechápu... taky by to nemělo sklouznout k něčemu jinému, k jiný náplni práce... pak třeba jen otvírá dveře, hlásí, kdo přišel do organizace a tak...“

### 6.1.7 Hodnocení ostatních pracovních pozic

Pouze českolipský terénní tým má zkušenosti také s pozicí IPS. Té si vesměs jak členové týmu, tak uživatelé velmi cenili. Potřeba zavést tuto pozici vznikla ze skutečnosti, že do služeb nastupovalo poměrně velké množství mladých lidí, kteří chtěli být zaměstnáni. Podle slov vedoucí služby má IPS 90 % úspěšnost při hledání pracovního uplatnění svým klientům.

V době konání výzkumu nastupovala do tohoto týmu také psychoterapeutka, ale její pozici odmítli členové týmu hodnotit, protože šlo o krátké působení. V její funkci však měli důvěru a očekávali, že přinese do týmu opět pozitivní změnu a z kvalitnější služeb.

### 6.2 Intenzivní případové sdílení formou častých krátkých porad

**Dílčí cíl DC2 zjišťoval, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu dochází k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.**

Otázky pokládané členům týmů a ostatním zaměstnancům organizace se zaměřovaly pouze na zjišťování pozitiv a negativ, byli-li ovšem informanty uživatelé služeb, bylo potřeba se také ptát, jestli vědí, že se takové porady pořádají. Ukázalo se, že klienti o této skutečnosti vědí. Naopak vnější pozorovatelé z řad blízkých osob se na toto téma nevyjadřovali, protože o konání porad nebyli informováni.

#### 6.2.1 Frekvence a náplň porad

Frekvence porad je v různých týmech jiná. Nejčastěji má tyto krátké porady českolipský tým, který je zvládá uskutečňovat **každý všední den**. Jeden z libereckých týmů se pak

snaží uskutečňovat je **dvakrát do týdne**, druhý **jednou**, nejméně se daří porady pořádat tanvaldskému týmu, který je svolává nepravidelně, většinou **jednou za 14 dnů**, v případě potřeby pak dělají porady po telefonu. Jako důvod tento tým uvádí, že mají detašované pracoviště v Jablonci nad Nisou, zatímco hlavní kancelář je v Tanvaldu, takže se nestíhají tak často sejít. Podobně je na tom ale jeden z libereckých terénních týmů, který má detašované pracoviště ve Frýdlantu, přesto se mu daří krátké případové porady konat dvakrát do týdne. Rozdíl je možná v tom, že pracovnice, která má ve Frýdlantu kancelář, řídí a má tak k dispozici služební automobil, navíc má některé z klientů také v Liberci, takže má důvod se na porady dostavit. Že jde spíše o vůli pracovníků a schopnosti vedoucí takové porady koordinovat, možná dokazuje skutečnost, že také druhý z libereckých týmů zvládá poradu pouze jednou do týdne, ačkoliv žádnou druhou kancelář v jiném městě nemá.

V tom, co je součástí porad, se členové týmů shodli. Většinou spolu mluví o klientech, kde cítí nějaký problém, probírají, co se kolem něho děje, dohadují se na dalším postupu nebo případně řeší zástupy, je-li někdo z týmu nemocný nebo je na dovolené.

### 6.2.2 Pozitiva konání častých krátkých porad

Ke kladům konání častých krátkých porad se opět vyjadřovali většinou zaměstnanci organizace, ať již ze skupiny S1 nebo ze skupiny S3. Uživatelé pouze krátce sdělili, zdali jim porady vadí či ne, pouze tři z nich se na toto téma vyjádřili trochu širěji.

Pozitivum vidí členové týmu především v tom, že se tak dá **rychleji reagovat na náhlé změny**. Častější porady totiž umožňují výměnu informací a plánování intervencí i v případě, že je potřeba okamžitě reagovat na nově vzniklou a nečekanou událost.

Vysvětlila to například informantka A7: „... je to hlavně o sdílení informací, probírají se klienti, kteří jsou nějak problematický. To se samozřejmě mění, v pondělí přijde klient, že je happy, ve středu přijde, že prohrál výplatu v automatech. A když se tak často setkáváme, můžeme to poměrně pružně řešit, protože tohle všechno se pak dá na těch poradách sdílet, je dobře, že jsou tak často...“

Častější porady umožňují poskytovat **komplexnější péči**, jak již ostatně bylo zmíněno v předešlé kapitole. Na poradách se totiž hlavně plánují jednotlivé intervence a určuje se, kdo co bude řešit a jak. To může pomoci v tom, že je možné hledat více možností, jak klienta podpořit, protože každý člen týmu má jiný přístup, jiné dovednosti a znalosti.

Zrovna tak uživatelé služeb, když už se vyjádřili ke konání porad, vnímali časté porady jako dobré, protože pomohou pracovníkům připravit se na schůzku s nimi.

To potvrzuje například informantka A12: „... na poradě se pak domlouváme, kdo tam kdy půjde... když je to problematický klient nebo se řeší hodně věcí najednou... každý člověk má navíc jiný přístup, takže může hledat, co u něho zabere a na poradách si to pak můžou předat...“

A takto na otázku reagoval informant B1: „... časté porady mi nevadí, protože si tam navzájem řeknou, co a jak, a pak přijdou připravený na schůzku a já to nemusím furt znovu vysvětlovat....“

Znovu se také opakovalo, že porady přispívají k **psychohygieně**. Hodně totiž pomáhá, že se členové týmů mohou navzájem sdílet, říci si, jak kdo situaci prožívá, navíc odpovědnost na řešení neleží pouze na jednom, ale je rozložena na celý tým.

Jednoduše to sdělila opět informantka A12: „... když je to problematický klient, a chodí nás tam víc, a pak se o tom může na poradě mluvit, tak člověk aspoň nevyhoří...“

Jeden informant ze skupiny S1 se také domnívá, že porady **poskytují zpětnou vazbu**, a to především v tom, že je tak více zřejmé, jak kdo svoji práci vykonává, kde selhává, v čem je naopak dobrý, a kde tedy potřebuje pomoc či s čím by mohl pomoci ostatním.

### 6.2.3 Negativa konání častých krátkých porad

Nejčastěji se objevující názor na otázku, co je naopak negativní, uváděli informanti **nedostatek času**, a to jak členové týmů, tak i vnější pozorovatelé z řad zaměstnanců. Některým se zdály porady příliš krátké, jiní zdůrazňovali, že pak mají méně času na své klienty. Zrovna tak si ale někteří stěžovali na přílišnou administrativní zátěž, která jim znemožňuje věnovat poradám a jejich přípravě více času.

Tak si postěžovala například informatika A7 „... pak musíme kmitat v terénu, máme hodně klientů za den a jezdíme za nimi někdy i dost daleko...“

A takto to komentovala informantka A8: „... důvodem je asi to, že máme hodně administrativy, kdybych ji měla míň, asi bych to uměla líp řídit, ale nějak nezbývá čas na lepší koordinaci...“

**Nedostatečná koordinace**, kterou již informanti zmiňovali dříve, se tedy objevuje také v této oblasti. Nejsou-li porady dobře řízeny, neúměrně se protáhnou, protože se na nich hovoří o věcech, které nejsou potřeba řešit.

To je zřejmé například z odpovědi informantky A9: „... mám pocit, že takovéhle časté porady zaberou dost času z pracovní doby, protože pak to přemísťování v terénu taky zabere dost času, takže nevýhodu vidím v tom, že je to časově náročný. Musí ta porada být dobře koordinovaná, musí to někdo vést, musí se to prostě nějak zaběhnout. Ale když se to pak protáhne, pak není třeba čas na klienta...“

Informantka A4 dodává, že: „... se to někdy rozplizne, no, jsme tam samý ženský... možná by mohly být víc věcný... musí se to dost často hodně korigovat, protože se někdy mluví o zbytečnostech...“

Jeden informant se také domnívá, že se na poradách někdy **získávají nesprávné informace**, které k řešení situace neprospívají, naopak jí mohou ublížit.

Informant C2 to uvedl takto: „... riziko je v tom, že třeba získáš informace, které tě můžou špatně ovlivnit, dozvíš se i to, co vlastně nechceš vědět...“

Je ale také možné, že **uživatelům vadí, že se o nich na poradách tým radí**. Takto to ovšem sdělila pouze jedna informantka, která tuto skutečnost špatně nesla, vědomí, že o ní mluví tolik lidí, aniž by ona sama u toho byla přítomna, jí bylo nepříjemné. Ostatní klienti naopak celkem bez váhání sdělili, že jim to nevadí, že to naopak pokládají za prospěšné.

### **6.3 Intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí**

Dílčí cíl DC3 zjišťoval, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelů, ocitajícím se v ohrožení krizí.

Výzkum se nejdříve zaměřil na to, jak informanti vlastně krizi vnímají a jak ji popisují. Členům týmů pak byly kladeny otázky zaměřené na to, jak krizi řeší, kolik pracovníků za jednotlivými klienty chodí a proč, a v čem sledávají výhody a nevýhody. Uživatelé pak odpovídali na otázky, jak jim samotným pomáhají intenzivnější služby v případě, že se cítí být ohroženi krizí. Vnější pozorovatelé z řad zaměstnanců sdělovali své názory jen málo, většinou pouze řekli, že je to asi tak dobře.

### 6.3.1 Používání případového sdílení

Z rozhovorů s informanty z řad členů týmu vyplynulo, že je případové sdílení využíváno různě, ne vždy je používáno při řešení krize, hodně záleží na situaci.

**Řešení krize metodou case load** aktivně ale přesto některé týmy využívají poměrně často.

Takto to popisuje informantka A2: „... *když se něco takového děje, začneme o klientovi hodně mluvit na poradách, většinou se u něho střídáme, třeba i všichni, ale minimálně dva. Je-li to potřeba, zapojíme zdravotní sestru, voláme psychiatra. Hlavně se snažíme, aby na to nebyl klient sám, takže místo jednou týdně jdeme za klientem třeba i pětkrát, když to je potřeba. No a to by bylo na jednoho moc. Pak je fajn, když si na klienta udělá čas taky někdo jiný. To se nám zatím docela daří...*“

Podobně to využívá i další tým, jak líčí informantka A12: „... *u jednoho klienta to střídání využíváme hodně. To oceňuju, neumím si představit, že bych ho měla sama, to bych fakt nedala. Takhle nezahluje jen mě, ale taky tu sestru a toho peera, takže se to rozloží. Já mu pomáhám s financema, se sestrou mluví o svém zdraví a hodně mluví s peerem, vybere si zrovna to, co právě potřebuje...*“

Krizi jiné týmy ale také řeší tím, že **zvýší intenzitu schůzek klíčového pracovníka**, přičemž někdo jiný na čas převezme jeho klienty.

To dokládá například informantka A1: „... *při krizi se zvýší podpora především klíčového pracovníka. Pak už záleží na situaci. Někdy to takhle stačí, jindy se zintenzivní podpora klíčového pracovníka s tím, že tým převezme na chvíli některé jeho klienty...*“

V podstatě se dá ale konstatovat, že týmy většinou **kombinují obě zmíněné metody**, v závislosti na situaci a přístupnosti uživatele.

To nakonec dokládá i informantka A1: „... *někdy stačí, když se tam točí jen klíčový pracovník, někdy to ale nestačí, pak se střídáme ve dvou či více lidech podle možností...*“

### 6.3.2 Pozitiva případového sdílení

Ať už týmy řešily krizi intenzivnější podporou pracovníka či případovým sdílením, hodnotili takového řešení krizí opět většinou pozitivně.

Nejčastěji opět zaznělo téma **psychohygieny** a prevence proti vyhoření. Stejně jako v jiných oblastech, tak i v používání metody case load si informanti cenili možnosti sdílet se, nebýt na situaci sami nebo skutečnosti, že za klientem může jít někdo jiný, když už si oni sami nevědí rady.

To dokazuje odpověď informantky A4: „... *na jednoho by to bylo moc, ale když v tom jsme všichni, hned se to líp nese. Když někdo z nás řekne, hele, už mám toho a toho plný zuby, už fakt nevím, jak s ním pracovat, zkusíme tam poslat někoho jiného, protože to vidí a řeší jinak a to může být osvobozující...*“

Podobně také případové sdílení pomáhá **k větší spolupráci s klientem**. Stává se totiž, že s některým členem týmu klient spolupracovat nechce, neumějí spolu navázat vztah nebo se zrovna nejedná o oblast, které by daný pracovník tak dobře rozuměl.

Takto to vysvětluje informantka A3: „... *nebo prostě nemá pracovník takový vloh, aby ho přiměl ke komunikaci, tak ten druhý třeba dokáže ten vztah s klientem rozjet, klient ho vnímá třeba taky jinak, protože tam ten druhý tak často nechodí. Pak může působit jako neutrální, přehodí se tam větší důvěra, že ho tak nezná, a tomu třeba pak ten klient otevře...*“

Stejně jako v jiných oblastech, také případové sdílení, kdy za uživatelem dochází více lidí, přispívá k tomu, aby **se klient nefixoval na jednoho pracovníka**.

To například potvrzuje informantka A7: „... *když tam za ním dochází více členů týmu, nehrozí tolik, že se ten klient pověsí na určitýho pracovníka, nevznikne tam taková závislost...*“

Získání **kompletnější pomoci při krizi** pak zmiňovali především uživatelé služeb, ačkoliv to tak nepřímou vnímají také pracovníci při líčení výše zmíněných kladů.

Informant B1 to zhodnotil následovně: „... *úřady, doktory, i s tou prací, to mi pomohli lidi z týmu, to jsem tenkrát asi fakt v krizi byl, chodilo za mnou víc lidí a docela rychle se to pak vyřešilo... ale teď to už zvládám sám, ale někdy podporu potřebuju, hlavně ve stresu, to mi vždycky pomoc nabídnou... takže v krizi, to mi fakt hodně pomáhají, to podporu mám...*“



### 6.3.3 Negativa případového sdílení

Jako nevýhody se opět objevovaly skutečnosti jako **potřeba dobré koordinace**. Je tedy potřeba nejen řídit porady samotné, ale také si rozmyslet, koho za kým poslat tak, aby to bylo efektivní a neminulo se to účinkem.

Informantka A4 to vysvětlila následovně: „... *chce to fakt dobrou koordinaci... rozmyslet si, koho za kým poslat... aby pak třeba neposlali chlapa, aby šel s klientkou na gynekologii...*“

Někteří členové týmu nebo pracovníci organizace pak měli obavy, aby přílišné střídání různých pracovníků klienta nezahltilo. **Zahlcení klienta** pak totiž může přinést ztrátu jeho důvěry v tým nebo v klíčového pracovníka. Uživatelé toto nijak nekomentovali, pouze jedna klientka, která zrovna byla v den rozhovoru zařazena do intenzivního režimu služby, se nad tím pozastavila, ale když jí bylo nabídnuto, že jí bude intenzivní služba ukončena, okamžitě byla proti.

Zmíněná informantka (B5) to sdělila takto: „... *no, je to tu jak na vídrholci... ale nechte to tak, mě se to vlastně takhle líbí...*“

Jedna informantka uvedla, že další nevýhodou je, že v důsledku potřeby zvýšené pomoci u klienta, který potřebuje intenzivnější poskytování služby, **se pak nedostává na ostatní uživatele**.

Jedna informantka pak měla zkušenost s tím, že **uživatelé případové sdílení zneužívají**. Tím, že mají kontakty na více pracovníků, obvolávají je pak v případě potřeby všechny, řeší s nimi své záležitosti opakovaně a někdy je dokonce manipulují a snaží se od nich získat něco, co jim druhý neposkytl. Je zřejmé, že potřeba dodržovat sjednaný postup všemi členy týmu je zde poměrně důležitá.

Zmíněná informantka A16 líčila svoji zkušenost takto: „... *máme takovou klientku, u které se v době její krize opravdu točí hodně lidí... já, zdravotní sestra, peer, někdy i další člen týmu, když já nemůžu nebo je toho už na mě moc... a ona pak obvolává úplně všechny... dohodli jsme se například, že klientka je už zdravá, doktor jí doporučil se hýbat, protože je hodně obézní... po příchodu z nemocnice, než se stav stabilizoval, jí sem tam někdo skočil na nákup, ale když lékař řekl, že se musí hýbat, dohodli jsme se na poradách, že konec, že buď půjde s námi nebo holt bude mít hlad... jenže ona pak volala jednomu, ten jí na nákup odmítl s tím, že půjde klidně s ní ale ne za ní... tak vyzkoušela*

*druhého, třetího... aby jí pro ten chleba došel, i když má krám za rohem... no, je pravda, že to ne každý dodržuje, furt se to opakuje na poradách dokolečka, ona je dost manipulativní a ne každý to ustojí... ale když se něco dohodne na poradách, měli by to všichni dodržovat...“*

## **6.4 Nově pojatá role klíčového pracovníka**

**Dílčí cíl DC4 zjišťoval, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka.**

Zjišťovat nově pojatou roli klíčového pracovníka šlo pouze v případě, že informanti zažili situaci ještě před zavedením shared caseload. Proto se otázky spíše zaměřovaly na to, jak dotazovaní vnímají současnou pozici klíčového pracovníka a co pro ně znamená. Členové týmu i uživatelé služeb většinou na tuto otázku odpověděli podle svých zkušeností, v případě vnějších pozorovatelů pak samozřejmě reagovali pouze pracovníci organizace. Rodinní příslušníci se neuměli vyjádřit, většinou pouze řekli, že je dobré, že klient má někoho, komu může důvěřovat.

### **6.4.1 Porovnání dnešní role klíčového pracovníka s rolí před zavedením shared caseload**

Největší rozdíl v roli klíčového pracovníka, který pracoval metodou case work, oproti novému způsobu poskytování služeb metodou shared caseload je především **ve změně vztahu mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem**. Ten byl předtím mnohem užší a intenzivnější, v čemž informanti ale nyní vidí jisté ohrožení, ačkoliv na začátku se někteří sdílení svých uživatelů s ostatními obávali. Takový vztah totiž často mohl přerůst své hranice, čímž také poskytování služeb ztrácelo na své profesionalitě.

Informant A2 vývoj role klíčového pracovníka komentoval následovně: „... dřív se každý staral sám o svého klienta, bylo to více vztahové, všichni jsme řešili svoje klienty, nechtěli jsme do toho nikoho moc pouštět... to se změnilo, a v tom vidím značné odlehčení. Nyní jde o týmové rozhodnutí, ten klíčový pracovník na to není sám, může se sdílet a spolu s týmem plánovat intervence... tahle situace se mi zdá být mnohem výhodnější. Předtím to byl hodně intenzivní vztah, to asi mohlo být dobrý, ale asi to bylo spíš na škodu, a to jak pro klienta, tak pro pracovníka. Pracovník někdy míval tendence řešit si na klientovi svůj rodičovský syndrom, klient zase na toho pracovníka víc spoléhal, že to vyřeší a postará se, víc si toho svého klíčového pracovníka uzurpoval, ten mu často suploval rodinu a vztahy, které klient v běžném prostředí postrádal. Takže to víc přecházelo do

*vztahové roviny než do té profesionální. Nyní se mi to zdá profesionálnější a racionálnější. Je to více zaměřené na řešení než na vztah...“*

Další důležitou změnou oproti předešlému poskytování služeb je pak **potřeba sdílet klienta s týmem**. Z toho měli někteří pracovníci na počátku obavy, ale ukázalo se, že je to naopak výhodnější.

Nejistotu, kterou měli někteří pracovníci na počátku zavádění case load líčí například informantka A7: *„... musela jsem všechno dělat sama, takže jsem byla zvyklá na sebedisciplínu, protože to prostě za mě nikdo neudělal, ale bylo zase fajn, že to bylo na mě, nikdo mi do toho nekecal... pak, když jsem se měla začít o klienta dělit, moc se mi do toho nechtělo, bála jsem se, že pak v tom bude chaos... ale zpětně musím říct, že je to úleva, že na to nejsem sama, i když se mi do toho nechtělo, teď vidím, že je to takhle lepší...“*

#### **6.4.2 Pozitiva současné role klíčového pracovníka**

Členové týmu v roli klíčového pracovníka oceňovali skutečnost, že **mají ucelenější přehled o situaci klienta**. Tím, že mohou jeho problémy sdílet s ostatními členy týmu, a mohou se s nimi radit, pak totiž klientovi lépe rozumějí, pomůžou jim to vidět věci jinak a mohou pak na situaci odborněji reagovat.

To vidí kladně například informantka A7: *„... když mám s klientem problém, můžu to na poradě říct, hned se to tam řeší, to vidím dobře. Taky si předáme všechno důležitý, rozdělíme si úkoly, když je potřeba, můžeme si navzájem pomoci...“*

S možností více se sdílet či požádat o pomoc kteréhokoliv člena týmu pak souvisí i další pozitivum, které již členové týmu i ostatní pracovníci organizace vyzdvihovali v jiných oblastech, a to skutečnost, že se **klient nefixuje na jednoho pracovníka**.

S tím je spojena i další výhoda, kterou zmínila jedna informantka, která ocenila, že **současný klíčový pracovník více přenáší odpovědnost na svého klienta**, a to především proto, že se o uživatelích hodně mluví, takže pracovníci jsou navzájem utvrzováni v tom, že to tak je správně.

Informantka A2 to vysvětlila následovně: *„... tím, že o tom více mluvíme, přenášíme větší zodpovědnost za řešení situace na klienta... protože o tom hodně mluvíme, plánujeme, reflektujeme situaci... a tak, se mi zdá, že máme více sil tu odpovědnost*

*nechat na klientovi, vzájemně se v tom utvrzovat, že to tak je správně, takže pak se nebojíme mu – jako tomu klientovi - tu odpovědnost dát...“*

Dále pak bylo zmiňováno **rozvoj schopnosti komunikace a koordinace**. Je zřejmé, že v současné roli klíčového pracovníka jsou oproti předešlému poskytování služeb metodou case work tyto schopnosti poměrně důležité.

To nakonec vnímají i uživatelé služeb, jak je možné vidět na příkladu informanta B1: „... *klíčový pracovník mi nastavuje tu druhou stranu, nepodceňuje problém, vždycky se dostaneme k nějakému řešení, je to takový koordinátor. Pracuje se mnou, zjistí, že chci práci, tak pak už naváže s tím, kdo to dělá, a pak je to hodně rychlý mi tu práci zprostředkovat...“*

### **6.4.3 Negativa současné role klíčového pracovníka**

Negativa informanti z žádné skupiny dotazovaných nijak zvlášť nezmiňovali, pouze dva členové týmu projeví pochybnosti.

Jedna uvedla, že **někdy nemá o situaci klienta úplný přehled**, protože za ním dochází více lidí a ne vždy se podaří předat si navzájem potřebné informace.

Druhá se pak obává, že **ne vždy je klientovi jasné, kdo je jeho klíčový pracovník**.

## 7 Shrnutí výsledku výzkumu

### 7.1 Dílčí cíl DC1

**Dílčí cíl DC1: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmu.**

Multidisciplinárně složený tým je hodnocen pozitivně především proto, že poskytuje **více pohledů na řešenou problematiku**, čímž jednak přispívá k tomu, že je tak možné najít více řešení, zrovna tak ale umožňuje **komplexnější poskytování služeb**. Velmi kladně je pak viděna prevence syndromu vyhoření. Zatímco **psychohygienu** je poměrně důležitým přínosem především pro samotné členy týmu, klientům může tým složený z více pozic pomoci v tom, aby se **nefixovali na jednoho pracovníka**.

Pozice zdravotní sestry je pak ceněna především pro její **schopnost komunikovat s lékaři a řešit zdravotní problémy uživatelů**. Vysoce ceněn je také peer konzultant, který má **vlastní zkušenost s nemocí, zprostředkovává prožitky uživatelů týmu a podporuje klienty při využívání jejich volného času**. Kladné zkušenosti má jeden tým také s pozicí IPS, kterou hodně využívá.

Týmy však ještě **tak multidisciplinární nejsou**, jak by si přály, uvítaly by příliv nových pracovních pozic, především psychiatra a psychoterapeuta. Zrovna tak vedoucí občas **selhávají v dovednostech s koordinací**. Obavy dále panují v tom, že **se jednotlivé profese ne vždy dokáží dohodnout**, v tom, že **klient ne vždy zvládne tak veliký tým** nebo v tom, že **může docházet ke konkurenci mezi pracovníky**.

Z hlediska organizace samotné pak panuje nejistota, že **organizace není připravena vést odborné pozice** nebo že **dává svým zaměstnancům rozdílné platové ohodnocení**.

Jednotlivé pozice v týmu ještě zcela ukotveny nejsou. Zdravotní sestra bývá kritizována, protože **ne vždy umí propojit zdravotní a sociální problém**, je někdy příliš **direktivní** nebo **má nesprávně nastaveny svoje kompetence**. Někdy také přetrvávají **obavy z přijetí peer konzultanta** do týmu, a je-li již jeho členem, pak může být ohroženo jeho **bezpečí**, takže může znovu spadnout do nemoci, zrovna tak ani jeho **kompetence nemusí být dobře vymezeny**.

## 7.2 Dílčí cíl DC2

**Dílčí cíl DC2: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu dochází k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.**

Konání krátkých případových porad je variabilní, jejich frekvence je v rozmezí od **5x týdně do 1x za 14 dnů**.

Jejich kladem je **rychlejší reakce na náhlé změny**, protože členové týmů se častěji radí a mohou tak účinněji nastavit intervence u klienta, zrovna tak umožňují **komplexnější péči**, kterou může poskytnout ten, kdo řešené problematice více rozumí. Podobně jako multidisciplinárně složený tým, tak také konání porad **přispívá k psychohygieně**, navíc **poskytují zpětnou vazbu**.

Porady však **vyžadují poměrně hodně času**, což většinou selhává **na špatné koordinaci**. Intenzivnější přenos informací pak navíc může přinést i **informace nepotřebné či dokonce škodlivé**. Krátké porady se ne vždy setkávají s pochopením u uživatelů, některým tyto **porady mohou vadit**, protože se tam o nich mluví.

## 7.3 Dílčí cíl DC3

**Dílčí cíl DC3: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelů, ocitajícím se v ohrožení krizi.**

Týmy poměrně často řeší **krize metodou case load**, zrovna tak ale **zvyšují podporu klíčového pracovníka**, nejčastěji **používají kombinaci obojího**.

Intenzivnější případové sdílení nejenomže **přispívá k psychohygieně**, jak ostatně i další, předchozí oblasti, ale pomáhá také **k větší spolupráci s klientem**, kdy lze využít skutečnost, že na jiného člena týmu bude uživatel reagovat jinak. Klientovi se sníží riziko, aby se **nefixoval na jednoho pracovníka**, navíc tak může získat **komplexnější pomoc v krizi**.

Také intenzivní případové sdílení je **potřeba dobře koordinovat**. Přílišné střídání pracovníků pak **může klienta přehltnout**, naopak to, že pracovníci za uživatelem v krizi tak často docházejí, může být příčinou toho, že se pak **nedostává na ostatní uživatele**. Někdy se také stává, že **uživatelé případové sdílení zneužívají**.

## 7.4 Dílčí cíl DC4

**Dílčí cíl DC4: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka.**

Pozice klíčového pracovníka se oproti předešlé praxi, kdy byly služby poskytovány metodou case work, liší přinejmenším ve dvou oblastech. Došlo ke **změně vztahu mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem**, který byl předtím užší a intenzivnější, nyní je více profesionální, protože do tohoto vztahu vstupují i jiné osoby. Právě **potřeba sdílet klienta s týmem** je totiž druhou, podstatnou změnou.

Nynější klíčový pracovník má **ucelenější přehled o situaci klienta**, protože o jeho situaci více hovoří a může se radit s ostatními. Jak již bylo několikrát zdůrazněno, i v případě klíčového pracovníka není tak vysoké riziko, že se **klient bude na něho fixovat**. Klíčový pracovník je podporován v tom, aby **na svého klienta přenášel více odpovědnosti**, ve své pozici pak rozvíjí **schopnosti komunikace a koordinace**.

Na druhou stranu někdy nemá pracovník **o situaci klienta úplný přehled**, především v případě, že se k němu včas všechny informace nedostanou, **klientovi** pak nemusí být vždy jasné, **kdo je jeho klíčový pracovník**.

## 7.5 Celkové vyhodnocení výzkumu

Tabulka č. 4 Celkové vyhodnocení výzkumu (zdroj: vlastní)

DC1: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí multidisciplinární složení týmu. IPS je pouze v jednom týmu, kde je také zavedena nová pozice psychologa, se kterou zatím není dostatek zkušeností	
Celkové hodnocení multidisciplinárního týmu	
POZITIVA	NEGATIVA
více různých pohledů na řešenou problematiku	není zcela multidisciplinární
komplexnější poskytování služeb	nedostatečné dovednosti v koordinaci
	jednotlivé profese se ne vždy dokáží dohodnout
přispívá k psychohygieně	klient nemusí vždy zvládnout tak pestrý tým
	konkurence mezi jednotlivými členy
klient se nefixuje na jednoho pracovníka	nepřipravenost organizace vést odborné pracovníky
	nerovné platové ohodnocení

<b>Hodnocení pozice zdravotní sestry</b>	
<b>POZITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>
komunikace s lékařem	ne vždy umí propojit zdravotní a sociální podstatu problému
pomoc při řešení zdravotních problémů	přílišná direktivita
	nesprávně pojatá kompetence
<b>Hodnocení pozice peer konzultanta</b>	
<b>POZITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>
vlastní zkušenost s nemocí	obavy s jeho přijmutím do týmu
zprostředkování prožitku klientů týmu	osobní bezpečí
podpora při náplni volného času klientů	nejasně vymezené kompetence
<b>DC2: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí skutečnost, že v rámci týmu dochází k intenzivnímu případovému sdílení formou častých krátkých porad.</b> Konají se: 5xtýdně, 2xtýdně, 1xtýdně, 1xza 14 dnů	
<b>POZITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>
rychlejší reakce na náhlé změny	nedostatek času
komplexnější péče	nedostatečná koordinace
přispívají k psychohygieně	získávání nesprávných informací
poskytnutí zpětné vazby	uživatelům vadí, že se o nich na poradách tým radí
<b>DC3: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí intenzivnější poskytování péče uživatelů, ocitajícím se v ohrožení krizí.</b> Řešení krize: metodou shared caseload, zvýšení podpory klíčového pracovníka, kombinace obojího	
<b>POZITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>
přispívá k psychohygieně	nedostatečná koordinace
pomáhá k větší spolupráci s klientem	možnost zahlcení klienta
klient se nefixuje na jednoho pracovníka	nedostává se na ostatních uživatele
kompletnější pomoc při krizi	uživatelé případové sdílení zneužívají
klient dostane komplexnější pomoc	
<b>DC4: Zjistit, jak členové týmu, uživatelé poskytovaných služeb i vnější pozorovatelé hodnotí nově pojatou roli klíčového pracovníka.</b> Změna role: jiný vztah mezi klíčovým pracovníkem a klientem, potřeba sdílení klienta s týmem	
<b>POZITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>
ucelenější přehled o situaci klienta	ne vždy má klíčový pracovník přehled o situaci
klient se nefixuje na jednoho pracovníka	
více je přenášena odpovědnost na klienta	není vždy jasné, kdo je klíčový pracovník
rozvoj komunikace a koordinace	



## 8 Doporučení

Z výzkumu je zřejmé, že poskytování služeb formou shared load vnímají informanti většinou jako přínosné, nejvíce oceňují ve všech oblastech prevenci syndromu vyhoření, možnost rychlejší reakce na nečekané změny, komplexnější poskytování služeb a prevenci klienta fixovat se na jednoho zaměstnance.

Proto všeobecně doporučuji v dané metodě pokračovat, rozvíjet ji a nadále své zaměstnance v této metodě vzdělávat.

V jednotlivých oblastech pak doporučuji:

### 1) *V oblasti multidisciplinarity:*

- Metodicky vymezit jednotlivé kompetence všech členů týmu, zejména pak zdravotní sestry a peer konzultanta
- Zavádět do všech týmů nové pozice, především pozici IPS a psychoterapeuta
- Na supervizích se věnovat hranicím služby tak, aby jednotlivé pozice uměly své názory propojovat, sdílet se a lépe tak propojit sociální a zdravotní oblast

### 2) *V oblasti případového sdílení:*

- Zavést metodicky minimální počet krátkých porad, které by se měly konat alespoň dvakrát do týdne
- Vzdělat vedoucí týmů v oblasti koordinace, případně zavést novou pozici koordinátora
- Klást důraz na jednotný postup týmu při řešení situace uživatelů

### 3) *V oblasti práce s krizí:*

- Metodicky zpracovat, jak postupovat v případě krize
- Nové uživatele vždy seznámit s metodou případového sdílení
- Na základě dobré praxe zavádět intenzivní případové sdílení také u problematických klientů

### 4) *V oblasti vymezení rolí klíčových pracovníků*

- Na pravidelných schůzkách s uživateli vždy jasně vymezovat, kdo je klíčovým pracovníkem

- Při individuálním plánování uživatelům služby vysvětlit, kdo je součástí plánu a kdo kterou oblast řeší

## Závěr

Sociální služby určené pro osoby s duševním onemocněním vlivem probíhající reformy psychiatrické péče procházejí v současné době velkými proměnami. Současným trendem je právě budování multidisciplinárních týmů tak, aby bylo možné zajistit komplexní péči uživatelům služeb. Lidé s duševním onemocněním mívají totiž mnohočetné problémy hned z několika oblastí, jejichž řešení je často poměrně náročné a na jednoho klíčového pracovníka také příliš obsáhlé.

Zatímco v předchozích obdobích byly terénní týmy složené většinou pouze ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, jejichž pohled na způsob práce byl podobný, nyní do týmů přicházejí především zdravotní sestry a peer konzultanti, někdy také pracovníci se zaměřením na hledání zaměstnání nebo psychoterapeuti. Je zřejmé, že prolínání jednotlivých oblastí se občas neobejde bez problémů, přičemž již samotné propojení zdravotnického a sociálního pohledu je mnohdy poměrně komplikované.

Právě proto, aby mohl tým složený z více odborností poskytovat kvalitní služby, je potřeba vyvinout takové metody, které by umožňovaly dobrou komunikaci a funkční sdílení klienta týmem. Organizace, v níž již mnoho let pracuji, se proto v této oblasti inspirovala holandskou metodou FACT, která toto umožňuje. Je zřejmé, že mnohé principy z modelu FACT není schopna do svých služeb zavést, přesto se jí již více jak dva roky daří používat ve svých týmech případové sdílení (shared caseload), reagovat tak na možné krize uživatelů jinými, účinnějšími metodami a v neposlední řadě poskytnout svým členům prevenci proti syndromu vyhoření.

Provedený výzkum totiž ukázal, že ačkoliv na začátku někteří letití zaměstnanci, kteří byli zvyklí pracovat metodou case work, nové principy příliš nevívali, shledávají je po dvou letech fungování jako potřebné a výhodnější. Zrovna tak je ale oceňují i uživatelé služeb, kterým přinášejí účinnější podporu ve více oblastech.

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 FACT board.....	str. 36
Tabulka č. 2 Transformační tabulka.....	str. 48
Tabulka č. 3 Výzkumný soubor.....	str. 51
Tabulka č. 4 Celkové vyhodnocení výzkumu.....	str. 73

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 Principy FACT.....	str. 32
Obrázek 2 Složení terénních týmů.....	str. 40

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 GAF.....	I
Příloha č. 2 Přepis rozhovoru se členem týmu.....	IV
Příloha č. 3 Přepis rozhovoru s uživatelem služby.....	VI
Příloha č. 4 Souhlas ředitelky s provedením výzkumu.....	VII

## Literatura a zdroje

- BABIAKOVÁ, Mira, VENGLÁŘOVÁ, Martina. Schizofrenní poruchy. In: MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- BABIAKOVÁ, Mira, VENGLÁŘOVÁ, Martina. Teorie krize a krizové intervence. In: MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6. s.270-287
- BOND, R. Gary, DRAKE, E. Robert. The Critical Ingredients of Assertive Community Treatment. *World Psychiatry*, roč. 2015, č. 14:2, s. 240 – 242. ISSN 2051-5545
- CCMC. *Definition and Philosophy of Case management* [on line]. 2019 [vid. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://ccmcertification.org/about-ccmc/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management>
- CMHCD. *Podpora FACT modelu* [on line]. 2018 [vid. 2019-02-27]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktualni-projekty/podpora-fact-modelu/>
- CMHCD. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky. Brožura vydaná v rámci projektu Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území karlovarského kraje* [on line]. 2011 [vid. 2018-04-23]. Dostupné z: <http://rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>
- CMSUK. *What is Case management* [on line]. 2019 [vid. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://www.cmsuk.org/case-management/what-is-case-management>
- FOKUS CR. *O Fokusu* [on line]. 2020 [vid. 2020-03-09]. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu>
- FOKUS Liberec [on line]. 2020 [vid. 2020-03-09]. Dostupné z: <http://www.fokusliberec.cz/>
- HAICL, Martin, HAICLOVÁ, Veronika. Individuální plánování v sociálních službách ČR. In: BICKOVÁ, L. et.al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. s. 21- 34. ISBN 978-809-0466-814
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HISTORY OF SOCIAL WORK. *Mary Ellen Richmond* [on line] edited by Jan Steyaert 2009 [vid. 2019-04-06]. Dostupné z: <https://www.historyofsocialwork.org/eng/details.php?cps=7>
- HOLLANDER, D. Den, WILKEN, Jean Pierre. *Podpora zotavení a začlenění: Úvod do metodiky CARE*. 1. vyd. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1
- JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů. 610 hesel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2
- JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, 120 s. ISBN 78-80-7435-374-1
- JOHNOVÁ, Milena. Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2011, roč. 11, č. 3, s. 4 – 5. ISSN 1213-6204.
- KODYMOVÁ, Pavla. *Sešit sociální práce. 3/2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015. 55 s. ISBN 978-80-7421-088-4
- MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 194 s. ISBN 80-247-0737-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2, přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-2.
- MZ ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče. Verze 1.0* [on line]. [vid. 2018-04-23]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

NAVRÁTIL, Pavel. *Sešit sociální práce. Pojetí případové sociální práce (case work a case management)*. 2. číslo. Praha: MPSV, 2017, 72 s. ISBN 978-80-7421-137-9. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/32446/Sesit\\_socialni\\_prace\\_c.\\_2.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/32446/Sesit_socialni_prace_c._2.pdf)

NEPUSTIL, Pavel. Případové vedení/case management ve světle postmoderního kolaborativního přístupu. *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2011, roč. 11, č. 1, s. 74 – 80. ISSN 1213-6204.

NEPUSTIL, Pavel. Case management jako koordinovaná spolupráce v rámci případu. In: NEPUSTIL, Pavel, SZOTÁKOVÁ, Markéta a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka*. 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2013, s. 20 - 23 . ISBN 978-80-7440-076-6.

NODRÉN, Tommy, NORLANDER, Torsten. Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the Next Approach? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. Bentham Open. 2014, roč. 10, s. 87 – 91. ISSN 1745-0179

PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3

POSPÍŠIL, David. Slovo úvodem. In: NAVRÁTIL, Pavel. *Sešit sociální práce. Pojetí případové sociální práce (case work a case management)*. 2. číslo. Praha: MPSV, 2017, 72 s. ISBN 978-80-7421-137-9. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/32446/Sesit\\_socialni\\_prace\\_c.\\_2.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/32446/Sesit_socialni_prace_c._2.pdf) - tohle jsem tam

POWELL, K., Suzanne, M. HUSSEIN. *Case Management. A Practical Guide for Education and Practice*. 4. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2019. 430 s. ISBN 9781496384256

PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In.: MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana a kol.: *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz) [on line] vezre 1.1., 6. 2. 2017 [vid. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170206-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ.pdf>*

REMMERS, J. van Veldhuizen, BÄHLER, Michiel, *Manual Flexible Assertive Community Treatment . Vision, model, practice and organization [on line]*. Groninger, Netherlands: 2013 [vid. 2019-02-15]. Dostupné z:

REMMERS, J. VAN VELDHUIZEN, BÄHLER MICHIEL, 2013. *Manuál flexible assertive community treatment (FACT). Víze, model, praxe a organizace*. Překlad Vavřínková Martina České vydání: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Praha: 2017[on line]. [vid. 2018-04-23]. Dostupné z: <http://www.eaof.org/factmanual.pdf>

<http://www.eaof.org/factmanual.pdf>  
cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/FACT\_manual\_CZ\_final\_s\_obalkou.pdf

RUGGERI, Millera a kol. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2000, Issue 2, Volume 177, s. 149 – 155. doi: 10.119/bjp.177.2.149 [vid. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/definition-and-prevalence-of-severe-and-persistent-mental-illness/44991EA2B93AD2537AED6383AC730137>

SIMPSON, M. Justin, MORIARTY, L. Glendon. *Multimodal Treatment of Acute Psychiatric Illness. Guide for Hospital Diversion*. New York: Columbia University Press, 2014, 232 s. ISBN 978-0-231-53609-7

SOCHOROVÁ, Gabriela. Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví. *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. 2008, č. 1, s. 108 – 118. ISSN 1213-6204.

STUHLÍK, Jan. *Asertivní komunitní léčba. Case management [on line]* Fokus Praha, za podpory MZ, 2001 [vid. 2019-02-16]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>

STUHLÍK, Jan, ŘÍČAŘ, Pavel. *FACT v České republice. Blížkost holandskému modelu v praxi komunitních služeb* [on line] Praha: CMHCD, 2018, 22 s. [vid. 2019-02-28].

Dostupné z:

[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Souhrnna-zprava-FACT\\_FINAL.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Souhrnna-zprava-FACT_FINAL.pdf)

SZOTÁKOVÁ, Markéta. Case management a jeho různorodé chápání. In.: NEPUŠTIL, Pavel, SZOTÁKOVÁ, Markéta a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka*. 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2013, s. 13 - 19 . ISBN 978-80-7440-076-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5., rozš. a přeprac. vydání. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VESELÍKOVÁ, Monika. *Invalidní důchod 2019. Kalkulačka a souhrn pravidel* [on line] [www.penize.cz](http://www.penize.cz), 28. 2. 2019 [vid. 2019-03-30]. Dostupné: <https://www.penize.cz/invalidni-duchod/403438-invalidni-duchod-2019-kalkulacka-a-souhrn-pravidel>

VÍTOVÁ, Marcela. Jsem klíčový pracovník. In: BICKOVÁ, L. et.al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. s. 112 – 124. ISBN 978-809-0466-814 kniha je v záložce dokumenty

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní Statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize. Obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Překlad Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2017. ISBN 978-80-7472-168-7.

## **Legislativa**

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Vyhláška 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 GAF

### **Škálovací kritéria m-GAF (R)**

*Použijte kritéria níže k určení současného funkčního stavu jednotlivce.*

#### **90 Příznaky chybějí nebo jsou minimální, není zhoršené fungování**

*Kritéria skupiny H:*

- Absence nebo minimum příznaků (např. malá úzkost před zkouškou)
- Fungování ve všech oblastech života a spokojenost se životem
- Zájem a zapojení do široké škály činností
- Sociální zdatnost

**88-90** Žádné psychologické příznaky a žádné potíže ve fungování v běžném životě

**84-87** Minimum příznaků a bez potíží ve fungování v běžném životě

**81-83** Minimum příznaků a některé potíže ve fungování v běžném životě

#### **80 Přechodné mírné příznaky nebo dočasné mírné potíže ve fungování**

*Kritéria skupiny G:*

- Jsou přítomny mírné příznaky, ale jsou přechodné a očekávatelné jako reakce na psychosociální zátěž (např. potíže se soustředěním po rodinné hádce)
- Mírné obtíže ve fungování v sociálních kontaktech, v práci nebo ve škole (např. přechodné vynechávání docházky do školy nebo práce)

**78-80** BUĎ mírný(é) příznak(y) NEBO lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování

**74-77** Mírné zhoršení ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní)

**71-73** PŘÍTOMNOST mírných příznaků A lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování

#### **70 Trvalé mírné příznaky nebo trvalé mírné potíže ve fungování**

*Kritéria skupiny F:*

- Mírné příznaky, které NEJSOU předpokladatelnou reakcí na psychosociální zátěž (např. mírná nebo zhoršená deprese a/nebo mírná nespavost)
- Přetrvávající potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování (např. občasné záškoláctví, krádeže v rodině nebo opakované selhávání výkonnosti ve škole nebo v práci)
- ALE klient má nějaké smysluplné mezilidské vztahy

**68-70** BUĎ mírné přetrvávající příznaky NEBO mírné obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování

**64-67** Mírné přetrvávající obtíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní)

**61-63** Přetrvávají mírné příznaky A jsou přítomny potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování

#### **60 Středně těžké příznaky nebo středně těžké poškození ve fungování**

*Kritéria skupiny E:*

Středně těžké příznaky (např. častá středně těžká depresivní nálada a nespavost a/nebo středně těžká nerozhodnost (ulpívavost) a obsese (neodbytné myšlenky); nebo příležitostné úzkostné ataky; nebo plochá afektivita nebo nepřiléhavá řeč; nebo problémy se stravováním (ohrožení podvýživou) bez přítomnosti deprese.

**58-60** BUĎ projevy středně těžké depresivní nálady NEBO středně těžké obtíže v sociálním, pracovním nebo

školním fungování

**54-57** Středně těžké potíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní)

**51-53** PŘÍTOMNOST středně závažných příznaků A středně závažné selhávání v sociální, pracovní nebo školní oblasti



### **50 Vážné příznaky nebo vážné poškození fungování**

*Kritéria skupiny D:*

- Vážné selhávání v práci, ve škole nebo v domácnosti (pokud je klient žena/muž v domácnosti) - např. neschopnost udržet si práci nebo studium, selhávání ve škole nebo neschopnost starat se o rodinu a domácnost
- Časté problémy se zákonem (např. časté krádeže, zatčení) nebo příležitostné agresivní chování
- Vážné selhávání ve vztazích s přáteli (např. žádní nebo málo přátel nebo „ohrožující přátelé“)
- Vážné poškození v úsudku (zahrnuje neschopnost učinit rozhodnutí, zmatenost, dezorientace)
- Vážné poškození v myšlení (zahrnuje rigidní myšlenky s neschopností změnit postoj učení, zkresené vnímání vlastního těla, vztahovačnost)
- Vážné zhoršení nálady (zahrnuje setrvalou depresivní náladu s pocity bezmoci a beznaděje nebo agitovanost /neklid nebo manickou náladu)
- Vážné selhávání v důsledku úzkosti (panické ataky, ochromující úzkost)
- Další příznaky: halucinace, bludy, těžké nutkavé rituály
- Pasivní sebevražedné myšlenky (bez tendence a plánů k jejich realizaci)

**48-50** 1 kritérium ze skupiny D

**44-47** 2 kritéria ze skupiny D

**41-43** 3 kritéria ze skupiny D

### **40 Výrazné zhoršení v několika oblastech fungování**

*Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“*

**38-40** 4 kritéria ze skupiny D

**34-37** 5 kritérií ze skupiny D

**31-33** 6 kritérií ze skupiny D

### **30 Neschopnost fungovat téměř ve všech oblastech**

*Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“ +*

- Pasivní sebevražedné myšlenky (bez tendence a plánů k jejich realizaci) nebo mírné sebepoškozování (např. poranění zápěstí), které nevyžaduje lékařské ošetření

*Kritéria skupiny C:*

- BUĎ neodbytné myšlenky na sebevraždu, nebo sebevražedné myšlenky s přípravou realizace
- NEBO chování výrazně ovlivněné bludy a halucinacemi
- NEBO vážné zhoršení v komunikaci (někdy nesouvislé, nepatřičně působící NEBO hluboce depresivně stuporózní – nereagující na okolí)

**28-30** 7 kritérií ze skupiny D

**24-27** 8 kritérií ze skupiny D

**20-23** 9 kritérií ze skupiny D

**21** 1 kritérium ze skupiny C

### **20 Utrpení z nedostatku péče nebo nebezpečí poranění (poškození) sebe nebo druhých**

*Kritéria skupiny B:*

- Sebevražedné pokusy bez jasného záměru zemřít
- Vážné násilné chování či sebepoškozování
- Závažné manické rozrušení či významná agitovanost (neklid) a impulsivita
- Výpadky v udržování i té minimální osobní hygieny (např. průjmy v důsledku užití projímadel, zašpinění od výkalů)
- Naléhavé / akutní přijetí na psychiatrii
- Ohrožení v důsledku tělesných potíží (např. vážná anorexie či bulimie a spontánní zvracení, nebo nadměrné užívání projímadel, močopudných léků či přípravků na hubnutí, ale bez srdečního nebo ledvinového selhávání, dehydratace nebo dezorientace)

**18-20** 1-2 kritéria ze skupiny B

**14-17** 3-4 kritéria ze skupiny B

**11-13** 5-6 kritérií ze skupiny B

## **10 Bezprostřední nebezpečí ze zanedbání péče nebo sebepoškození**

### *Kritéria skupiny A:*

- Vážné sebevražedné chování s jasným záměrem zemřít (např. pobodání se, pokus o zastřelení se či oběšení, nebo předávkování bez očekávání, že jej někdo nalezne)
- Četné vážné násilí vůči druhým nebo sebepoškození
- Extrémní manické rozrušení či extrémní agitovanost (neklid) a impulsivita (např. divoce křičí, rozpáře matrace)
- Přetrvávající neschopnost zajistit minimální hygienu
- Naléhavé / akutní přijetí na psychiatrii
- Bezprostřední a vážné ohrožení v důsledku tělesných potíží (např. anorexie či bulimie se srdečním nebo ledvinovým selháním)

**8-10** 1-2 kritéria ze skupiny A

**4-7** 3-4 kritéria ze skupiny A

**1-3** 5-6 kritérií ze skupiny A

**0**

*Zdroj: m-GAF (R) - adapted in 2004 by the Florida DCF Functional Assessment Workgroup from the original M-GAF reported by S. Caldecott-Hazard & R.C.W. Hall, 1995.*

## **Příloha č. 2 Přepis rozhovoru se členem týmu**

### **1. Multidisciplinární složení týmu**

#### ***Jaké jsou podle Vás přínosy/ záporny multidisciplinárně složeného týmu:***

*Výhody vidím v tom, že když je tým složený z různých profesí, můžou si navzájem předávat různé poznatky a informace, protože to každý vidí z jiného úhlu, i to, jak vidí tu situaci kolem klienta. To, že je to z vícero úhlů, to vidím jako plus, a pak to, že ty informace se podávají mnohem rychleji, když je to v jednom týdně, a o to je rychlejší i ta pomoc.*

*Funkci peera jako profesionála vidím jako potřebnou, ostatní pracovníci nemají ten prožitek, takže když se něco děje, ten peer to může vychytat. Je dobrý, že může mluvit o svých prožitcích, jít víc do hloubky, Nemoc se totiž dá někdy dobře zamaskovat, což ten peer spíš pozná než ty ostatní pracovníci.*

*Ale riziko může pak být ve spolupráci, že ty ostatní pracovníci můžou peera zatlačit. Přece jen je tam taky ta duševní nemoc, takže ho nemusejí brát úplně vážně, neberou jeho názory, nebo ho zas tak moc nechápou, pochybují o tom, že je peer schopný racionálně uvažovat, může tam být nedůvěra. Dost taky záleží na peerovi, jak moc dokáže udržet tu svoji pozici, aby to pak nesklouzlo k něčemu jinému, k jiným náplním práce. Pak třeba jen otvírá dveře, hlásí, kdo přišel do organizace a tak. Jeho hlavní náplní je ale sdílet příběh, podporovat, motivovat... a to by se nemělo vytratit. Tým by ho měl brát jako rovnocenného partnera., Chce to ale čas, než to ty pracovníci zjistí, že to jde, aby ho pak nezatlačovali do jiné pozice.*

*Zdravotní sestra, no to je úplně jiná pozice a myslím, že na to nejsou moc připravený. Měly by se asi víc sebevzdělávat, aby uměly klienta víc zplnomocňovat, víc by se jich měly ptát, co chtějí a co ne, aby to pak uměly tomu doktorovi líp zprostředkovat. Po somatické stránce to mají asi vychytané, ale po té psychiatrické moc ne. Víc by měly taky vzdělávat toho klienta o těch jeho zdravotních problémech, které ten klient má, a ne mu to tajit, aby ten klient vůbec věděl, ke komu chodí a proč. A ne to řešit za něj, u toho všeho by měl ten klient být. Ono je to jednoduchý, zvednout telefon a mám vyřízeno, ale to není úplně dobře, u toho by ten klient měl být přítomný.*

### **2. Intenzivní případové sdílení formou častých krátkých porad**

#### ***Jak často se scházíte na poradách, co na nich probíráte, od kdy se takto scházíte?***

*Myslím, že by ty porady neměly být přesně dané, měly by být flexibilní, prostě podle potřeby. Teď se scházíme dvakrát do týdne, ale ne vždycky to tak vyjde. Možná by mohly být víc věcné, někdy se to rozplizne, no, jsme tam samý ženský. Už se to ale zlepšilo, jsou více strukturované, více se doplňujeme, mohlo by víc z nich vyjít, aby klient věděl, kdo a co dělá, klient aby více pochopil roli těch pracovníků, aby vůbec věděl, kdo je jeho klíčový pracovník.*

### 3. Intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí

#### **Co pro vás znamená krize?**

*Krize podle mě nemusí bejt o tom, že zrovna je psychotický, ale může být i krize dennodenní, kdy třeba může bojovat s úplně běžnejma věcma, který přichází během dne, jenom ranní vstávání, když má někam jít, něco zařizovat, to už může být krize. Takovýhle krize jsou pak většinou krátkodobý, z osamělosti třeba, nebo že se bojí lidí. Ne zas tak často řešíme úplně psychotický krize.*

#### **V čem vidíte výhody/nevýhody?**

*Bála bych se nezahltit klienta, hlavně má ty lidi znát, aby je vídával častěji, když ho uvidí třeba poprvé, může mít větší strach, když je v tý krizi nebo se mu rozjíždí psychóza, může mít pocit, jak že tam jede sanitka, asi by bylo lepší, kdyby tam ty lidi chodili v civilu... teda až budeme mít i lékaře a tak.*

*Výhoda je v tom, že když jeden pracovník nezabere nebo nemá sílu nebo na něj klient nereaguje, ani mu třeba neotevře, nebo prostě nemá pracovník takový vlohy, aby ho přiměl ke komunikaci, tak ten druhý třeba dokáže ten vztah s klient rozjet, klient ho vnímá třeba taky jinak, protože tam ten druhý tak často nechodí. Pak může působit jako neutrální, přehodí se tam větší důvěra, že ho tak nezná, a tomu třeba pak ten klient otevře.*

*Je ale potřeba, aby klient toho pracovníka už dopředu znal a neviděl ho poprvé až v tý krizi.*

### 4. Nově pojatá role klíčového pracovníka

#### **Jaké výhody vnímáte v nově pojaté roli klíčového pracovníka? V čem je výhodnější oproti roli původní?**

*Nevýhodu vidím v tom, že někteří klienti ani nevědí, kdo je jejich klíčový pracovník. Ale jinak tam žádný rozdíl nevidím, nejsme zase tak veliký, tady je vcelku jasný, kdo kam chodí. Plus vidím v tom, že se může klient obracet na více lidí, riziko je, jak si pak ty pracovníci informace předají, aby třeba nedošlo k žárlivosti. Aby třeba neřekli, vždyť jsen tam ted'ka byl, a mě nic neřekl, a jak to, že to řekl zrovna tobě? Klientovi je v podstatě jedno, komu volá, volá tam, kde mu to někdo vezme.*

## **Příloha č. 3 Přepis rozhovoru s uživatelem služby**

### **1. Zjistit, jak členové týmu hodnotí multidisciplinární složení týmu**

**Otázky:** *Víte, že je tým složen z více profesí? Jak vám to pomáhá, v čem jsou výhody, v čem nevýhody? Jakou profesi nejvíce využíváte a proč?*

*Ano, to vím, že je tam taky sestra a IPS, to jsem teď využíval nejvíc, protože mi pomáhala zprostředkovat zaměstnání. Se zdravotní sestrou řeším zase zubaře, protože jsem se nedávno vrátil z léčebny a žádnýho doktora jsem tu neměl. Využívám vlastně celý tým. S klíčkem třeba řešíme, že málo spím. A on to pak řeší se zdravotní sestrou.*

### **2. Intenzivní případové sdílení formou častých ý krátkých porad**

**Otázky:** *Víte, že se tým schází poměrně často na poradách, kde se o vaší situaci hovoří? Myslíte si, že je to tak dobře nebo vám to vadí, v čem je to špatně?*

*No jistě, to vím, to mi řekli hned na začátku. A to mi vůbec nevadí, protože jsou pak připravený na schůzku se mnou. Můj klíčák jim řekne o tom, co se děje, a tak mi potom může doporučit jinýho, co tomu víc rozumí.*

### **3. Intenzivnější poskytování péče uživatelům ocitajícím se v ohrožení krizí**

**Otázka:** *Co pro vás znamená krize? V čem vidíte výhody/nevýhody v tom, že se v případě krize intenzita služby zvýší?*

*Intenzivní služba není jen v krizi, na začátku mi pomáhali hodně intenzivně, řešili se mnou úřady, doktory, s tou prací, to mi pomohli hodně, teď už to docela zvládám sám. Taky jsme řešili zubaře a peníze. Ale někdy, to ještě pomoc potřebuju, hlavně ve stresu, to mi vždycky pomoc nabídnou.*

*Teď to vlastně jako krizi vnímám, protože mi změnili podmínky v práci, bylo to docela rychlý, nečekal jsem to. A to mi hodně pomáhají, teď v tý krizi.*

*Jinak se všema vycházím dobře, všichni se ke mně chovají hezky, i když někdy odměřeně, zato profesionálně.*

### **4. Nově pojatá role klíčového pracovníka**

**Otázka:** *Jakou roli si myslíte, že by měl mít klíčový pracovník v týmu, který je složen z více pracovních pozic? Co pro vás váš klíčový pracovník dělá, vnímáte tam nějaký problém?*

*Klíčový pracovník mi nastavuje tu druhou stranu, nepodceňuje problém, vždycky se dostaneme k nějakému řešení, je to takový koordinátor. Pracuje se mnou, zjistí, že chci práci, tak pak už naváže s tím, kdo to dělá, a pak je to hodně rychlý mi tu práci zprostředkovat.*

## Příloha č. 4 Souhlas ředitelky s provedením výzkum

# FOKUS

Tímto dávám Ing. Ivaně Kovářové, nar. 4. 12.1971, souhlas k tomu, aby v organizaci Fokus Liberec, o. p. s. uskutečnila kvalitativní výzkum za účelem vypracování diplomové práce na téma **Zavádění metody FACT do multidisciplinárních týmů v sociálních službách pro uživatele s vážným duševním onemocněním.**

Výzkum bude prováděn metodou polostrukturovaného rozhovoru s uživateli a zaměstnanci organizace, přičemž jim bude zajištěno bezpečné prostředí, jejich účast bude dobrovolná. Výsledky výzkumu budou použity za účelem vypracování zmíněné diplomové práce, zrovna tak budou poskytnuty organizaci za účelem zkvalitnění sociálních služeb.

V Liberci 12. prosince 2019

PhDr. Jana Horáková  
statutární zástupkyně

**FOKUS**  
LIBEREC

**Fokus Liberec o.p.s.**

Nezvalova 662/18  
460 15 Liberec XV – Starý Harcov  
T +420 485 163 440  
IČ 467 49 411  
www.fokusliberec.cz

**Fokus Liberec o.p.s.**

Nezvalova 662/18  
460 15 Liberec XV – Starý Harcov  
T +420 485 163 440  
ČÚ 19-7250350267/0100  
IČ 467 49 411  
www.fokusliberec.cz