

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Cyrlometodějská teologická fakulta

Institut sociálního zdraví

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci



Praxe multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí
a dospívajících v České republice

(Diplomová práce)

Olomouc 2024

Vedoucí práce

Mgr. Bc. Kristýna Gábová, Ph.D.

Autorka práce

Ing. Bc. Lucie Šebánková

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 11.4. 2024

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí své práce Mgr. Bc. Kristýně Gábové, Ph.D. za její podnětné postřehy, komentáře a upozorňování na „neobratné obraty“ a na existenci různých typů uvozovek, a také za neutuchající podporu a časovou flexibilitu. Mé velké díky patří rovněž všem účastníkům výzkumu, kteří si navzdory své náročné pracovní pozici našli čas na rozhovor. Bez jejich ochoty a otevřenosti ke sdílení by tato práce nikdy nemohla vzniknout.

Bibliografický záznam

Šebánková, L. (2024). *Praxe multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících v České republice* [Diplomová práce, Palackého univerzita v Olomouci].

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na praxi multidisciplinárních týmů v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících v České republice. Práce využívá kvalitativní analýzu dat z osmi rozhovorů s vedoucími (či jejich zástupci) týmů, které se zabývají duševním zdravím a pracují na principu multidisciplinarity. Článek mapuje fungování těchto týmů, jejich spolupráci s různými subjekty, úspěšnost spolupráce a identifikuje rezervy v jejich činnosti.

Výzkumná data ukazují, že týmy jsou velmi rozmanité v závislosti na instituci, ve které vznikly, podmínkách založení a potřebách regionu. Týmy se liší v tom, jakou měrou se zaměřují na péči o děti s vážnými duševními problémy a také tím, jak důrazně se věnují prevenci a včasnému zachytu dětí v náročných situacích. Společným prvkem je využívání sociální práce s důrazem na case management a síťování s ostatními subjekty.

Ze závěrů práce vyplývá, že multidisciplinární týmy mohou být klíčem k efektivnímu systému podpory duševního zdraví dětí a dospívajících. Jedním z doporučení autorky práce je využít multidisciplinární týmy na dvou úrovních – první, zaměřené na prevenci vzniku a rozvoje duševního onemocnění; a druhé, zaměřené na prevenci hospitalizace a na podporu dítěte při ukončení hospitalizace. Tyto úrovně se mohou navzájem doplňovat, společně předcházet zbytečné psychiatrizaci dětí, a snižovat tak zátěž psychiatrických oddělení a jejich personálu. Výsledky práce mohou sloužit jako základ pro další výzkum a jako inspirace pro nově vznikající multidisciplinární týmy v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících.

Klíčová slova

multidisciplinarita, sociální práce, duševní zdraví, duševní porucha, case management, děti a dospívající, adolescenti, reforma psychiatrické péče

Annotation

The thesis focuses on the practice of multidisciplinary teams in the field of children's and adolescents' mental health in the Czech Republic. It utilizes qualitative data analysis from eight interviews with leaders (or its substitute) of teams which deal with mental health and work on a multidisciplinary basis. The article maps the functioning of these teams, their collaboration

with various stakeholders, the success of collaboration, and identifies areas for improvement in their activities.

Research data indicate that teams vary widely depending on the institution they originate from, the conditions of their establishment, and needs of region. Teams differ in their focus on caring for children with serious mental health issues and in their emphasis on prevention and early intervention in challenging situations. A common feature among all of them is the utilization of social work with an emphasis on case management and networking with other stakeholders.

The conclusions suggest that multidisciplinary teams can be key to an effective system supporting the mental health of children and adolescents. One of the author's recommendations is to utilize multidisciplinary teams at two levels: on the first one focusing on preventing the onset and development of mental illness; one the second one targeting the prevention of hospitalization and supporting the child upon discharge. These levels can complement each other, collectively preventing unnecessary psychiatric hospitalization of children and reducing the burden on psychiatric departments and theirs' staff. The findings of this work can serve as a basis for further research and as an inspiration for newly emerging multidisciplinary teams in the field of mental health of children and adolescents.

Keywords

multidisciplinarity, social work, mental health, case management, mental disorder, children and adolescents, adolescents, psychiatric care reform

Seznam použitých zkratek

CDZ	Centrum duševního zdraví
CDZ-D	Centrum duševního zdraví pro děti a adolescenty
ČR	Česká republika
DPN	Dětská psychiatrická nemocnice
EHP	Evropský hospodářský prostor
FNO	Fakultní nemocnice Ostrava
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030
NZDM	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PN	Psychiatrická nemocnice
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SAS(ka)	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
SOFA	Society for All (dříve Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání – ČOSIV)
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SVP	Středisko výchovné péče
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
UNICEF	United Nations Children's Fund – Dětský fond Organizace spojených národů
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část práce.....	11
1.1 Definice termínů.....	11
1.1.1 Duševní zdraví	12
1.1.2 Duševní onemocnění, porucha.....	14
1.1.3 Resilience, psychická odolnost	15
1.2 Duševní zdraví dětí a dospívajících v ČR	16
1.2.1 Specifika práce s dětmi a dospívajícími.....	18
1.2.2 Příčiny problémů s duševním zdravím u dětí a dospívajících	19
1.2.3 Rozdíly v duševním zdraví chlapců a dívek	27
1.3 Systém péče o duševní zdraví dětí a dospívajících	29
1.3.1 Reforma duševního zdraví z hlediska dětské psychiatrie	30
1.3.2 Konkrétní instituce a služby zaměřené na péči o duševní zdraví dětí	35
1.4 Multidisciplinarita, multidisciplinarita v oblasti psychického zdraví dětí	41
1.4.1 Case management	43
1.4.2 Výhody multidisciplinárního přístupu	44
1.4.3 Bariéry zavádění multidisciplinárního přístupu.....	45
1.4.4 Multidisciplinární týmy v českém kontextu	47
1.5 Význam výzkumu	50
2 Praktická část práce	52
2.1 Výzkumný problém, výzkumné otázky	52
2.2 Výzkumná metoda a sběr dat	53
2.3 Etika výzkumu.....	53
2.4 Výzkumný vzorek	54
2.5 Analýza dat.....	56
2.6 Výsledky výzkumného šetření	58
2.6.1 Rozdílné a společné charakteristiky týmů	59
2.6.2 Vznik a začátky týmů.....	64
2.6.3 Spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi.....	68
2.6.4 Spolupráce se školami a dalšími subjekty	71

2.6.5	Sociální práce v multidisciplinárním týmu	73
2.6.6	Výhody multidisciplinární přístupu	76
2.6.7	Názory účastníků na práci v multidisciplinárních týmech.....	77
2.7	Diskuze.....	80
2.7.1	Doporučení pro praxi – role týmů v systému.....	86
2.7.2	Silné stránky práce a její limity	88
Závěr	89
Bibliografický seznam	91
Přílohy	107

Úvod

V posledních několika letech se mluví o krizi v oblasti dětského duševního zdraví. Vzrostl počet případů akutní i posttraumatické stresové poruchy, depresí, úzkostí a s nimi spojených somatických obtíží, poruch příjmu potravy (Uhlíř, 2022), sebepoškození a závislostí jako je netolismus (Bínová & Havelka, 2021). Objevily se nové fenomény dnešní doby, které se dříve vyskytovaly ve velmi malé prevalenci, jako je například genderová dysforie (Považan, 2022). Obtíže se proměnily, jejich počty stouply, zároveň se rozšířila cílová skupina. Děti, které potřebují intervenci v souvislosti s duševním zdravím, tak neustále přibývá. Počet léčených pacientů od 0-19 let byl v roce 2022 dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky 63 180 (ÚZIS, 2023).

Souběžně s touto proměnou se oblast pedopsychiatrie potýká se značnými strukturálními problémy (nedostatek odborných kapacit, neadekvátní kvalita dostupné péče, nedostatek lůžek pro psychiatrické pacienty či pro mladistvé závislé na alkoholu a jiných návykových látkách), které vznikly z nedostatečného politického a společenského zájmu. Celkový počet aktivních dětských psychiatrů v České republice je 180 (z čehož 86 z nich je starších 65 let) (ÚZIS, 2023), počet klinických psychologů zaměřujících se na děti a dospívající je 90 (Školoudová, 2023).

Dramatické situaci, která se v oblasti pedopsychiatrie odehrává již zhruba deset let, se dostalo pozornosti až s důsledky pandemie covid-19, které ji ještě více akcelerovaly. U odborné obce neexistuje shoda na jedné příčině, jež spustila vlnu, kterou mnozí aktéři popisují jako „zoufalý stav“ či „kolaps“ (Hronová, 2023; Košlerová, 2023). Spíše se v případě duševní nepohody dětí s dlouho neřešenými a přehlíženými problémy v systému dětské psychiatrické péče mluví o multikauzální etiologii či cirkulární kauzalitě, tedy kombinaci mnoha rizikových faktorů, respektive vzájemné interakci faktorů. S vědomím této složitosti si řešení situace vyžaduje multidisciplinární přístup se zapojením odborníků jak ze zdravotnické oblasti, tak z oblasti pedagogické a sociální práce.

At' už si příčiny zhoršení psychické pohody dětí a dospívajících vysvětlujeme jakkoliv, platí, že zabývat se duševním zdravím dětí znamená zabývat se obzvláště specifickou a zranitelnou skupinou, která je závislá na svém okolí. Zároveň s tím je však dobré mít na paměti, že období dospívání nepředstavuje pouze „období zvýšeného rizika, ale především období, které je enormně důležité pro systematickou, cílenou a na evidenci založenou prevenci a včasnou intervenci“ (NUDZ, 2023). Zhruba polovina všech duševních nemocí v populaci se

totiž objeví již ve školním věku, přesněji do věku 14 let se projeví 50 % z nich a do věku 25 let pak 75 % z nich (Bínová & Havelka, 2021; Colizzi et al., 2022). Pokud systém zvládne zasahovat preventivně, může vzniku některých duševních onemocnění zcela zamezit, zmírnit jejich negativní dopady na život jedince, případně předcházet opakovanému návratu nemoci.

Rostoucí počet dětských pacientů a proměna jejich hlavních obtíží oproti minulosti vyžaduje reakci na tyto nové výzvy, které rigidní zdravotnický systém v aktuální krizi není schopen sám zajistit v adekvátní podobě a intenzitě. Na situaci, se kterou se potýkají i jiné části světa, reagovala Světová zdravotnická organizace tím, že v roce 2021 „vytvořila akční plán duševního zdraví, který se má realizovat a rozvíjet až do roku 2030. Jeden z hlavních cílů je například – posílit efektivitu v systému péče o duševní zdraví, poskytovat obsáhlé, ucelené, intenzivní služby v komunitě klienta, nastavit strategie prevence a podpory v oblasti duševního zdraví a posílit informační zdroje, kdy jedno z hlavních témat je diskriminace a její zastavení“ (Vrbková, 2022).

V České republice na základě potřeb dětí a dospívajících a reformních snah Ministerstva zdravotnictví (a zároveň i v souladu s akčním plánem Světové zdravotnické organizace) začala vznikat zařízení a týmy, které se na podporu duševního zdraví dětí zaměřují na různých úrovních v oblasti prevence, jako místa včasných záchytů a jako místa podpory při začlenění do společnosti a eliminaci negativních dopadů nemoci na život jedince. Nicméně, dle reformy definovaná zařízení Centra duševního zdraví pro děti a adolescenty existují v ČR prozatím pouze tři. Ovšem reaktivně na potřebnost relativně živelně, a díky podpoře různých zdrojů financování, začaly vznikat multidisciplinární týmy s podobným posláním – řešit krizi v oblasti dětského duševního zdraví. Tyto týmy vzhledem k nekoordinovanému přístupu státu mají různě nastavené cíle své práce, využívají různých nástrojů, metodik, odlišují se ve svém personálním složení.

Cílem práce je prostřednictvím kvalitativní analýzy dat z rozhovorů s vedoucími týmů vysvětlit, jak fungují různé typy multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících, a to s akcentem na oblast sociální práce. Práce se soustřeďuje především na téma zakládání, na spolupráci v rámci těchto týmů a na spolupráci s klienty a dalšími subjekty v rámci současného systému.

Teoretická část práce se na základě rešerše zahraniční a české literatury zabývá definicemi týkajícími se pojmu duševní zdraví. Dále se zaměřuje na zkoumání možných příčin zhoršeného duševního zdraví dětí a dospívajících. Závěr teoretické části se zaměřuje na systém, který se dětskému duševnímu zdraví věnuje, na téma multidisciplinarity a multidisciplinárních týmů.

Na rešerši z teoretické části navazuje praktická část, která přináší výsledky kvalitativního výzkumu realizovaného polostrukturovanými explorativními rozhovory s odborníky z multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí. Informace z těchto rozhovorů jsou shrnuty a analyzovány a využity pro zodpovězení výzkumných otázek. Závěry práce mohou sloužit jako doporučení a podklady pro vznik a fungování dalších multidisciplinárních týmů a dalších stakeholderů, kteří se angažují v oblasti podpory duševního zdraví dětí a dospívajících.

1 Teoretická část práce

Teoretická část diplomové práce v sobě na základě rešerše české a zahraniční odborné literatury zahrnuje oddíl týkající se definic v této práci využívaných termínů (duševní zdraví, duševní zdraví dětí a dospívajících, duševní pohoda, duševní onemocnění, resilience). Dále jsou popisovány změny a možné příčiny změn v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících v současných letech v rámci České republiky (dále jako ČR), se zaměřením na rozdíly v genderu, včetně statistických údajů týkajících se této oblasti.

V druhém oddílu teoretické části je v krátkosti shrnut vývoj a stav systému péče o duševní zdraví. Autorka uvádí stručný přehled historie vývoje práce v oblasti duševního zdraví dětí v českém kontextu, s akcentem na reformu duševního zdraví z roku 2013, která byla konceptualizována Ministerstvem zdravotnictví (dále jako MZ), a na vliv této reformy na systém péče o děti a dospívající, včetně kritických pohledů na ni.

Poslední podkapitola je věnována pojmu multidisciplinarita, její definici, principům a podobám, výhodám a nevýhodám. Jsou představeny týmy, které na základě tohoto konceptu pracují, a je uvedeno několik příkladů ze zahraniční praxe.

1.1 Definice termínů

V této části práce jsou definovány termíny, které jsou pro problematiku závěrečné práce stěžejní, jako je duševní zdraví, duševní zdraví dětí a dospívajících, duševní pohoda, duševní onemocnění a koncept resilience.

Práce se naopak vzhledem ke svému zaměření a omezenému prostoru nezaměřuje na výčet či uvedení systematické klasifikace duševních obtíží a diagnóz. Autorka pro tento účel odkazuje na klasifikační systém Americké psychiatrické asociace – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) v jeho páté revizi¹ a především pak na v ČR nejčastěji používanou Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) v její desáté revizi², případně v jedenácté (po její řádné implementaci). MKN rozlišuje dvě skupiny dětských psychiatrických onemocnění: poruchy psychického vývoje (F8) a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F9).

Práce se zaměřuje na zdraví dětí a dospívajících (adolescentů) ve věku 0 až 19 let, s akcentem na dospívající, tedy cílovou skupinu pedopsychiatrie, skupinu, která v současnosti

¹ Online na webových stránkách <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.

² Online na webových stránkách <https://mkn10.uzis.cz/>.

plní její akutní lůžka. Podle definice Světové zdravotnické organizace (dále jako WHO) (2021) je adolescent člověk ve věku 10-19 let. Termíny dospívající a adolescenti jsou v této práci volně zaměňovány a vnímány jako podskupina kategorie „děti“. Diplomová práce, ačkoliv je to velmi aktuální téma i vzhledem k jejímu námětu, se zároveň s přihlédnutím k svému rozsahu nezabývá (respektive netvoří samotnou kategorii) pro genderově nevyhraněné jedince a jejich vztah k duševnímu zdraví.

Zároveň v kontextu toho, že multidisciplinarita ve své definici překračuje hranice resortů, v rámci této práce, především pak v přímých citacích, budou označení klient, respektive klientka (typický termín v sociální práci) a pacient, respektive pacientka (typický termín pro zdravotnickou oblast) chápána synonymně, a to jako člen cílové skupiny týmu, ke kterému směřují intervence.

1.1.1 Duševní zdraví

V souladu s aktuálními trendy je v této práci na prvním místě uvedena definice duševního zdraví, nikoliv duševního onemocnění, nemoci, protože to by problematiku uměle zúžilo do dichotomního chápání zdraví jako absence nemoci. Duševní zdraví je však v současnosti chápáno mnohem širěji jako celkově dobrá psychická kondice jedince. Zároveň je v oblasti psychoterapie, psychologie, ale například i speciální pedagogiky, snaha věci formulovat pozitivně, se zaměřením na naději a zotavení, na pozitivní kvality, na zdroje v životě jedince, lapidárně řečeno na to, co funguje dobře, spíše než na problém, tedy v tomto případě nemoc.

„Duševní zdraví je stav duševní pohody (wellbeing), kdy se jedinec dokáže vyrovnat s běžnými životními stresy, realizuje svůj vlastní potenciál, dovede se dobře a produktivně učit a pracovat a je schopen přispívat své komunitě. Je to nedílná součást zdraví a pohody, která podporuje naše individuální a kolektivní schopnosti rozhodovat se, budovat vztahy a formovat svět, ve kterém žijeme. Duševní zdraví je základní lidské právo a je klíčové pro osobní, komunitní a socioekonomický rozvoj“³ (WHO, 2022a).

Přechod mezi stavem zdraví a nemoci není skokový, duševní zdraví je třeba vnímat jako kontinuum v kontextu určitého prostředí, ve kterém každý člověk funguje jinak, s různou úrovní zvládání těžkostí a běžného stresu, různě v různých časech či životních epochách a také s různými důsledky pro sociální a klinické výsledky. Je to tedy „*dynamický stav vnitřní*

³ V originále jako: “*Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community. It is an integral component of health and well-being that underpins our individual and collective abilities to make decisions, build relationships and shape the world we live in. Mental health is a basic human right. And it is crucial to personal, community and socio-economic development*” (WHO, 2022a).

*rovnováhy, který umožňuje jedincům využívat vlastní schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti*⁴ (Galderisi, 2015, s. 232).

Duševní zdraví se dle Galderisi (2015) skládá z několika základních komponentů, které v různé míře přispívají k stavu vnitřní rovnováhy. Jde o základní kognitivní a sociální dovednosti; schopnost pochopit, formulovat a vyjadřovat vlastní emoce, empatii vcítit se do druhých; dále flexibilitu a schopnost vyrovnat se s nepříznivými životními událostmi a naplňovat své sociální role a funkce ve společnosti; a v neposlední řadě harmonický vztah mezi tělem a myslí.

V životech se kombinují různé individuální, sociální a strukturální determinanty, které dokážou ochránit nebo naopak podryvat naše duševní zdraví. Naprosto zásadní je během dospívání podporovat pozitivní, ochranné faktory, osvojovat si strategie zvládání stresových situací a dalších životních zátěží, pečovat o sebe, zvládat duševní hygienu (WHO, 2022a).

„Dobré duševní zdraví znamená, že jsme schopni cítit různé emoce, vytvářet a udržovat zdravé vztahy s ostatními i sami se sebou, vyrovnávat se s obtížemi a každodenními stresy“ (NUDZ, n.d.).

Se slovním spojením duševní zdraví se pojí několik dalších termínů jako je duševní pohoda, mentální blaho, osobní pohoda či optimální prospívání, které můžeme chápat jako další teoretické koncepty duševního zdraví (Kučera, 2015). V českém kontextu (a v této diplomové práci) se nejčastěji setkáváme s termínem *duševní pohoda*⁵, který v sobě zahrnuje celkové optimální prospívání jedince v daném kontextu. Jde o stav, kdy se člověk dobře cítí a dobře se mu daří. Jde o komplexní konstrukt sestavený z mnoha dimenzí. Duševní pohoda jedince se pak odvíjí od naplnění těchto dimenzí v jeho životě.

Podle Seligmana, který se zabývá posilováním odolnosti dětí, se duševní pohoda sestává z pěti dimenzí, kterými jsou: *„pozitivní emoce, zaujetí činností, pozitivní vztahy, smysluplnost a úspěšný výkon. Tento model nazývá zkratkou PERMA (Positive Emotion, Engagement, Positive Relations, Meaning, Accomplishment)“* (Seligman in Řiháček, 2023, s. 23). Dle Ryffové a Keyese (2006) se duševní pohoda skládá z šesti dimenzí, kterými jsou:

„Smysl života – smysl, účel a směr v životě.

Autonomie – život v souladu se svým vlastním osobním přesvědčením.

Osobní růst – míra využití vlastního potenciálu a talentů.

Zvládání prostředí – schopnost řídit životní situace.

⁴ V originále jako: *“dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society”* (Galderisi, 2015, s. 232).

⁵ V zahraniční odborné literatuře uváděno jako: *“psychological well-being”*.

Pozitivní vztahy s druhými – hloubka a vřelost vazeb s druhými lidmi.

Sebeříjetí – sebeznalost a přijetí vlastní osoby, včetně slabých stránek.“ (Ryff, Keyes in Řiháček, 2023, s. 29).

1.1.2 Duševní onemocnění, porucha

„Duševní porucha je charakterizována klinicky významnou poruchou kognice, emoční regulace nebo chování jedince. Obvykle je spojena s pocitem tísně nebo poruchou v důležitých oblastech fungování“⁶ (WHO, 2022b). Stejně jako u somatického onemocnění, je to duševní chápáno jako odchýlení od (společností definované) normy. Abychom daný stav mohli označit za duševní onemocnění, musí být naplněna jasně definovaná kritéria trvajících minimálně určitou dobu, jak je uvedeno v diagnostických manuálech. Zároveň se psychické onemocnění dle intenzity a hloubky symptomů pohybuje na škále.

Nejčastěji se duševní nemoc vyvíjí v důsledku kombinace jisté predispozice jednotlivce a expozice různým stresorům, které mohou oslabit a narušit jeho rovnováhu. Stresory mohou mít jak vnitřní příčiny (genetické predispozice nebo náchylnost k duševní poruše), tak vnější faktory (například složité rodinné prostředí, traumatické události). Pokud je stresor natolik intenzivní a ochranné mechanismy, které mají chránit duševní zdraví, nedostatečně účinné, může dojít k rozvoji duševního onemocnění, které se projevuje různými způsoby a ovlivňuje různé oblasti života jedince (Stodola, 2022). Důsledkem onemocnění může být zhoršená adaptabilita ve společnosti, stigmatizace, snížené výkony ve škole, v práci, sociální izolace.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, dle současných trendů, které zdůrazňují práci s nadějí a princip zotavení, a vzhledem k tomu, že duševní nemoc v mnoha případech není stavem konečným, neměnným, se u klientů klade menší důraz na konkrétní diagnózu a více se pracuje s konkrétními potřebami jednotlivce, jeho silnými stránkami, zdroji v jeho komunitě, podporou, kterou potřebuje.

Ačkoliv diagnózy samozřejmě existují a mezi odborníky se pro přehlednost a jistou kategorizaci využívají, ne vždy je lékařské pojmenování obtíží užitečné a nezbytné. Zároveň platí, že (diferenciální) diagnostika v dětském věku je složitá a časově náročná. S určením diagnózy se vzhledem k překotnému vývoji v tomto období života spíše otálí a stanovuje se s co největší opatrností, některé diagnózy nelze oficiálně stanovit do dovršení určitého věku (Uhlíková, 2012). A proto platí, že důležitější než nálepka v podobě diagnózy je řešení příznaků

⁶ V originále jako: “*A mental disorder is characterized by a clinically significant disturbance in an individual’s cognition, emotional regulation, or behaviour. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning*” (WHO, 2022b).

a hledání vhodné podpory co nejdříve po vypuknutí potíží, tedy i v situaci, kdy ještě není k dispozici posudek lékaře.

Při práci s dětskými klienty se tedy častěji než pojem onemocnění používají pojmy duševní obtíže, problémy v duševním zdraví, duševní nepohoda⁷ apod., a to i z toho důvodu, že se k pojům označující psychické onemocnění či poruchu ve společnosti stále váže mnoho předsudků a jsou vnímány jako stigma. Zde je nutné dodat, že situace se s časem proměňuje a až 80 % dětí je přesvědčeno o tom, že se duševní problémy mohou objevit u každého z nás (Česko v datech, 2023) a že „riziko stigmatizace jedince psychiatrickou péčí a případně diagnózou je nesrovnatelně méně nebezpečné pro jeho další vývoj v porovnání s riziky neléčeného duševního onemocnění“ (Uhlíková, 2012, s. 371).

1.1.3 Resilience, psychická odolnost

Tématem úzce spjatým s duševním zdravím je psychická odolnost jedince, jeho resilience. Resilience je definována jako schopnost se pozitivně adaptovat – vyrovnat se či dokonce růst, a to navzdory výrazné změně či nepříznivým podmínkám, nepřízni osudu⁸. Lidé se velmi liší v tom, jak reagují na běžné každodenní potíže, těžké životní zkoušky a krize. Různí se v tom, jak je daná situace zasáhne, jak ji umí překonat či jak se s ní umí vyrovnat. Někteří lidé reagují výrazně lépe, než by se v daném kontextu očekávalo, dokonce dokáží z daného tlaku prosperovat, jiní výrazně pod očekáváním (Fletcher & Sarkar, 2013).

Resilience může být chápána dvěma způsoby – jako vlastnost jedince, povahový rys nebo jako v čase proměnlivý proces. Pokud je vnímána jako vlastnost (statický stav), reprezentuje charakteristiky jedince (např. flexibilitu, optimismus, sebedůvěru, sebeúčinnost, extraverci, zvědavost apod. – protektivní faktory) umožňující mu se adaptovat na nové okolnosti (Fletcher & Sarkar, 2013). Koncept resilience jako povahového rysu v sobě dále zahrnuje dva modely, které vysvětlují, jak fungují pozitivní faktory k překonání obtíží: „*Kompenzační model označuje ‚pozitivní faktory‘, které kompenzují negativní vliv rizikových faktorů. Zatímco model ochranného faktoru vysvětluje ‚ochranné faktory‘, které zmírňují vztah mezi rizikovými faktory a negativními výsledky. Tyto dva typy faktorů jsou v literatuře známy pod dvěma termíny ‚ochranné faktory‘ nebo ‚podporující, podpůrné faktory‘*“⁹ (Ostaszewski, 2020, s. 1221). Tento koncept v sobě naznačuje, že odolnost je kvalita, kterou člověk má nebo nemá.

⁷ V zahraniční odborné literatuře častěji jako: „*mental health issues, mental health condition*“.

⁸ V zahraniční odborné literatuře uváděno jako: „*adversity*“.

⁹ V originále jako: „*Compensatory model indicates ‘positive factors’ that offset the negative effect of risk factors. Whereas the protective factor model explains the ‘protective factors’ that moderate the relationship between the*

Naopak dynamický koncept resilience jako procesu uznává, že účinky ochranných a podporujících faktorů se budou lišit kontextuálně (dle situace) a časově (dle určitého okamžiku a dle životní epochy jednotlivce), pokud se okolnosti mění, mění se i odolnost. Z toho vyplývá, že ačkoliv už se jedinec s určitou krizí během svého života setkal a uměl ji překonat, nemusí se mu to při zopakování podařit znovu (Fletcher & Sarkar, 2013). Zároveň z tohoto konceptu vyplývá, že resilienci je možné posilovat (i oslabovat) (Horký, 2024).

Resilience zajišťuje udržení duševního zdraví, zmírňuje dopady krizí a urychluje zotavení. Je tedy výrazným ochranným faktorem proti vzniku duševní nepohody, psychiatrických obtíží. Podpora resilience je velmi efektivní forma prevence a včasné intervence; měla by být tedy velkým tématem pro pečovatele, ale i pro školy a preventivní sociální služby. Resilienci výrazně posiluje, a mezi její nejvýznamnější faktory patří, podporující výchovný styl a efektivní komunikace primárních pečovatelů, podporující školní prostředí a smysluplné volnočasové aktivity (Ostaszewski, 2020), smysluplné vztahy (Galderisi, 2015) nebo i to, že v okolí dítěte je někdo, kdo funguje jako jeho vzor (Horký, 2024).

1.2 Duševní zdraví dětí a dospívajících v ČR

Ačkoliv z hlediska biologického je dospívání období síly, vrcholu fyzického zdraví a výjimečné plasticity, zároveň je to období, kdy mají lidé největší sklony chovat se riskantně a kdy je člověk náchylný k duševním onemocněním jako je deprese, sebevražedné chování, poruchy příjmu potravy a závislosti (Ostaszewski, 2020).

V posledních několika letech se v ČR, ale i celosvětově, mluví o krizi v oblasti dětského duševního zdraví. Vzrostl počet případů akutní i posttraumatické stresové poruchy, depresí, úzkostí a s nimi spojených somatických obtíží, poruch příjmu potravy, sebepoškozování a závislosti jako je netolismus (Bínová & Havelka, 2021; Medical Tribune, 2022; Uhlíř, 2022; Vrbková, 2022). Dle WHO (2021) zhruba 13 % dospívajících ve věku 10-19 let má vlastní zkušenost s duševní nemocí, mezi nejčastější patří deprese, úzkosti, poruchy chování. V Evropě pak mají největší zastoupení deprese a úzkosti, kterými trpí až 55 % dětí (Česko v datech, 2023). „*Během poslední dekády stoupl počet pacientů do 18 let ošetřených u dětského a dorostového psychiatra o více než 50 %* (VZP, 2022).

risk factors and the negative outcomes. These two types of factors are known in the literature under two terms 'protective factors' or 'promotive factors'” (Ostaszewski, 2020, s. 1221).

Dle Psychiatrické ročenky Ústavu zdravotnických informací a statistik (dále jako ÚZIS) (2023) bylo v roce 2022 léčeno 63 180 dětských pacientů (34 834 chlapců, 28 346 dívek). Dle posledního výzkumu Národního ústavu duševního zdraví (dále jako NUDZ), který se zaměřil na žáky 9. tříd (zde je třeba brát v potaz, že v 9. ročníku děti dělají přijímací řízení a často mají pak nastoupit na novou školu, takže výsledky nejde aplikovat plošně pro všechny věkové skupiny dětí a dospívajících) se u 30 % dotazovaných projevily znaky ukazující na středně těžké až těžké úzkosti, u dalších 40 % navíc znaky středně těžké až těžké deprese (NUDZ, 2023).

Příznaků duševní nepohody si u svých vrstevníků všímají i samotné děti a dospívající. „Z průzkumu vedeného se 400 dětmi ve věku 12-19 let vyplynulo, že se u svých kamarádů nejčastěji setkávají s neklidem a nepozorností. Téměř 47 % z nich se ale svěřilo i s tím, že u kamarádů pozorují sebepoškozování či sebevražedné myšlenky, tedy mají ve svém okolí někoho, kdo minimálně přemýšlel, že si bude ubližovat“ (Česko v datech, 2023).

Důsledkem (i) těchto obtíží je sebevražedné chování a sebevraždy, které jsou dnes v ČR třetí hlavní příčinou úmrtí v adolescentní skupině 15-19 let (Hrivíková et al., 2018), u více než 90 % dokonaných sebevražd dospívajících bylo zjištěno alespoň jedno duševní onemocnění (Prajsová et al., 2018). Neřešená duševní nepohoda může přetrvat (a gradovat) až do dospělosti, což výrazně omezuje možnosti jedince vést v dospělosti plnohodnotný život.

Situace v ČR je složitá, nicméně pokud se podíváme na data v rámci západní Evropy, dá se očekávat, že se v průběhu času může ještě výrazně zhoršit. Dle statistik ze zprávy UNICEF (2021) byla v ČR prevalence duševního onemocnění u dětí ve věku 10-19 let 11 %, podobně tomu bylo u zbytku východní Evropy, například Slovensko 11,2 % a Polsko 10,8 %. Nejnižší prevalenci mezi západními evropskými zeměmi vykazovalo Dánsko, a to 15 %, naopak nejvyšší Španělsko, a to 20,8 %. U sousedních států ČR to bylo 16 % v Německu a 18,2 % v Rakousku.

Projevy duševní nepohody jsou velmi široké a záleží samozřejmě na konkrétním typu obtíží či onemocnění. Příznaky psychických problémů v dětském věku mohou být relativní a vždy je nutné dát je do kontextu s věkem a stupněm vývoje dítěte. Nelze ale říci, že jsou u dětí méně vážné než u dospělých. Obecně jde k příznakům u této cílové skupiny říci, že by měl rodič, pedagog či jiná blízká osoba zpozornět vždy, když se nějakým způsobem výrazně změní chování či prožívání dítěte. Tedy dříve klidné, tiché dítě je velmi agitované a často rozrušené či naopak z extrovertního, komunikativního dítěte se stalo tiché, uzavřené, bez zájmu. Varovné signály, kterých je třeba si dále všítmat, jsou změny ve školním výkonu, změny nálad a celkového ladění, uzavřenost, izolace, nekomunikativnost nebo naopak pocity euforie,

podráždění, projevy úzkosti, změny ve stravovacích a spánkových (včetně nočních můr) návycích, ztráta zájmu a motivace, sebepoškozování, přemýšlení o sebevraždě (NUDZ, n.d.; Uhlíková, 2012). Zároveň je třeba mít na paměti, že dětští pacienti mají somatické stesky (typicky se jedná o neurčité bolesti hlavy, žaludku, únava), tedy vyjadřují duševní problémy tělesnými příznaky, a to více než dospělí (Marxtoová & Marečková, 2007).

Náročné u dospívajících pacientů je odlišit, zda dané projevy, kterých si všímáme, opravdu signalizují přítomnost závažnějšího problému nebo jsou standardním projevem vývojové fáze dospívání. „*K normální adolescenci patří intenzivní emoční prožívání, labilita, výraznější výkyvy nálad, prudší afekty*“ (Uhlíková, 2012, s. 369). Avšak kupříkladu „*negativismus může být součástí puberty a vymezování se vůči dospělým. Může nám ale také signalizovat možné asociální rysy ...Negativismus, ztráta zájmů a uzavírání se do sebe mohou být příznaky deprese...*“ (Marxtoová & Marečková, 2007).

1.2.1 Specifika práce s dětmi a dospívajícími

Spolupráce s dětskými a dospívajícími klienty je v některých oblastech výrazně složitější než jednání s dospělými pacienty. Je to zranitelná cílová skupina, do jejíhož procesu léčby je třeba zapojit celé blízké okolí dítěte tak, aby byla podpořena jeho zdravá socializace a utváření jeho sociální role v životě (Marxtoová & Marečková, 2007).

Co je opravdu specifické u péče o děti a dospívající, je jednání se zákonnými zástupci. Aby spolupráce s klientem (výjimkou jsou kontakty v rámci krizové intervence) byla možná z hlediska legislativy, musí dát souhlas zákonný zástupce či zástupci dítěte. Samozřejmě ale, aby spolupráce dávala smysl, musí souhlasit i samotné dítě, dospívající. Pokud je některá z těchto stran nesouhlasící, nespolupracující, je často obtížné, ne-li nemožné, zajistit, aby intervence byly užitečné a efektivní, aby klientovi pomáhaly. Výjimkou z pravidla je nedobrovolná hospitalizace na psychiatrii. Důvodem pro ni je „*...u dospívajících stav, kdy jedinec bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí. V tomto případě lze adolescenta hospitalizovat v situaci, kdy nesouhlasí ani on ani jeho zákonní zástupci*“ (Uhlíková, 2012, s. 71).

Práce s dítětem, dospívajícím je práce s celým rodinným systémem. Ačkoliv i u práce s dospělým klientem je ideální spolupracovat s celým systémem, celou komunitou, u nezletilých pacientů je specifické to, že do svých 18 let nemají oficiálně možnost tento rodinný systém svévolně opustit. A to i ve chvíli, kdy rodinný systém duševní obtíže dále eskaluje či je dokonce jejich hlavní příčinou.

Další oblast, která je specifická u dětských klientů, je školský systém. Zásadní je povinná školní docházka, nicméně i další stupeň školství, ačkoliv už není povinný, tak má stále zásadní vliv na aktuální a budoucí duševní pohodu, potažmo kvalitu života daného jednotlivce. Zde je důležité upozornit, že dítě ve vzdělávacím systému svou obtíž trpí sekundárně skrz reakci a postoj vrstevníků, spolužáků a okolí na jeho nestandardní, nevhodné chování (Marxtoová & Marečková, 2007).

Specifické problémy, které se pojí s péčí o tuto cílovou skupinu, jsou nedostatečná informovanost ohledně duševního zdraví, nedostatečná prevence a včasný záchyt, nízká dostupnost včasné odborné diagnostiky a včasných intervencí; dále je to stigmatizace a nedostatečná koordinace jednotlivých služeb (Hrivíková et al., 2018).

Děti samy uvádí, že jim ve složitých situacích pomáhá kontakt s kamarády či fakt, že se mají komu svěřit, jako důležitý vnímají i pravidelný spánek a kontakt s domácím mazlíčkem (Česko v datech, 2023).

1.2.2 Příčiny problémů s duševním zdravím u dětí a dospívajících

Etiologii duševní nepohody a onemocnění lze obecně charakterizovat jako velmi komplikovanou, multifaktoriální a různorodou, v některých situacích dokonce jako neznámou. Je vždy třeba brát v potaz všechny dimenze bio-psycho-socio-spirituálního modelu lidského zdraví (Engel, 1977; Sulmasy, 2002), časové hledisko a aktuální situaci daného jedince, rizikové události poslední doby. Všechny tyto složky jsou v interakci, jako příčinu obtíží tudíž nelze určit pouze jednu. Dynamiku rozvoje problémů s duševním zdravím lze znázornit jako: existence predispozic k daným potížím – spouštěče – časový rámec (aktuální situace jedince).

Biologická dimenze celostního modelu je zastoupena především v mozku, kde se mohou díky genetice, dědičnosti, aktivitě nervové, hormonální a imunitní soustavy vytvořit dispozice k daným obtížím; patří sem například i rizikové chování matky v době těhotenství, léky či užívání drog. Do psychologické dimenze bychom zařadili rané zážitky dítěte, kognitivní procesy dítěte, jeho zvládací mechanismy, traumatické zážitky a stres.

Do sociální dimenze patří rodinné a vrstevnické vztahy a mezilidské vztahy obecně, sociální prostředí (škola, volnočasové aktivity). V této dimenzi můžeme hledat spouštěče duševního onemocnění. Do spirituální dimenze, ačkoliv u malých dětí je méně akcentovaná, můžeme zařadit smysl života, pocit sounáležitosti, spojení s něčím větším. Opravdový rozvoj duchovní, hledání něčeho vyššího vlastním úsilím můžeme zařadit do období adolescence (Vymětal, 2003).

1.2.2.1 „Tradiční“ faktory působící na zdraví dětí

Dříve než budou uvedeny nové fenomény, výzvy, kterým děti a dospívající musí v současnosti (na rozdíl od předchozích generací) čelit a které mají vliv na jejich duševní pohodu, je třeba zmínit „tradiční“ faktory, jež byly ve hře vždy. Jde především o vliv rodiny, a to jak z pohledu genetické výbavy (genetického profilu), kterou dítě získává od rodičů, tak z hlediska rodinného systému a prostředí, kde jedinec žije a způsob jakým dítě žije, jeho životní styl. Geny ovlivňují temperament dítěte, jeho resilienci a predispozici k určitému onemocnění. U některých nemocí hraje dědičnost velmi podstatnou roli. Duševní choroby jsou často generačně reprodukovány, až 70 % dětí s vážnějším duševním onemocněním se narodilo rodičům, u kterých bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění (Rasic et al., 2014).

Co se týče rodinného prostředí, velkou roli hraje samozřejmě vazba, kterou si dítě vytvořilo se svým primárním pečovatelem, a dále výskyt sociálně patologických jevů a traumat v rodině typu adopce, násilí, látkové i nelátkové závislosti, chudoba, dlouhodobé chronické nemoci a hospitalizace dítěte samotného či primárního pečovatele, psychiatrické onemocnění rodiče, úmrtí v rodině, konflikt či rozvod rodičů, ústavní péče, bydlení ve vyloučené lokalitě či příslušnost k marginalizované skupině apod.

Zásadní vliv rodinného prostředí na duševní zdraví dětí lze vyčíst i ze statistických dat. Děti z neúplných, sociálně znevýhodněných rodin tvoří podstatnou část dětí s duševními obtížemi (Raboch & Wenigová, 2012). Od rodinného prostředí se pak částečně odvíjí i další faktor, který byl vždy přítomný, a to nezdravý životní styl, kam patří sociálně patologické chování, jako jsou závislosti, nezdravý přístup ke zdraví – nevhodná strava, nedostatek pohybu, nedostatek spánku a odpočinku.

Vedle rodinného prostředí má velký vliv na děti vzdělávací prostředí. Dítě zpravidla nejpozději od svého 5. či 6. roku tráví v prostoru formálního a neformálního vzdělávání (tedy kroužky, sportovní kluby a další zájmové volnočasové aktivity) podstatnou část dne, takže má na jeho rozvoj a prospívání podstatný vliv. Nejde pouze o systém jako takový, ale přístup konkrétní školy (existují velké rozdíly ve školních prostředích z hlediska atmosféry, bezpečného prostoru pro rozvoj), respektive přístup konkrétního, například třídního, učitele. S některými obtížemi je školní prostředí přímo spjato, jsou to například školní fobie, úzkost související s testy či selektivní mutismus (Ležáková, 2017).

Pokud už je dítě jistými obtížemi zatěžkáno a nese si je třeba z rodinného prostředí, důležitá je všímavost učitelů, aby situaci monitorovali a řešili a zároveň jejich pochopení, že dítě, které není v duševní pohodě, se nedokáže adekvátně soustředit a mít odpovídající školní

výkony. „Aby se žák mohl učit a vytvořit si vztah k poznání, musí být naplněny jeho základní lidské potřeby: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, potřeba sounáležitosti a potřeba uznání“ (SOFA, 2021).

Abychom doplnili vliv prostředí, se zvyšujícím se věkem dítěte je velmi podstatný vliv jeho vrstevníků, vztahy s nimi, případně naopak nedostatek těchto vztahů a sociální izolace. Dalšími „tradičními“ rizikovými faktory jsou pak různé traumatické záležitosti. Patří sem ty, které se odehrávají v rodinném prostředí a byly zmíněny výše v textu, tak i další nenadálé situace jako jsou dopravní nehody, živelné katastrofy, násilné napadení, znásilnění apod. Nutno podotknout, že rizikové faktory mají kumulativní charakter, vzájemně interagují a posilují výsledný efekt, tedy porucha se stává vážnější (Marxťová & Marečková, 2007).

1.2.2.2 Výchovné styly primárních pečovatelů – protektivní primární pečovatelé

Jak již bylo v textu několikrát zmíněno, zásadní vliv na duševní zdraví dětí a dospívajících má výchova a způsob komunikace primárních pečovatelů, tedy jejich rodičovský styl. Studie (Merlin et al., 2013) vycházející ze třech rodičovských výchovných stylů – autoritářský¹⁰ (náročný, kontrolující a odmítající rodič), autoritativně vzájemný¹¹ (náročný, kontrolující a akceptující, demokratický rodič), shovívavý¹² (laissez faire, permissivní – nenáročný a nekontrolující rodič) – z hlediska psychického zdraví výrazně upřednostňuje autoritativní styl výchovy jako ten nejvíce vhodný, posilující resilienci dítěte.

Naopak pak „psychopatologie je jednou z dimenzí pozitivně korelujících s autoritářským rodičovstvím...dětí s kontrolujícími rodiči mají větší pravděpodobnost vzniku deprese než děti s demokraticky vychovávajícími rodiči. Sebevražedné myšlenky a sebevražedné chování jsou také zvýšené u dětí s autoritářskými rodiči“¹³ (Merlin et al., 2013, s. 35). Také úzkosti, celková nespokojenost a nedůvěra vůči světu, potřeba perfekcionismu a psychologická neflexibilita jsou u těchto dětí častější. Děti nenáročných, nekontrolujících rodičů mají v důsledku nedostatku hranic méně rozvinutou sebekontrolu, naopak vysokou míru agrese a jsou ve vyšším riziku sebedestruktivního chování (Merlin et al., 2013).

Specifickou a velmi aktuální kategorií posledních let jsou postoje a styl výchovy příliš protektivních rodičů, kteří mají potřebu za děti všechno řešit, nepřenechávají jim odpovědnost,

¹⁰ V originále jako: “controlling parents”.

¹¹ V originále jako: “guiding parents”.

¹² V originále jako: “permitting parents”.

¹³ V originále jako: “Psychopathology is one of the dimensions positively correlated with controlling parenting... Children with controlling parents are more likely to have depression than children with guiding parents. Suicidal ideation and suicidal behavior is also increased in children with controlling parents” (Merlin et al., 2013, s. 35).

přepečovávají je. S přehnaně chránícími, „helikoptérovými rodiči“¹⁴ je pak spojena generace křehkých dětí, takzvaných „sněhových vloček“¹⁵. Ti i díky nadměrnému zapojování rodičů do jejich života mají zvýšenou potřebu cítit se trvale v bezpečí, což přispívá k jejich trvalé infantilizaci, a v důsledku toho například preferují žít i v dospělosti s rodiči více než předchozí generace (Cirlig, 2022). „*Získávání vlastností sněhových vloček způsobuje především výchovný styl jejich rodičů a digitální život (sociální sítě)...Styl výchovy budoucí sněhové vločky je založen na otevřenosti, extrémní péči a ochraně dětí před jakýmkoli stresem*“ (Závodná et al., 2022, s. 82).

Tato skupina dospívajících je označována jako méně kompetentní pro samostatný život, méně odolná vůči urážkám, často více plačtivá, precitlivělá, protože „...*přehnaně ochranářští rodiče zajišťují svým dětem perfektní prostředí, zbavují je schopnosti zažít porážku a ujišťují je, že jsou jedinečné. Právě proto mladá generace není schopna přijmout žádnou kritiku, a pokud se objeví, berou ji velmi špatně*“¹⁶ (Zalewska, 2021, s. 311).

Dle některých studií (Fletcher & Sarkar, 2013) lidé, kteří se museli potýkat s nepříznivým osudem, uvádí lepší duševní zdraví než lidé, kteří nemuseli překonat obtíže. Ze studií tedy vyplývá, že vystavení složitým životním situacím pomáhá mobilizovat dříve nevyužité zdroje a zapojit síť sociální podpory jednotlivce a pocit, že člověk dokáže v budoucnu složité situace opět zvládnout. „*Ti, kteří zažili různé nepříjemné situace, ať už rozvod rodičů, nebo rozdíly v přístupu k sourozencům a nedostatek podpory či pochvaly, v tomto ohledu dané vlastnosti sněhové vločky spíše nesplňují*“ (Závodná et al., 2022, s. 82).

Nevýhody ochranného přístupu se rodičům vyjeví v dospívání, kdy od dětí chtějí pomoci například v domácnosti a „*očekávají, že to budou umět. Jenže ony se to nenaučily. Často za děti děláme spoustu věcí, aby to bylo správně a rychle. Nenecháme je dělat chyby, nenecháme je zapomenout si věci, nenecháme je se vztekat a chvíli trápit. Když potom přijde dospívání, které je spojené s potřebou vzdoru, aby si dítě mohlo vybudovat vlastní osobnost, je najednou ztracené. Neví, co chce*“ (Pozdílková, 2022).

Jiní ovšem oponují, že označení sněhových vloček je neadekvátní, stigmatizující, protože situace mladých je více způsobena náročnějšími podmínkami, kterým musí v začátcích svého života čelit, než tím, že by byli přepečováni (Winkler, 2024).

¹⁴ V originále jako: “*helicopter parents*”.

¹⁵ V originále jako: “*snowflakes generation*”.

¹⁶ V originále jako: “*Overprotective parents allow their children to have a perfect environment, depriving them of the ability to experience defeat, and making sure they feel unique. This is why the young generation isn't able to take in any criticism whatsoever and when it's there they take it really badly*” (Zalewska, 2021, s. 311).

Další uznávají, že mladí jsou opravdu citlivější, ale tato situace je více než rodičovskou protektivní výchovou důsledkem sociálních sítí (Zalewska, 2021). Odborná diskuze na toto téma stále není uzavřena.

1.2.2.3 Moderní komunikační technologie, sociální sítě

Jak bylo výše uvedeno, digitální život dětí (sociální sítě a obecně internet a digitální komunikační technologie) je některými odborníky (Abi-Jaoude et al., 2020; Horáček, 2023a; WHO, 2021, Zalewska, 2021) akcentován jako hlavní příčina duševní nepohody. Ačkoliv konsenzus, do jaké míry je život online problematický a nezdravý, není. Nadále však platí, že *„významnějším faktorem než čas strávený na sociálních sítích zůstává způsob, jakým sociální sítě používáme a čemu se na nich věnujeme“* (Kolouch et al. 2023, s. 191).

Podle kanadské metaanalýzy z roku 2020 (Abi-Jaoude et al.) využívání chytrých mobilních telefonů a sociálních sítí zvyšuje duševní nepohodu – snižuje pocit štěstí a životní spokojenosti, a naopak je spjato se sebepoškozujícím chováním a sebevraždami mezi mládeží; s větším efektem u dívek. Sociální sítě slouží k inspiraci a normalizaci sebepoškozování a sebevražd. Mezi životem v online prostředí a růstem obtíží lze najít i časovou shodu. Mezi roky 2009 a 2011 se společenský život adolescentů přesouval z offline stýkání do virtuálních kontaktů, aby pak v roce 2012 byl online každý. Velmi krátce na to, především mezi mladými ženami, prudce vzrostly deprese, úzkost, sebepoškozování, sebevraždy a poruchy příjmu potravy (Zalewska, 2021).

Jednou z příčin negativního vlivu internetu je obrovské množství (neuspořádaných, nestrukturovaných) informací, které lidský mozek nebyl zvyklý zpracovávat a kterými je zahlcován. Problém není pouze kvalita a kvantita těchto zpráv, ale také jejich emoční ladění. Díky přirozenému fungování lidské psychiky, *„lidský mozek má tendenci směřovat spíše k negativním myšlenkám a generovat negativní prožívání“* (Suchý & Světlák 2023), a chytrým algoritmům¹⁷, které na internetu fungují, musí náš mozek zpracovávat obrovské množství negativních zpráv. Dle Horáčka (2023b) *„konzumace negativních zpráv o covidu nebo válce, ale i dalších událostech, která trvá více než dvě a půl hodiny denně nebo si ten zdroj informací zkontrolujeme více než sedmkrát denně, pak přecházíme jistou hranici, kdy jsme si ten negativní pohled schopni kompenzovat. Poté už toho schopni nejsme, stoupá úzkost a depresivita“*. Velkým problémem jsou i dezinformace, které mohou být důvodem rodinných sporů a rozkolů (Horáček, 2023b), a tedy dalších rizikových situací pro vznik duševních obtíží.

¹⁷ která vytváří například takzvané komnaty ozvěny, více viz (Horáček, 2023a).

S využíváním mobilních telefonů a dalších zařízení souvisí i narušení spánkového režimu, respektive chronická spánková deprivace a snížená kvalita spánku ústící v ospalost během dne, nižší výkonnost, horší akademické výsledky, socioemocionální regulaci. U dětí a dospívajících má negativní vliv na dozrávání mozku. „Bylo prokázáno, že používání elektronických obrazovek před spaním narušuje spánek hned několika způsoby: delší doba k usínání a snížená večerní ospalost, snížená produkce melatoninu, zpoždění cirkadiánních hodin, snížené množství a zpoždění REM spánku a snížená bdělost následujícího rána“¹⁸ (Abi-Jaoude et al., 2020, s. 138).

V neposlední řadě, pokud se bavíme o sociálních sítích, je třeba zmínit obrovský tlak na to být stále online, stále sdílet a sledovat sdílení, strach z promeškaných příležitostí, strach, že o něco přijdu¹⁹. Zároveň má člověk tendence neustále se s někým srovnávat a porovnávat ostatní, hodnotit a být hodnocen, tedy tendence k sociálnímu srovnávání (Kolouch et al., 2023).

Dále je nutné zmínit netolismus, chorobnou závislost na internetu a jeho službách, který má stejně jako ostatní závislosti negativní vliv na život jedince a jeho okolí. Psychologická rizika spojená s netolismem jsou například poruchy paměti, zhoršení mezilidských vztahů, včetně rodinných a partnerských, úzkost ve vztazích, neschopnost řešit problémy v komunikaci apod. (SZÚ, n.d.). Ačkoliv v některých případech může být problematické používání internetu, zdánlivá závislost spíše než primární poruchou mechanismem ke kompenzaci zátěžových situací, projevů deprese či úzkosti (Kolouch et al., 2023).

Jako další příčinu, proč mají sociální sítě negativní vliv, lze uvést přesun negativních zkušeností z běžného offline života, do online prostoru. Jedná se například o kyberšikanu, sexuální obtěžování, pomsty bývalých partnerů (s například speciální kategorií sdílení soukromých erotických materiálů bez souhlasu, jako je například „porno z pomsty“²⁰), problémy s nejistotou ohledně vlastního těla a porovnávání se s ostatními apod.

Pro úplnost je třeba dodat, že odborná literatura zná i pozitivní vliv sociálních sítí, a tím je efekt sociálního kapitálu. Sociální sítě nabízí širokou síť vztahů, které nám mohou pomoci například při zjišťování informací, hledání zaměstnání, volbě studia, sdílení podobných zkušeností apod. (Kolouch et al., 2023).

¹⁸ V originále jako: “*use of electronic screens before bedtime was shown to disrupt sleep in multiple ways: longer time to fall asleep and decreased evening sleepiness, reduced melatonin secretion, circadian clock delay, reduced amount and delay in rapid eye movement sleep, and reduced next-morning alertness*” (Abi-Jaoude et al., 2020, s. 138).

¹⁹ V originále jako: “*fear of missing out*” zkráceně FOMO (Kolouch et al., 2023).

²⁰ V originále jako: “*revenge porn*”.

1.2.2.4 Environmentální problematika

Další faktor, který má vliv na duševní pohodu dětí a dospívajících, je jejich prožívání klimatické změny, environmentální senzitivita a s ní spojená ekologická úzkost či environmentální žal. Cunsolo a Ellis (2018) uvádí, že environmentální žal je soubor negativních emocí spojených se zármutkem ze ztráty a ničení přírodních zdrojů a životního prostředí. Environmentální žal je prožíván na škále, která začíná obavami, zda může náš život pokračovat v současné kvalitě a pohodlí, až po strach o zdraví a životy naše a našeho okolí. Prožívané pocity se pohybují na škále od „pouhých“ obav o naše pohodlí a kvalitu života, pokračují přes strach o zdraví nás a našich blízkých, až po vztek na lidstvo a negativní vize ohledně budoucnosti lidstva spojené s odmítáním mít potomky.

Environmentální žal nebo úzkost může spustit vlastní zážitek (živelná pohroma), pohled na zničenou přírodu (fotografie deforestace) či samotné vědomí a obavy z dalšího vývoje a neudržitelnosti současné situace (Cunsolo & Ellis, 2018). Nejčastější negativní emoce spojené s prožíváním tohoto typu žalu jsou strach, hněv, znechucení, úzkost, bezmoc, smutek, stud a pocit viny a vědomí odpovědnosti (na rozdíl od našich předků) za danou situaci a její řešení. Konstantní stres a smutek pociťované jedinci trpícími environmentálním žalem může přerůst až v deprese či úzkosti (Cunsolo & Ellis, 2018; Suchý & Světlák, 2023).

Pro doplnění je však třeba uvést, že odborníci tvrdí, že na dynamiku environmentálního žalu se dá pohlížet i s opačnou kauzalitou, tedy že *„úzkostná mysl ve vnějším světě hledá a nachází objekty, na které by si zavěsila svoji tíseň“* (Suchý & Světlák, 2023).

1.2.2.5 Vliv aktuálních světových událostí: Covid-19 a válka na Ukrajině

Mezi hlavními viníky bezprecedentní krize v oblasti dětské psychiatrie je uváděn dopad pandemie covid-19 a s ní spojená sociální izolace dospívajících od svých vrstevníků a dalších důležitých osob, zákaz volnočasových aktivit, dopad distanční výuky, narušení denního režimu, strach podporovaný médii, první setkání se smrtí (Bínová & Havelka, 2021; Uhlíř, 2022), které měly vliv na zdárný psychosociální vývoj dospívajících.

Dle studie zaměřené na celou společnost mělo v jarní vlně epidemie v roce 2021 příznaky středně těžké deprese či úzkosti 16 % – 19 % respondentů. *„Ve srovnání se situací před vypuknutím epidemie se jednalo až o trojnásobný nárůst (z 6 %). Začátkem roku 2022 trápí zhoršené duševní zdraví 10 až 11 % obyvatel“* (PAQ Research, 2022).

Mezi další rizikové faktory byla zařazena válka na Ukrajině – snížení pocitu bezpečí, jistoty ohledně životních priorit, předvídatelnosti světa a naopak zvýšení pocitu beznaděje.

Sledování mediálních informací ohledně válečného dění je spojeno s pocitem vzteku a úzkosti, změnami nálada a obecně s většími obavami z války (Piotrkowski & Brannen, 2002).

Ve studii (Riad et al., 2022) mezi studenty na českých univerzitách²¹ byla zjištěna pozitivní korelace mezi obavou ohledně války a úzkostí a obavou ohledně války a depresí. Více než jedna třetina účastníků vykazovala střední až těžké úzkosti a deprese. Během prvního měsíce válečného konfliktu vykazovali účastníci studie velkou míru obav a podobných negativních emocí. Ženské pohlaví, vyšší frekvence sledování zpráv a používání sociálních sítí byly spojeny s vyššími úrovněmi úzkostných a depresivních symptomů. Tyto výsledky naznačují, že právě tyto faktory jsou rizikovými pro vznik psychického onemocnění.

Z událostí několika posledních měsíců, které pravděpodobně také nějakým způsobem zasáhnou psychickou pohodu dětí a dospělých, je to masové střelení na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy z konce prosince roku 2023. Ačkoliv odborné studie nejsou k dispozici, míra, s jakou tento tragický den naruší pocit bezpečí a pohody, jistě nebude zanedbatelná nejen u obětí a jejich rodin, ale i v celé společnosti.

Kromě těchto třech výjimečných a neobvyklých situací, jakými je světová pandemie a válka na kontinentu, které duševní nepohodu dětí prohloubily, má na psychosociální rozvoj dětí a dospívajících velký vliv i tempo doby, které je spojené s vyšším tlakem na výkon a aktivitu (Pozdílková, 2022) a zároveň s obrovskou nejistotou ohledně blízké budoucnosti. Tato neschopnost předvídat je velmi stresující a má negativní vliv na duševní zdraví jedince, je „*spojená se zvýšením stresových hormonů, což je spojeno jednak s kardiovaskulárním systémem a jednak se zvýšením rizika onkologických onemocnění. Také to přímo souvisí s rozvojem úzkostných poruch, depresí, sebevražedných myšlenek, ale i s jistou rigiditou myšlení.*“ Pro zachování zdraví se tak část lidí, včetně dospívajících, obrací ke konspiračním teoriím a dezinformacím (Horáček, 2023b).

Faktorů, majících vliv na duševní pohodu dětí, které dříve neexistovaly či takový vliv neměly, je samozřejmě ještě více, než kolik jich bylo zmíněno výše. Záleží i na pohledu konkrétního odborníka, jaké z nich akcentuje. Například Höschl v článku *Nárůst duševních poruch u dětí* (2019) dále uvádí následující faktory, které mohou hrát roli, a těmi jsou: negativní změna v prožívání mladých lidí ve vnímání jejich vlastní role a pocitu (bez)moci ovlivňovat události, zvýšení věku rodičů, nová rodinná uspořádání, nedostatek příležitostí k volné hře

²¹ Čeští vysokoškolští studenti nejsou vzhledem k věku cílovou skupinou této práce, nicméně, můžeme očekávat obdobný dopad i na dospívající pod 18 let.

a například i světelný a akustický smog. Dále Höschl (2019) přidává „*psychiatrizační všedního života (už neříkáme tréma, ale sociální fobie, jedinec bez iniciativy není líný, ale depresivní atd.)*“, která souvisí s větší informovaností dětí a mladých dospělých ohledně tématu duševního zdraví, než tomu bylo u předchozích generací (Česko v datech, 2023). Považan jako další faktor pro vznik duševních problémů označuje ústavní péči, ve které „*ročně generujeme 7 000 rizikových dětí a adolescentů, kteří většinou nejsou schopni zařadit se do běžného života. Data ukazují selhávání na úrovni 80 až 85 procent*“ (Medical Tribune, 2024).

1.2.3 Rozdíly v duševním zdraví chlapců a dívek

Dle posledních dostupných psychiatrických statistik (ÚZIS, 2023) počet chlapců, kteří byli psychiatricky ošetřeni, přesahuje v absolutních číslech počet dívek, a to 34 834 chlapeckých pacientů ve věku 0-19 let oproti 28 346 dívčích (viz Tabulka 1).

Rozdíly v duševním zdraví jsou dány jak biologickými faktory (hormonální vývoj v dospívání), tak sociálními faktory (gender, výchova, rozdílná vulnerabilita dívek a chlapců v oblasti sexu a násilí), s čímž souvisí odlišné prožívání a odlišné reakce na stresové situace dle pohlaví, respektive genderu, které už se v dospívání mohou projevit. Ženy více internalizují stres (jsou pak například nepozorné), muži naopak více externalizují (projevují se pak například impulzivně, hyperaktivně), proto jsou obecně internalizační poruchy častější u žen a externalizační u mužů. Muži si méně říkají o pomoc (Nebeská, 2023).

Ačkoliv v absolutních číslech situace působí, že hlavní cílovou skupinou jsou pacienti – chlapci, klinická pracoviště zdůrazňují jiné tendence. Lékaři a další odborníci zdůrazňují proměnu cílové skupiny, hloubku problémů a nové oblasti psychopatologie, na které se museli začít více zaměřovat. „*Hospitalizovaní jsou dětští pacienti se závažnými, život ohrožujícími poruchami, pacienti po sebevražedných pokusech, se závažným sebepoškozením, se závažnou poruchou příjmu potravy*“ (Pozdílková, 2022). Z dříve typické mladší chlapecké klientely (typicky chlapci s ADHD) se odborníci musí přeorientovávat na dívčí adolescentní pacientky a s nimi spojený závažný nárůst sebepoškození, sebevražedného chování, poruch příjmu potravy a transgender problematiky (Pozdílková, 2022; Považan, 2022; VZP, 2022). „*... Číslo nárůstu genderové dysforie u dívek nás úplně vyvedlo z rovnováhy*“ (Považan, 2022).

Také nejnovější studie NUDZ (2023) mezi žáky 9. tříd ukázala, že ve všech měřených oblastech duševního zdraví jsou dívky více zasaženy. Oproti chlapcům se u nich depresivní úzkostné symptomy objevují dvakrát častěji.

Tabulka 1

Počet léčených pacientů dle vybraných diagnóz, pohlaví a věkových kategorií – děti

Diagnóza	Věková kategorie						Chlapci	Dívky	Celkem
	0-3	4-6	7-10	11-15	16-17	18-19			
F0 a G30	1	5	17	27	30	55	78	57	135
F10	0	0	0	20	24	50	50	44	94
F11-F19	0	0	0	49	182	252	290	193	483
F2	0	0	3	96	156	265	255	265	520
F3 (bez F32-F33)	0	0	2	23	63	147	79	156	235
F32-F33	0	2	22	568	793	1 115	676	1 824	2 500
F4 (bez F42)	12	83	428	3 507	3 728	5 428	3 678	9 508	13 186
F42	0	7	101	544	374	419	726	719	1 445
F5	9	22	48	885	751	668	300	2 083	2 383
F62-F69	0	1	4	145	293	980	305	1 118	1 423
F60-F61	1	3	25	293	372	445	400	739	1 139
F7	25	219	767	1 424	614	769	2 474	1 344	3 818
F8-F9	440	2 921	8 783	15 306	4 779	2 474	24 954	9 749	34 703
Ostatní	42	73	163	382	235	221	569	547	1 116
Celkem	530	3 336	10 363	23 269	12 394	13 288	34 834	28 346	63 180

Zdroj: ÚZIS. (2023). <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>

Co se týče suicidálního chování, počet sebevražd v ČR je v adolescentním věku zhruba dvakrát častější u chlapců než u dívek (ČSÚ, 2024). Ty naopak obecně vykazují vyšší počet sebevražedných pokusů, více o ní přemýšlí (Havránková, 2022) a také více případů sebepoškození. Dívky zejména ve věku 14-19 let jsou na lůžkovém oddělení z důvodu sebepoškození čtyřikrát častěji než chlapci. Ústav duševního zdraví „...eviduje zhruba tři tisíce hospitalizací pro úmyslné sebepoškození ročně“, nárůst případů zaznamenává i Linka bezpečí (Juna, 2023).

Jako jedno z vysvětlení rozdílů může být odlišné využívání a následné prožívání sociálních sítí. „Dívky a mladé ženy mají tendenci trávit více času na sociálních sítích než chlapci, jsou více vystaveny kyberšikaně a mají tendenci pocítovat více dopadů na jejich duševní zdraví. To je v souladu s nedávnými epidemiologickými trendy, které ukazují, že depresivní symptomy, sebepoškození a sebevražednost vzrostla zejména u mladých žen“²² (Abi-Jaoude et al., 2020, s. 138). Zároveň na sobě cítí větší tlak na svůj zevnějšek, a z toho plynoucí pocity nedostatečnosti, nízkého sebevědomí.

²² V originále jako: “Girls and young women tend to spend more time on social media than boys do, have more exposure to cyberbullying and show tendency to experience more mental health effects, 10,34 which is consistent with recent epidemiologic trends indicating that depressive symptoms, self-harm and suicidality have increased among young females in particular” (Abi-Jaoude et al., 2020, s. 138).

Co se týče šikany, zajímavým rozdílem mezi pohlavími je to, že chlapci spíše inklinují k fyzickému šikanování, zatímco dívky spíše využívají psychickou šikanu skrz pomluvy, exkluzi z kolektivu, izolaci (Fontana, 2014). Právě tomuto typu šikany se lépe daří v online prostoru.

Dívky (a neheterosexuální jedinci) jsou častěji oběťmi kyberšikany (ponižování, kritizování, vyhrožování, krádež hesel, dat a kompromitujících videomateriálů). Dívky jsou také častěji zapojeny do rizikového sexuálního chování spojeného se sextingem, jako je více partnerů najednou, požívání alkoholu a dalších omamných látek před sexem apod. (Rafla et al., 2014). Také je u nich větší pravděpodobnost, že se stanou obětí sexuálního zneužívání či dalších traumatizujících situací.

Chlapci naopak tráví více času počítačovými hrami a sledováním videí, tedy více se potýkají se závislostí na online hrách a pití energetických nápojů.

1.3 Systém péče o duševní zdraví dětí a dospívajících

Psychiatrická péče o duševní zdraví dětí, tedy pedopsychiatrie, je zhruba 150 let starý obor, který se vyčlenil z psychiatrie. Během těchto let prošel dynamickým vývojem, od oboru, který neměl vlastní metodiky, nástroje ani farmakologické prostředky, až po dnešní dobu, kdy může využívat specializovaných terapií, vlastní diagnostické nástroje a zároveň se snaží o meziresortní přístup. Přesto dle odborníků stále platí, že je to málo uznávaný lékařský obor, na který systém zapomíná. „*Pedopsychiatrie je Popelka. Popelka v rámci psychiatrie i Popelka v rámci pediatrie. Aktuálně vyhnána do lesů hledá cestu k sedmi trpaslíkům, aby konečně dostala uznání a ohodnocení, jaké jí náleží*“ (Praško, 2011).

Počátek pedopsychiatrie můžeme datovat rokem 1871, kdy Karel Slavoj Amerling založil ústav pro „slabomyslné“ děti Ernestinum. Další vývoj systematické péče o duševní zdraví dětí a dospívajících pak řadíme do prvních let 20. století, kdy se teprve rozvíjel výzkum, diagnostika a terapeutické přístupy. První dětskou psychiatrickou ambulanci založil v Praze v roce 1902 první profesor dětské psychopatologie v Čechách Karel Herfort (Uhlíková, n.d.).

Ačkoliv existovaly chorobince, blázince (dle tehdejší terminologie), léčebny či různá oddělení, která vedle dospělých přijímala na lůžka i dětské pacienty (viz například Bohnice, kde měli pacienti i školu), teprve v roce 1924 vzniklo v Opařanech, z původní psychiatrie pro dospělé, první zařízení pouze pro děti s psychickými poruchami, které provozovalo i moderní školu (Nosková, 2020).

Ovšem styl práce a úroveň péče byla v první polovině dvacátého století velmi odlišná a málo srovnatelná s dnešní realitou. „*Do vývoje psychofarmak v padesátých letech ani nebyla možnost psychiatrické pacienty léčit či alespoň tlumit příznaky jejich diagnóz*“ (Ryšavá Alvarézová, 2018, s. 144). A tak si opařanský ústav v první polovině 20. století „*kladl za hlavní cíl pobytu chovanců v péči slabomyslné a choromyslné vzdělávat, ne léčit...Terapeutické metody nebyly v práci s dětmi užívány*“ (Ryšavá Alvarézová, 2018, s. 144). Děti v ústavech pobývaly celoročně, bez možnosti vycházek, jejich režim byl velmi striktní, kontrolovaný, s tvrdou disciplínou, často fungovaly jako levná pracovní síla. Na druhou stranu již v roce 1929 žádal budoucí ředitel Opařan zavedení místa sociální pracovnice, která by mapovala situace rodin (především z hlediska diagnóz, které se v nich vyskytovaly, a také z hlediska finanční situace kvůli proplacení pobytu), z kterých děti pochází (Ryšavá Alvarézová, 2018).

Po roce 1948 docházelo k centralizaci péče v rámci socialistického systému, který obecně péči o zdraví a zdravotnický systém měl jako jednu ze svých hlavních programových priorit. Po roce 1989 u nás docházelo k postupnému otevírání systému (včetně psychiatrických nemocnic). Nicméně komunismus zanechal psychiatrii jako materiálně, technicky i odborně zaostalou, s velkými rozdíly v rámci regionů (MZ, 2013, s. 10). Materiální a technická stránka se pak především v oblasti dětské psychiatrie od té doby neproměnila dramaticky (Hronová, 2023).

Již od 60. let probíhala v západním světě kritika ústavní péče a s ní spojená reforma psychiatrické péče, která usiluje o postupnou deinstitucionalizaci péče, tedy přesun péče o pacienta z ústavů do vlastních komunit. Česká republika (více viz níže) se touto cestou oficiálně vydává v roce 2013 (Pfeiffer et al., 2022a), ačkoliv první náznaky přijmout do českého kontextu západní (konkrétně Itálií inspirovaný) přístup se objevovaly už v 90. letech (Košlerová, 2023; Sobotka, 2022).

Historicky v ČR nebyla diskuse o tématu duševního zdraví normou. Snahu dohnat tento deficit akcelerovala situace po pandemii covid-19, kdy téma dostalo komplexnější kontext (Česko v datech, 2023), včetně většího důrazu na preventivní intervence jak v rámci psychiatrie, tak například i v rámci školního prostředí nebo podpory znevýhodněných rodin (kde například jeden z rodičů žije s psychiatrickou diagnózou).

1.3.1 Reforma duševního zdraví z hlediska dětské psychiatrie

Reforma psychiatrické péče v ČR byla nastartována v roce 2013 schválením koncepčního dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče (MZ, 2013), v němž byla poprvé zachycena

větší snaha reformovat tuto oblast zdravotnictví. Zaměřila se však ve své první vlně především na psychiatrii pro dospělé, dětská byla řešena pouze okrajově.

Hlavním cílem reformy je snížit počty lůžek v psychiatrických nemocnicích skrz větší podporu mimo lůžko tak, aby lidé mohli fungovat i se svým duševním onemocněním v běžném životě, v domácím prostředí, v rámci své komunity. Na pomezí tří resortů vznikne síť péče, která v sobě zahrnuje služby zdravotní a sociální, služby v oblasti bydlení, práce či vzdělávání (MZ, 2013).

Reforma *„je charakteristická i odklonem od péče ve velkých psychiatrických nemocnicích a rozvojem robustní komunitní péče s cílem vytvořit vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami. Velký význam je proto kladen na koordinaci a propojenost jak jednotlivých profesí, tak i jednotlivých typů podpory a služeb“* (Kolářová, 2022). Tímto zásadním krokem má mít klient možnost naučit se lépe fungovat ve svém vlastním přirozeném prostředí a eliminuje se dlouhodobá lůžková péče v psychiatrických nemocnicích (Pfeiffer et al., 2022b). Reforma tedy cílí na zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním.

Konkrétně si vyčlenila následující strategické cíle:

- 1/ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.*
- 2/ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.*
- 3/ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.*
- 4/ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.*
- 5/ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).*
- 6/ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.*
- 7/ Humanizovat psychiatrickou péči“* (MZ, 2013, s. 30).

Hlavními tématy v oblasti dětské psychiatrie to pak jsou *„včasná identifikace obtíží, zajištění včasné diagnostiky, rozvoj sítě služeb pro děti s duševním onemocněním, transformace dětských psychiatrických léčení, a tedy zvýšení kvality péče“* (Hrivíková et al., 2018), včetně zajištění vzniku multidisciplinárních týmů na principu spádovosti. Ačkoliv ke schválení došlo v roce 2013, roky mnoho nebylo změněno kvůli nedostatku financí. Implementace strategie začala v roce 2017 rozjezdem pilotních projektů díky napojení na Evropské investiční a strukturální fondy.

Dokument Strategie reformy psychiatrické péče byl poměrně obecný, proto byl dále vypracován Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (dále NAPDZ), ve kterém byl

stanoven specifický cíl, a to zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému. To znamená větší zaměření na prevenci vzniku duševního onemocnění, a to například prostřednictvím edukace školských pracovníků, rozvoje poradenských pracovišť, vzdělávání dětí a dospívajících.

Co se však v plánu stále opomnělo řešit, je větší zaměření na motivaci pro vstup a poté podporu pedopsychiatrů, zjednodušení jejich vzdělávací dráhy a obecně zvýšení atraktivity tohoto lékařského směru (NAPDZ, 2020).

Díky financím z Evropské unie se v roce 2018 povedlo zvýšení úhrad. Díky tomu nyní rostou rychleji než ve zbytku zdravotnictví, přesto jsou náklady na pacienta v psychiatrii výrazně nižší než na somatickém oddělení, kde jsou v průměru na 130 %, v akutní péči jde dokonce o 200 % (Koubová, 2023). Projekty zahrnují vznik různých center duševního zdraví a multidisciplinárních týmů.

„Dětská psychiatrie se ale coby agenda začala výrazněji prosazovat až po roce 2017, a to díky souběžnému působení různých vlivů, které odhalovaly či otevíraly okna příležitosti (pandemická situace, politické uspořádání...). V současné době ale tyto vlivy způsobují postupný opačný efekt, který ohrožuje existenci oken příležitosti a zpomalují proces nastolení agendy“ (Stodola, 2022, s. 5).

Z fondů byly rovněž hrazeny jedny z hlavních nástrojů, jak cílů reformy dosáhnout: multidisciplinární týmy a Centra duševního zdraví (dále jako CDZ), jejichž úkolem bylo přesunout péči o klienty z velkých institucí do jejich přirozeného prostředí, a tím zkracovat délku hospitalizací a zamezovat opakovaní hospitalizací. Hlavním principem jejich přístupu se stala multidisciplinarita. CDZ začala fungovat po přípravné fázi v červenci 2018. První CDZ pro dětské pacienty vznikla až v roce 2019 na základě výzvy MZ.

Aktuální počet CDZ pro dospělé je nyní 32, existují pouze tři CDZ pro děti a adolescenty (dále jako CDZ-D) (Reforma psychiatrie, n.d.). Personální nároky na CDZ dle standardů MZ jsou vysoké a zároveň nejsou CDZ jako taková legislativně ukotvena v registru poskytovatelů sociálních služeb (Dolejšová, 2021). Kromě těchto obtíží je velkým úskalím spolupráce odlišnost jednotlivých resortů, a to jak z přístupového hlediska péče ke klientovi, metodikami přímé práce, tak ze strany legislativní úpravy služeb.

Dle reformy mají multidisciplinární týmy na základě spádovosti a formou case managementu zajišťovat tyto cíle: *„pomoc v krizových situacích (psychiatrizace problematiky), prevenci zhoršení stavu, relapsu a hospitalismu (v péči ambulance), návrat z ústavní pedopsychiatrické péče, reintegrace do běžné komunity“ (Hrivíková et al., 2018).*

Péče by měla být poskytována na základě těchto principů: včasnost péče, pozornost soustředěna na příčinu (bio-psycho-sociální přístup), komplexnost a provázanost péče (mezioborovost), individuální přístup, aktivní zapojení dítěte a rodiny, práce s přirozeným prostředím dítěte s komplexní podporou rodiny s preferencí ambulantních a terénních služeb (Hrivíková et al., 2018).

Podmínkou pro fungování této reformy je fungující spolupráce s dalšími resorty, kterých se péče a podpora klienta s duševním onemocněním dotýká. Hovoříme především o Ministerstvu práce a sociálních věcí (dále jako MPSV), Ministerstvu financí, Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy (dále jako MŠMT) a Ministerstvu spravedlnosti.

Velká část obtíží se v rámci zdravotního systému postupně přesouvá do oblasti duševního zdraví. Z celkového počtu onemocnění (dětí i dospělých) tvoří psychiatrická pětinu. Přesto, podpora státu tomuto podílu neodpovídá, z rozpočtu MZ jdou na duševní onemocnění čtyři procenta (Winkler, 2024), což je polovina toho, co do tohoto odvětví směřuje v zemích západních (Koubová, 2023). Zároveň však většina finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění stále směřuje do velkých psychiatrických nemocnic na dlouhodobou lůžkovou péči (Vrbková, 2022), ačkoliv podle ministra Vlastimila Válka jsou na reformě právě velké nemocnice škodné, protože se snížením počtu pacientů dostávají „*léčebny méně peněz od zdravotních pojišťoven, náklady na energie a provoz ale mají stále podobně vysoké*“ (ČTK, 2023).

1.1.3.1 Rezervy reformy

Vzhledem k zásadní změně paradigmatu, které se snaží reforma prosadit (deinstitucionalizaci, tedy přesunu části psychiatrické péče do komunitních služeb), její zavádění neprobíhá právě hladce. Nicméně, bylo by naivní očekávat, že takový velký posun se může odehrát bez větších problémů, podle zahraničních zkušeností zavádění reformy trvá až 20 let (Košlerová, 2023).

Velkou rezervou reformy je kontroverze, s jakou je přijímána u částí tradičních subjektů i konkrétních jednotlivců v této odborné oblasti. Proces transformace „*je velmi problematickým, kontroverzním a rozporuplně přijímaným, neboť ona změna role (dětských) psychiatrických nemocnic je často nejasná a rozdílně vnímána*“ (Stodola, 2022, s. 18). Příčinou je i fakt, že odborné názory na deinstitucionalizaci psychiatrické péče prosazované v reformě se velmi liší. Někteří odborníci stále prosazují lůžkovou péči ve velkokapacitní nemocnici jako tu hlavní a správnou a jen neradi vidí, že by se role nemocnic měla upouštět (Sobotka, 2022). Jedním z podporujících argumentů je právní odpovědnost, kterou lékař v současném systému nese. Zároveň u všech aktérů neproběhl ani posun ve způsobu nahlížení na pacienta

jako na aktivní subjekt čerpající zdroje ve svém přirozeném prostředí a preferují paternalistický přístup k pacientům. Jedná se o „*existenci konfliktu hodnot mezi jednotlivými složkami péče*“, kterou Stodola (2022, s. 95) popsal jako skrytý, leč velmi významný problém, který od zakládání komunitních služeb začal nabývat na síle.

Lapidárně by se dalo říci, že cíle reformy ještě nedobily všechna srdce pracovníků v této oblasti a nemají tedy v české odborné společnosti jednohlasnou podporu. Naopak bychom mohli shrnout, že místo jednoho jednotného (proreformního, tedy vládou oficiálně prioritizovaného) přístupu v současnosti koexistují dva rozdílné (Sobotka, 2022).

„*Většina psychiatrů je vůči centrům (CDZ-D) mírně skeptická, možná také proto, že se bojí, že nahradí jejich zařízení a seberou jim personál*“ (Hronová, 2023). A tak někteří stále prosazují investice do stávajících lůžkových kapacit a jejich navýšení v desítkách procent nebo investici do jednoho velkého jádra typu „*Národního centra dětské psychiatrie v Motole*“ (Hronová, 2023). To jsou oproti původní myšlence reformy přesně opačné tendence.

Reforma zároveň primárně mířila na skupinu dospělých (a to vážně duševně nemocných), a až poté se zaměřovala na dětské pacienty. V prvotní fázi se na tuto cílovou skupinu příliš nepamatovalo, a to ani na úrovni úpravy vzdělání dětských psychiatrů a psychologů. Z toho důvodu se s reformními kroky, včetně utváření CDZ-D začalo výrazně později. Velkou rezervu lze také vnímat v nedostatečném legislativním ukotvení CDZ a i ve velmi slabém propojení sociálního a zdravotního resortu, respektive i vzdělávacího, ve slabém zapojení některých ministerstev (Sobotka, 2022; Stodola, 2022).

Velkou rezervou reformy je resortismus, který je v přístupu, jenž má na člověka nahlížet komplexně, překvapivě silný. Bohužel žádné zastřešující *Ministerstvo pro zdravý rozvoj člověka* ještě neexistuje, takže jednotlivá ministerstva, tedy v tomto případě především MZ, MPSV, ale i MŠMT musí své aktivity vzájemně propojovat, synchronizovat a koordinovat, to se ovšem v českém kontextu v dostatečné míře stále neděje. CDZ například, ač se jedná o jedno zařízení, musí finančně fungovat ze dvou odlišných zdrojů – přes dotace na sociální služby (a tedy psaní každoročních žádostí na MPSV, respektive příslušný krajský úřad) a přes úhrady pojišťoven (tedy přes přidělování kódů jednotlivým úkonům).

Tím zásadním problémem reformy je však v současnosti výrazně nižší politická podpora, než byla při vypracovávání strategií a při jejím zavádění. K reformě péče o duševní zdraví se na MZ přistupuje velmi pasivně bez jasného vedení. Přestal se scházet její ministerský výbor a aktuálně se jí věnuje výrazně méně lidí než dříve. Ke konci roku 2022 zaniklo na reformu zaměřené oddělení o 40 lidech a v současnosti jsou na ni vyhrazeny pouze tři celé úvazky (Košlerová, 2023). Je patrné, že pro MZ není prioritou. Kriticky je proreformní částí odborníků

nahlíženo konkrétně i na osobu ministra Vlastimila Válka, který se nevyjadřuje v souladu se strategiemi vlastního ministerstva (Karasová, 2023; Košlerová, 2023).

1.3.2 Konkrétní instituce a služby zaměřené na péči o duševní zdraví dětí

Co se týče formální systémové podpory ČR při závažnějších psychických obtížích dětí, jedná se zejména o tři úrovně psychiatrické péče (psychiatrické ambulance, lůžková péče, péče komunitního charakteru), jejichž přístup k léčbě se liší, ale které by na sebe měly vzájemně navazovat, a tvořit tak souvislou síť. A dále se jedná o sociální služby, a to jak sociální péče, tak především služby sociální prevence.

1.3.2.1 Zdravotní psychiatrická péče

Psychiatrická péče na všech třech úrovních je v současnosti málo dostupná. V nemocnicích a ambulancích chybí pedopsychiatri, chybí psychiatrické sestry, terapeuti, odborný ošetřující personál v pobytových zařízeních, chybí více multidisciplinárních komunitních týmů a CDZ-D (Karasová, 2023, MZ, 2022b). Tento nedostatek vznikl souběhem několika vzájemně se ovlivňujících faktorů – politickým nezájmem a podfinancováním této oblasti zdravotnictví (v oblasti platové i materiálního a technického zázemí), velmi složitým a zdlouhavým systémem atestací dětských psychiatrických lékařů – špatně nastaveným postgraduálním studiem pro budoucí pedopsychiatry, stigmatizací oboru v rámci zdravotnictví, proměnou cílové skupiny a jejich obtíží, rušením lůžek (nejprve po převratu, a poté v rámci reformy). Zároveň s tím se nezajistilo fungování multidisciplinárních týmů tak, jak reforma navrhovala (Medical Tribune, 2022; Stodola, 2022).

Zásadním specifíkem pedopsychiatrů je fakt, že jsou v péči naprosto klíčoví, respektive jediní, kteří mohou diagnostikovat a posléze medikovat duševní onemocnění dítěte. A jsou často i jediní, kteří mohou pomoci dítěti či dospívajícímu zajistit si pro sebe péči. V rámci medicínského přístupu je pro vstup do některých zařízení a typů služeb vyžadována diagnóza, případně potvrzení na její podezření, což může přístup k péči značně komplikovat. Nicméně, celkový počet aktivních dětských psychiatrů v ČR je 180 (z čehož 86 z nich je starších 65 let) (ÚZIS, 2023). Dětských klinických psychologů, kteří, ač nelékařské profese, hrají zásadní roli v diagnostice, je v současném českém systému pouhých 90 z celkových 931 (Školoudová, 2023).

Důsledkem této komplikované situace je, že termínů k pedopsychiatrovi a stejně tak psychiatrických lůžek pro děti je dlouhodobě obrovský nedostatek. Na návštěvu

u pedopsychiatra i hospitalizaci se čeká i několik měsíců, během kterých se může situace konkrétního dítěte dále zhoršovat (ČTK, 2023; Hrivíková et al., 2018; Stodola, 2022).

Zdravotní psychiatrická péče – ambulantní

Ačkoliv vznikají i náhlé situace, kdy dítě, které bylo doteď zcela v pořádku, musí být převzato do péče psychiatrické lůžkové služby, velká část dětí před svým prvním pobytem na psychiatrickém oddělení projde nejprve ordinací pedopsychiatra, kam pravidelně dochází a je s lékařem v úzkém kontaktu.

„Na základě diagnostiky se vytváří zpravidla dlouhodobý a kontinuální kontakt mezi pacientem a psychiatrem, který nastavuje systematickou intervenci, která zahrnuje jak léčbu symptomů, prevenci i následnou péči, a to na úrovni biologické (psychofarmaka), psychologické (psychoterapie) a sociální (rehabilitační programy)“ (Stodola, 2022, s. 16). Ambulantní pedopsychiatrická péče je tedy dle definice odbornou a kontinuální péčí o děti a dospívající do 19 let. Poskytovatelů ambulantních psychiatrických zdravotních služeb pro děti bylo v roce 2022 evidováno celkem 138, viz Tabulka 2, kde jsou počty uvedeny dle krajů.

Tabulka 2

Počet poskytovatelů ambulantních služeb dle typu specializace v krajích v roce 2022

Kraj poskytovatele	Specializace poskytovatele					Celkem	Počet na 100 000 obyvatel
	Psychiatrie	Dětská a dorostová psychiatrie	Geronto-psychiatrie	Návykové nemoci	Sexuologie		
Hl. m. Praha	194	29	1	12	14	250	18.68
Středočeský kraj	73	6	0	6	4	89	6.24
Jihočeský kraj	39	11	0	4	5	59	9.08
Plzeňský kraj	45	7	0	1	2	55	9.19
Karlovarský kraj	26	4	0	0	3	33	11.32
Ústecký kraj	43	8	0	1	5	57	7.04
Liberecký kraj	24	5	0	1	3	33	7.39
Královéhradecký kraj	41	6	0	1	4	52	9.41
Pardubický kraj	31	3	0	0	1	35	6.66
Vysočina	40	8	0	2	5	55	10.73
Jihomoravský kraj	96	16	0	0	8	120	9.92
Olomoucký kraj	56	16	0	1	7	80	12.70
Zlínský kraj	34	6	0	1	1	42	7.25
Moravskoslezský kraj	68	13	0	0	5	86	7.24

Zdroj: ÚZIS. (2023). <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>

V současných podmínkách se však to, co je normativně vymezeno jako pravidelný kontinuální kontakt, odehrává méně často (v nižší frekvenci) a na první návštěvu čekají zájemci

i několik měsíců, řádově tři až osm měsíců, a to i po suicidálních pokusech. Speciálně péči v pohraničí lze definovat až jako téměř nedostupnou. To pak znamená, že se čekající s akutními krizemi dostávají do výrazně závažnějších problémů (Přádová, 2020).

Jako lékař prvotního záchytu psychických obtíží a člověk vystavující doporučení pro lůžkovou psychiatrii může také sloužit pediatr, ke kterému děti chodí povinně na pravidelné kontroly. Případně při specifických obtížích i dětský neurolog.

Mezistupněm mezi ambulantní a lůžkovou péčí je pak denní stacionář. Ty v České republice pro tuto cílovou skupinu existují dva, a to při Fakultní nemocnici Ostrava²³ (dále jako FNO) od roku 2022, který je určen i pro děti mladšího školního věku od 6 let, a při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze²⁴ od roku 1999 zaměřený na adolescenty od 14 do 21 let.

Zdravotní psychiatrická péče – lůžková

Pobyt v lůžkovém psychiatrickém zařízení je indikován nejzávažnějším případům, a to k léčbě duševních nemocí, nastavení léčby či úpravě léků, případně ke stanovení diagnózy. Je orientována spíše na farmakologickou léčbu a rychlou intervenci než na prevenci. Pobyt na lůžku by měl trvat krátkou část onemocnění (Stodola, 2022).

Všechna tato zařízení poskytují pacientům akutní (tedy pro pacienty v akutní krizi) i následnou doléčovací péči ke stabilizaci před propuštěním do ambulantní či komunitní péče. Některá pracoviště navíc zajišťují i konziliární činnost, případně soudně znaleckou činnost. Nevýhodou všech zařízení je jejich nadstandardní velikost (spíše se jedná o velké komplexy než simulaci rodinného zázemí), relativní izolovanost pacientů od jejich přirozeného okolí a zároveň spojení dítěte se jménem těchto zařízení na něj přenáší stigma (Stodola, 2022).

V České republice fungují tři nemocnice zaměřené pouze na dětské pacienty, a těmi jsou Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš, Opařany a Louny, kde se nachází celkem 190 lůžek (ADDP, n.d.). Dále se pak jedná o jedno samostatné klinické pracoviště psychiatrie pro děti a dorost (tedy zaměřené nejen na diagnostiku a terapii, ale i na výzkum a vědu), a to ve Fakultní Nemocnici Praha Motol. Další klinická pracoviště jsou na dětských odděleních při psychiatrických klinikách pro dospělé, a to na Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici Plzeň a na Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice. Celkově se jedná o 85 lůžek. Samostatné pedopsychiatrické oddělení je ve Fakultní Thomayerově nemocnici Praha

²³ Více informací o stacionáři při FNO na webových stránkách <https://www.fno.cz/novinky/v-novem-psychiatrickeho-pavilonu-fn-ostrava-je-i-denni-stacionar-pro-mladsi-skolni-deti-prvni-v-ceske-republice>

²⁴ Více informací o stacionáři při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na webových stránkách <https://stacionar.wixsite.com/proadolescenty>.

Krč, jedno oddělení dětské a dorostové psychiatrie je při oddělení psychiatrie pro dospělé v Krajské nemocnici v Liberci. Celkem se jedná o 55 lůžek.

Na dětských odděleních v psychiatrických nemocnicích a léčebnách pro dospělé, kam patří Psychiatrická nemocnice (dále jako PN) Dobruška, PN Havlíčkův Brod, PN Kroměříž, Psychiatrická léčebna Šternberk, PN Opava a PN Praha Bohnice, je 246 lůžek (ADDP, n.d.).

Dětská a dorostová psychiatrie má celkem 576 lůžek (ADDP, n.d.). Problémem v systému je převažující poměr lůžek k následné péči (78 %) oproti akutním (22 %) (Hrivíková et al., 2018), počet lůžek dlouhodobé péče je 423 a počet lékařů v dlouhodobé lůžkové péči je 46 a v akutní lůžkové péči 32²⁵ (ÚZIS, 2023). Dětská a dorostová psychiatrie má celkem 576 lůžek (ADDP, n.d.).

Počet ukončených hospitalizací za rok 2022 byl 2 814 (ÚZIS, 2023). Co ovšem lůžková zařízení v posledních letech trápí víc než absolutní čísla pacientů, jsou změny struktury (více viz kapitola 1.2.3).

1.1.3.2 Sociální služby, komunitní péče

Na základě reformy jsou v rámci úrovně komunitní péče zakládány CDZ-D. Tato centra podporují své klienty v jejich přirozeném prostředí multidisciplinárním přístupem, v jedné instituci propojují sociální, zdravotní resort a i školský resort (více o CDZ-D v následující kapitole 1.4).

Vedle CDZ existují multidisciplinární týmy či sociálních služby založené dle Zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.), které mohou nabízet činnosti služby, jež mohou být indikovány pro děti a dospívající, respektive jejich rodiny, s duševními obtížemi. Jedná se o odborné poradenství, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (dále jako SAS, případně SASka), nízkoprahové zařízení pro děti a mládež (dále jako NZDM), terénní programy pro děti a mládež (které mají teoreticky především preventivní charakter) a především pak o službu sociální rehabilitace a stacionáře, případně službu rané péče a odlehčovací službu.

Nejširší síť sociálních služeb, které dlouhodobě podporují osoby s duševními obtížemi, patří pod platformu Fokus ČR (Fokus, n.d.). Její regionální členové provozují CDZ pro dospělé a také sociální služby typu sociální rehabilitace. Organizace se zaměřuje nejen na péči, ale věnuje se i advokacii, tématům destigmatizace a deinstitucionalizace péče, s příklonem k systému komunitní péče.

²⁵ jeden lékař může pracovat na více pracovištích

V kontextu akutní krize se také může jednat o službu (telefonické) krizové pomoci. Pro dospívající, kteří jsou již plnoletí, sociální služby dále provozují domy na půl cesty, podporu samostatného bydlení, chráněné bydlení, případně službu následné péče a terapeutické komunity či domovy pro osoby se zdravotním postižením (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Do péče o děti s duševními obtížemi je v kontextu sociálních služeb velmi často zahrnut i místní Orgán sociálně-právní ochrany dětí (dále jako OSPOD), který děti do služeb může indikovat, služby může doporučovat, odkazovat na ně, případně s nimi přímo spolupracovat (například v podobě případových setkání či konferencí).

1.1.3.3 Vzdělávací systém, školská zařízení

Jako systém, který stál dlouhou řadu let trochu stranou od psychiatrie (a není ani uveden v tříúrovňovém modelu v rámci strategických dokumentů), ale na který se v současnosti s nadějí (na zavedení účinných preventivních opatření) obrací přetížená psychiatrická oddělení, je vzdělávací systém, především pak mateřské, základní a střední školy a jejich školní poradenská pracoviště a spolupracující školská poradenská zařízení, ale jedná se i o univerzity či vysoké školy.

Výzvou v této oblasti *„je zakotvení duševní gramotnosti do RVP (Rámcových vzdělávacích programů) a také nastavení podpůrné infrastruktury (vzdělávací, metodické v agendě DDZ (dětského duševního zdraví) směrem ke školské a sociální sféře...“* ve spolupráci s partnery, včetně MŠMT a Ministerstva vnitra (Papežová, 2022). Právě ve školských zařízeních, kde děti a dospívající tráví většinu svého týdne, by měly být zavedeny vhodné preventivní programy na zvyšování zdravotní, respektive duševní gramotnosti dětí. *„Znalosti a informace, které děti získávají v rámci vzdělávání o duševním zdraví, podporují u dětí všímatost k vlastnímu prožívání a také schopnost o vlastní duševní zdraví aktivně pečovat“* (SOFA, 2021).

MŠMT ve svém nejnovějším strategickém záměru pro roky 2023-2027 silně akcentuje podporu wellbeingu a fyzické i duševní vytrvalosti včetně samotné odolnosti dětí. Toto téma patří mezi sedm hlavních priorit v oblasti Děti a mládež a je ministerstvem podpořeno nejen proklamacemi, ale i finanční podporou skrz Operační program Jan Amos Komenský, který může pomoci financovat konkrétní pozice v rámci školních poradenských pracovišť (MŠMT, 2023).

Škola by také měla být místem prvotních, včasných záchytnů duševních obtíží. Školští pracovníci znají běžné fungování dítěte, a tedy vedle rodiny dokáží nejlépe zaregistrovat, když se objeví změny a odlišnosti v chování dítěte. Další výhodou školního prostředí je, že zároveň

(do zletilosti) dítěte mají teoreticky nakontaktované zákonné zástupce dítěte a znají rodinnou historii a příběh dítěte. Také mohou s dítětem nenásilně pracovat v jeho přirozeném prostředí a běžném kolektivu.

I z důvodu této nové poptávky vznikají na školní půdě s váhavou podporou systému nové pozice podpůrných pracovníků, kteří se na duševní pohodu dětí mohou zaměřit, jako je (vedle již dlouho existujících povinných pozic metodika prevence, výchovného poradce) fakultativní pozice školního psychologa, sociálního, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka.

Pro úplnost je pak třeba dodat, že škola zároveň může být místem, které naopak může způsobovat institucionální stres. Dle dat z šetření PISA²⁶ roku 2015 významný podíl dětí zažívá v českých školách pocity stresu, úzkosti a zklamání. „*Při opětovném zvážení objemu času (denně i v dlouhodobém hledisku), které děti ve škole tráví, pak takové zjištění poukazuje na významný faktor ovlivňující duševní zdraví a psychickou pohodu dětí a v důsledku negativního působení také možnost rozvoje rizikového chování a dalších sociálních i zdravotních obtíží*“ (SOFA, 2021).

K podpoře škol patří školská poradenská zařízení, konkrétně Pedagogicko-psychologická poradna (dále jako PPP), Speciálně pedagogické centrum (dále jako SPC) a Středisko výchovné péče (dále jako SVP). Ta mohou dělat depistáže přímo ve třídách a vedle pedagogů poskytují poradenské služby i dětem a jejich zákonným zástupcům. Děti, u kterých se duševní nepohoda projeví prostřednictvím špatných či zhoršených školních výkonů, které neodpovídají normě, či s potřebou speciálně-pedagogických intervencí, mohou získat podporu od PPP a SPC. Děti, u kterých se psychické obtíže manifestují jako výchovné problémy („*s rizikem poruch chování či s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji*“), pak mohou získat podporu od SVP v jeho ambulanci, terénní, případně pobytové formě (UPOL, 2015).

Ačkoliv část klientů, kteří mají psychické obtíže, tato poradenská zařízení obslouží, vzhledem k přetížení a nedostatečným kapacitám, bohužel nemohou (minimálně prozatím) sanovat současné potřeby, protože ne vždy mají prostor pro komplexní péči a mapování potřeb dítěte. Otázka rovněž je (ovšem na jinou práci), jak téma duševních obtíží do poradenských zařízení, které na klienta kouká primárně skrz intelekt a školní výsledky (PPP, SVP) a skrz etopedii (v případě SVP), zakomponovat. Nicméně, právě SVP jsou zařízení, která jsou do budoucna zvažována jako místo, kde by se mobilní multidisciplinární podpora dětí s duševními

²⁶ PISA je zkratka pro *Programme for International Student Assessment*. Jde o výzkum pořádaný Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), jehož snahou je zachytit míru, do jaké si žáci členských zemí dokázali osvojit schopnosti jako je čtenářská, matematická a přírodovědná gramotnost. Více informací na webových stránkách organizace <https://www.oecd.org/pisa/>.

obtížemi měla poskytovat, tedy kam by v rámci systému mohly být směřovány veřejné finance (MŠMT, 2023).

Vedle klasických škol a školských poradenských zařízení patří do toho systému i různé typy pobytové péče, a to zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, tedy dětské domovy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy. Pobyt v těchto zařízeních je ovšem brán jako rizikový faktor pro vznik duševní nepohody.

Kromě školního prostředí a školských zařízení patří pod vzdělávání i všechny neformální typy vzdělávání, o které se v České republice stará mnoho neziskových, případně příspěvkových organizací, někdy přímo na půdě nebo ve spolupráci se školami, někdy nezávisle. Velkou podporou pro posílení či udržení duševního zdraví jsou pro děti kroužky, sportovní kluby, umělecké školy a další místa volnočasových aktivit.

Jejich hlavním cílem může být osvěta a prevence v dané oblasti. Uvedme například program NUDZ „Všech pět pohromadě“²⁷; organizaci Nevypušť duši²⁸; organizaci Society for All (dále jako SOFA)²⁹ nebo včasný záchyt či včasná intervence (jako je například aplikace Nepanikář³⁰, Dětské krizové centrum³¹ nebo Linka bezpečí³²).

1.4 Multidisciplinarita, multidisciplinarita v oblasti psychického zdraví dětí

Vzhledem ke složitosti problematiky duševní pohody, která byla nastíněna v předchozích kapitolách – multifaktoriální etiologie, složitost rizikových faktorů, všechny sféry života dítěte, které musí na jeho obtíže reagovat, by bylo nerealistické očekávat, že všechny tyto aspekty dokáže zmapovat a ideálně řešit jedna specializace či dokonce jeden člověk. Je rovněž jasné, že potřeby v oblasti duševního zdraví překračují hranice toho, co spadá do kompetencí psychiatrů (Colizzi et al., 2020). Tým, který se může opřít o více odborníků, už takové možnosti mít může, a díky své kapacitě může nastavovat péči klientovi individuálně, šít citlivě na míru dle jeho potřeb a životního příběhu.

Pokud se bavíme o multidisciplinární spolupráci v rámci psychiatrické péče, bavíme se dle metodik pro CDZ o třech úrovních, a to I. úroveň multidisciplinární spolupráce – uvnitř

²⁷ Více informací o projektu Všech pět pohromadě na webových stránkách <https://dzda.cz/vsech-pet-pohromade>.

²⁸ Více informací o organizaci Nevypušť duši na webových stránkách <https://nevypustdusi.cz>.

²⁹ Více informací o organizaci Society for all na webových stránkách <https://www.societyforall.cz>.

³⁰ Více informací o aplikaci Nepanikář na webových stránkách <https://nepanikar.eu>.

³¹ Více informací o Dětském krizovém centru na webových stránkách <https://www.ditekrize.cz>.

³² Více informací o Lince bezpečí na webových stránkách <https://www.linkabezpeci.cz>.

jednoho týmu, a to u lůžkových zařízení nebo u komunitních organizací; II. úroveň multidisciplinární spolupráce je chápána jako virtuální tým – mezi lůžkovými a komunitními týmy a CDZ; III. úroveň multidisciplinární spolupráce, označována jako komunitní síť – je spolupráce mezi obcí, službami, běžnou komunitou a dalšími sektory (MZ, 2020b).

Multidisciplinarita neznamena automaticky deinstitucionalizace, může fungovat i v rámci instituce, během hospitalizace, nicméně, jedním z předních cílů multidisciplinarity je pokud možno vyhnout se (opakované) hospitalizaci dítěte (MZ, 2022a). Pokud je jedinec hospitalizován, podmínkou pro efektivní multidisciplinární spolupráci v tomto kontextu je pak to, že „...*spolupráce musí být zahájena hned na začátku hospitalizace a musí probíhat po celou její dobu*“ (Fišarová, 2022).

Dle WHO (2021) je „...*klíčem k duševnímu zdraví dospívajících vyvarování se institucionalizaci a nadměrné medikaci, upřednostňování nefarmakologických přístupů a respektování práv dětí v souladu s Úmluvou OSN o právech dítěte a dalšími nástroji v oblasti lidských práv...*“³³ Multidisciplinární přístup v rámci reformy psychiatrické péče je zacílený na celkové zotavení a co možná největší integraci lidí s duševním onemocněním do společnosti a do běžného života. „*Změna je charakteristická i odklonem od péče ve velkých psychiatrických nemocnicích a rozvojem robustní komunitní péče*“ (MZ, 2020b, s. 6).

Je to tedy přístup, který zdůrazňuje potřebu spolupráce různých disciplín, profesí a odborníků, a podporuje tak individuální a holistický přístup k péči o dítě a dospívajícího. Ve spolupráci může být zahrnuta celá škála odborníků jako je pedopsychiatr, dětský klinický psycholog, psychiatrická sestra, (psycho)terapeut, sociální pracovník, školní psycholog, ale také například metodik prevence, třídní učitel, vedoucí zájmového kroužku, pediatr nebo například kněz, policista apod.

Efektivní interdisciplinární spolupráce v oblasti duševního zdraví zahrnuje zachování těchto diferencovaných disciplinárních rolí, zároveň však i rozvoj sdílených úkolů a dále vyžaduje řádné vedení jak z hlediska vedení týmu, tak klinické supervize (Rosen & Callaly, 2005).

Každý z těchto expertů pak přináší svůj odborný úhel pohledu, své znalosti a dovednosti do péče o děti a adolescenty. Důležité ovšem je, že všichni tito aktéři zapojení do spolupráce spolu „*efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem*

³³ V originále jako: “*Avoiding institutionalization and over-medicalization, prioritizing non-pharmacological approaches, and respecting the rights of children in line with the United Nations Convention on the Rights of the Child and other human rights instruments are key for adolescents’ mental health*” (WHO, 2021).

je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám“ (MZ, 2020b, s. 4). Cílem je dosáhnout co největší komplexnosti, koordinovanosti a kontinuity péče ve prospěch pacienta, zároveň také k efektivnějšímu využití odborných kapacit.

Nespolupracuje se ale pouze s profesionály, hlavním partnerem ke spolupráci, pokud jde o zdraví dítěte či dospívajícího, je jeho rodina, typicky rodič či rodiče (případně jiný zákonný zástupce) a dále to mohou být také sourozenci a další příbuzní.

Klíčové prvky a koncepty spojené s multidisciplinarností jsou týmová spolupráce; prevence a včasná intervence; celostní model hodnocení a péče (zahrnující fyzický, psychologický, sociální a vzdělávací kontext pacienta), a to včetně rodinné a sociální perspektivy; individualizovaná léčba; edukace a osvěta všech, kteří jsou v životě dětí a dospělých důležitými aktéry; kontinuita péče (MZ, 2019; MZ, 2020b; MZ, 2019).

Rozdílem mezi péčí pro dospělé a děti je ten, že na děti zaměřená péče je i v oblasti multidisciplinarity více zaměřená na prevenci a včasné intervence v situacích, které mohou být rizikové pro vznik duševních obtíží, a že se mnohem více spolupracuje se vzdělávacím systémem.

1.4.1 Case management

Ve spojitosti s tématem multidisciplinarity je třeba se v rámci této práce alespoň v krátkosti věnovat metodě case managementu³⁴, která je v týmech zaměřených na duševní zdraví akcentovaná a která je nástrojem multidisciplinarity. Metoda case managementu vzešla z procesu deinstitucionalizace a jejích problémů v USA, a to s cílem vytvářet vazby, které jsou zásadní pro to, aby se pacienti přesunuli z psychiatrických léčeben do péče v rámci svých komunit s podporou terénní služby. Primárním cílem case managementu se stala koordinace služeb a podpory pro klienta s důrazem na návaznost péče a naplňování individuálních potřeb klienta. V rámci case managementu jsou (nejen) medicínské a sociální problémy vnímány jako provázané, uplatňuje se tedy celostní, bio-psycho-sociální přístup na rozdíl od striktně medicínské (Carboch, 2020; Sedlářová 2023).

„V rámci hospitalizace v léčebně je subjekt vytržen ze vztahů, skrze něž se utváří jeho život, a zůstává více méně izolován, aby mohl být pozorován a disciplinován. Léčebné intervence míří do prostoru vymezeného hranicemi těla. Naproti tomu v praxi case

³⁴ V odborné literatuře se lze setkat, ovšem ne často, s českým překlad „vedení případu“ (Carboch, 2020)

managementu se stává psychiatrický pacient klientem s komplexními potřebami a vztahy“ (Carboch, 2020, s. 39)

Definice case managementu je celá řada, například dle americké Komise pro certifikaci Case manažerů (in Hubíková, 2018, s. 31) můžeme metodu definovat jako *„proces spolupráce, v němž se posuzují, plánují, implementují, koordinují, monitorují a vyhodnocují možnosti a služby, které vyžaduje uspokojení potřeb klienta v oblasti zdravotních a dalších pomáhajících služeb. Je charakterizován advokací, komunikací, řízením zdrojů a podporuje kvalitu a nákladovou efektivitu intervencí a výsledků“*. V současné praxi můžeme nalézt několik různých modelů a variant case managementu, které se od sebe liší svými prioritami a důrazem na poskytování služby (Carboch, 2020; Hubíková, 2018).

Dnes je case management vnímán jako jedna z efektivních a komplexních metod sociální práce, která je hojně využívána při podpoře (nejen psychiatrických) klientů, kteří potřebují koordinovanou, kumulovanou podporu. *„Spočívá v nastavení jednotného postupu různých odborníků a služeb, které směřují ke stabilizaci situace osob a k jejich zplnomocňování tak, aby využívaly své přirozené zdroje“* (Hubíková, 2018). Od ostatních forem sociální práce se case management liší ve třech klíčových prvcích: je veden potřebami klienta, každý klient dostane jiný balíček služeb a poskytování služby je pravidelně monitorováno a vyhodnocováno (Payne in Hubíková, 2018). Zároveň však uplatňování této metody v praxi klade velké nároky na časovou dotaci, ale také na odborné znalosti case manažera, znalost terénu a jeho kompetence v péči sám o sebe (Hubíková, 2018). Důležitá je také role zastřešující organizace a partnerských institucí (Sedlářová, 2023).

Do nedávné doby zajištění úhrad za poskytování služby case managementu ze zdravotního pojištění možné nebylo, což změnil až vznik CDZ, kdy by nově zdravotní pojišťovny měly hradit úkony poskytované v rámci provozu multidisciplinárních týmů (Carboch, 2020; MZ, 2019).

1.4.2 Výhody multidisciplinárního přístupu

Hlavní výhodou multidisciplinárního přístupu je nahlížení na klienta v jeho úplnosti. Nezaměřuje se pouze na jednu oblast jeho života, ale zkoumá jeho náročnou situaci ze všech možných úhlů a v propojenosti těchto úhlů. Multidisciplinární týmy pracují v souladu s principem zotavení a naděje vést plnohodnotný život i s psychickými obtížemi. Tento celostní přístup je tak více orientovaný na jednotlivce ve všech jeho rolích (než ten biologický –

psychiatrický, který reaguje v první řadě na diagnózu a na roli pacienta), neztrácí se tak pod nálepkou – diagnózou, klientův osobní příběh, jeho individualita (MZ, 2020b).

Nespornou výhodou tohoto přístupu je koordinovanost intervencí jednotlivých subjektů, kontinuita péče v dlouhodobém hledisku, a to v přirozeném prostředí klienta. Ke klientovi je přistupováno partnersky, s důrazem na kvalitní spolupracující vztah a transparentní způsob komunikace, předávání informací. Díky fungování v rámci přirozené komunity, nalézání zdrojů v jejím středu, se ani klientovi a ani jeho blízkému okolí neupírají vlastní kompetence a odpovědnost, což přispívá k zajištění dlouhodobosti a udržitelnosti podpory (MZ, 2020a).

Výsledkem je pak komplexnější řešení problémů, a tedy kvalitnější život jedince skrz prevenci vzniku obtíží či prevenci prohloubení obtíží, případně kratší dobu hospitalizace, prevenci rehospitalizace a nižší riziko relapsů (Raboch & Wenigová, 2012), „*největší přínos ale jednoznačně vidíme u pacientů, u nichž se zkracuje hospitalizace a zlepšuje se kvalita života*“ (Fišarová, 2022). Nemusí pak ani docházet ke stigmatizaci jedince kvůli (dlouhodobému, opakovanému) pobytu v lůžkovém zařízení.

Dalším pozitivním důsledkem je menší zátěž pro systém, a to ve smyslu jak finančních, tak lidských kapacit. „*Přínosem pro personál je v dlouhodobém horizontu zejména úspora času*“ (Fišarová, 2022). Čím širší jsou týmy, tím lépe je zamezeno duplicitě, lépe jsou klienti navázáni na zdroje v rámci své komunity, a tím větší je efektivita práce (Bohnenkamp et al., 2023) a tím více může být využit potenciál různých profesí a organizací (MZ, 2020b), včetně samotného klienta.

1.4.3 Bariéry zavádění multidisciplinárního přístupu

Ačkoliv multidisciplinární přístup má velké množství nesporných výhod, je třeba zmínit i problémy, které zavádění tohoto přístupu přináší. Nejedná se o nevýhody přístupu, ale spíše bariéry, které se musí překonat, pokud se služby ze stávající praxe přesouvají k multidisciplinárnímu přístupu.

Jedná se o velkou náročnost na kapacity, a to na kapacity časové, administrativní, finanční, a především odborné, než se celý systém nastaví a začne fungovat. Pokud má přístup fungovat efektivně, naprosto zásadní je kvalitní personální obsazení a jeho case management, který zahrnuje dobrou koordinaci celého týmu (aby se aktivity, intervence nedublovaly nebo naopak nešly proti sobě), předávání informací v rámci týmu a i ve vztahu ke klientovi a jeho rodině. „*Nejvhodnějšími case manažery jsou v tomto případě psychiatrické sestry a sociální*

pracovníci, vzhledem k tomu, jaké typy intervencí mohou samostatně provádět“ (Kolářová, 2022).

Najít dostatečně kvalitní lidské zdroje na pozici case manager není jednoduché. Často to znamená nutnost velké investice do dlouhodobého vzdělávání, protože velkým rizikem úspěšného zavádění multidisciplinárních týmů je dle Kolářové (2022) *„žádná nebo malá zkušenost s podobným způsobem práce, nedůvěra a někdy i neochota a neprofesionální přístup“*. V současnosti chybí do CDZ-D psychiatři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry i sociální pracovníci (Karasová, 2023).

Nedostatkem je i to, že takovýto přístup je v České republice stále novinkou i pro pacienty. Ti si na nový přístup, nové paradigma komplexního přístupu se zapojením celé škály odborníků teprve zvykají. Může panovat nedůvěra nebo nepochopení vůči těmto týmům. Takové příklady známe například z CDZ pro dospělé *„...někdo má pocit přílišného zasahování do života, často i rodiny takto úzkou spoluprací odmítají. Jsou totiž přesvědčeni, že v nemocnici jsou proto, aby se vyléčili, ne proto, aby se zde např. seznamovali, řešili bydlení nebo si hledali práci...“ (Fišarová, 2022).*

Nicméně, největší bariérou je určitá část personálu pracujícího v této oblasti. Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.1.3.1, i mezi odborníky panuje vůči CDZ, jež jsou založena na principu třetí úrovně multidisciplinarity, nedůvěra a zatím si nezískala srdce a přesvědčení všech. Nedošlo tedy ke kvalitativnímu posunu v myšlení, reformě hodnot u všech důležitých aktérů. *„Jednotlivé složky péče mezi sebou odmítají efektivně spolupracovat a částečně pouštět své kompetence, které by mohly odlehčit přetíženým službám buď redistribucí náročné péče do nižších pater hierarchie odbornosti, nebo přeléváním péče mezi složkami navzájem...“ (Stodola, 2022, s. 95).* Někdy se mohou odborníci z jiných oblastí vnímat dokonce i jako vzájemná konkurence (Meier et al., 2023).

Vstup dalších, speciálně pak nezdravotnických profesionálů do této odborné oblasti, toto narušení epistemologického statusu psychiatrie (tedy její důvěryhodnosti a relevance vědomostí v oblasti psychiatrie) je totiž něco, co tradiční odborníci v této oblasti, především pak někteří psychiatři, nesou úkorně, a co brání větší spolupráci (Colizzi et al., 2020). S tím souvisí i riziko zaběhnutého a stereotypního myšlení a přesvědčení, že multidisciplinární způsob spolupráce neodpovídá pracovnímu zaměření a náplni (Kolářová, 2022).

Konflikt, který mezi jednotlivými sférami může probublávat, je dán *„unikátními charakteristikami psychiatrie jakožto oboru, kterými se odlišuje od jiných oborů medicíny. Psychiatrie obecně vyžaduje mnohem silnější hodnotový rámec než obory jiné. Podoba, kvalita*

a efektivita péče je tedy o to více závislá na přístupech a hodnotách těch, kteří péči poskytují a na jejich ochotě synergicky spolupracovat“ (Stodola, 2022, s. 95).

Problém mezioborové spolupráce může být také téma mlčenlivosti, respektive vhodného sdílení informací. *„Podmínkou úspěchu je dobře fungující, kontinuální předávání informací, jednotný a všemi dodržovaný systém s jistým prostorem pro kreativitu, týmová podpora a neprodleně poskytovaná i přijímaná zpětná vazba“ (Kolářová, 2022).*

1.4.4 Multidisciplinární týmy v českém kontextu

Multidisciplinární týmy jsou specifické tím, že jejich aktivity překračují jednotlivé resorty. Měla by tedy spolupracovat i ministerstva, která je řídí, tedy jak MZ, tak MPSV, zároveň část aktivit může probíhat na půdě vzdělávání, tudíž by mělo být zapojeno i MŠMT³⁵.

Konkrétní podoba těchto týmů pro děti je v rámci ČR velmi různorodá. V současnosti existují tři týmy, které nesou oficiální označení CDZ-D, a tedy splňují podmínky dané reformou a dalšími metodikami s ní spojenými. Vznikaly od roku 2017 a jedná se o CDZ-D Praha – Dům Tří Přání³⁶, CDZ-D 21 Beroun³⁷ a Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty ve FNO. Hlavními cíli CDZ-D je prevence a včasný záchyt potíží, včetně prevence hospitalizace, podpora dětí při a po hospitalizaci v psychiatrických zařízeních a podpora při návratu do běžného života, včetně školního prostředí. Zakládání těchto týmů je velmi náročný proces s vysokými požadavky na personální kapacity a jejich odbornost, ale i na vhodné prostory (Karasová, 2023, MZ, 2022b).

Z toho důvodu místo „plnohodnotných“ CDZ-D vznikají, kvůli potřebě řešit krizi v pedopsychiatrii, další typy týmů, které samy sebe definují jako multidisciplinární a zaměřené na téma duševního zdraví dětí. Jsou to různé týmy vzniklé při školách nebo při sociálních službách (často v rámci lokálních členů organizace Fokus (Fokus, n.d.), která se dlouhodobě věnuje tématu podpory lidí s duševním onemocněním na cestě k zotavení). V některých případech jsou hrazeny jako „běžné“ sociální služby skrz kraje z dotací MPSV, některé jsou hrazeny přímo z rozpočtu kraje, jiné nesystémově, tedy skrz časově jasně definované projekty jako pilotní projekty hrazené nadacemi či fondy, kde udržitelnost a kontinuita jejich práce není vyřešena (Karasová, 2023).

³⁵ Samozřejmě z hlediska legislativního ukotvení lze zahrnout i Ministerstvo spravedlnosti či v rámci obecné prevence i Ministerstvo vnitra.

³⁶ Více informací o Domu tří přání na webových stránkách www.dumtriprani.cz.

³⁷ Více informací o CDZ-D organizace Pro zdraví 21 na webových stránkách www.prozdravi21.cz.

Kromě týmů účastných ve výzkumu, které jsou blíže popsány v praktické části této práce, můžeme zmínit například tým Selinger³⁸ v obci s rozšířenou působností (dále jako ORP) Hradec Králové, Tým duševního zdraví pro děti Charitní sdružení Děčín³⁹ a další týmy v rámci Ústeckého kraje (Kocourková, 2023), projekt Jihočeského kraje Duše v pohodě⁴⁰ apod. Nicméně jsou kraje, které na svůj multidisciplinární tým stále čekají (viz Tabulka 3).

Tabulka 3

Existence multidisciplinárních týmů v rámci jednotlivých krajů

MÁ KRAJ CDZ/MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM PRO DĚTI A ADOLECENTY?	
Praha	CDZ
Středočeský	CDZ
Jihočeský	více multitýmů
Plzeňský	-
Karlovarský	-
Ústecký	multitým
Liberecký	multitým
Královehradecký	multitým od 2024
Pardubický	multitým
Vysočina	-
Jihomoravský	více multitýmů
Olomoucký	-
Zlínský	-
Moravskoslezský	CDZ

Zdroj: Karasová. (2023). https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/dusevni-pece-centra-zdravi-nedostatek_2311210700_jas

Ačkoliv ČR staví v rámci reformy dětské psychiatrie na zelené louce, je možné se inspirovat fungujícími praxemi v zahraničí. Lídry v této oblasti jsou především západní státy

³⁸ Více informací o Multitýmu Salinger na webových stránkách <https://www.salinger.cz/multitym>

³⁹ Více informací o Týmu duševního zdraví pro děti Charitní sdružení Děčín na webových stránkách <https://chsd.cz/pomoc-detem-s-potrebami-v-oblasti-dusevniho-zdravi/>

⁴⁰ Více informací o projektu Duše v pohodě a jeho týmech na webových stránkách <https://dusevpohode.cz/>

Evropy (Itálie, Velká Británie, Nizozemsko, Skandinávie) a Austrálie, některé státy jsou v reformě tak daleko, že kupříkladu „...v Itálii, Finsku, Švédsku a Spojeném království byly zrušeny všechny psychiatrické léčebny“ (Winkler et al., 2013, s. 24).

Pro příklad dobré praxe v oblasti multidisciplinarity v přístupu k duševnímu zdraví u dětí můžeme uvést australskou národní nadaci pro duševní zdraví mládeže Headspace, což je síť nízkoprahových center s více jak 145 pobočkami, která je zaměřená na včasnou intervenci, je anonymní a zdarma. Cílovou skupinou jsou dospívající a mladí od 12 do 25 let, kteří řeší potíže v oblasti zdraví (duševního wellbeingu i fyzického zdraví), včetně problémů s látkovými závislostmi (což je něco, co v České republice chybí) a problémy ve škole i v práci. Zároveň podporují ty, kteří ukončili hospitalizaci formou dlouhodobé podpory (Headspace, 2022).

Personálně je služba zajištěna psychologem, zdravotnickým pracovníkem (sestra, lékař), poradenskými pracovníky se zaměřením na vzdělání a závislosti, sociálním pracovníkem, peer pracovníkem a často i rodinným terapeutem. Poradenství poskytují jak fyzicky, tak v online či telefonní podobě. Poskytují podporu středním školám zaměřenou na suicidalitu – její prevenci, ale i vyrovnání se s dokonanou sebevraždou. Vedle mladých lidí Headspace podporuje i jejich rodiny, školské pracovníky a další profesionály, kteří pracují s dětmi a mladými lidmi (Headspace, 2022).

Součástí australské vládní platformy je i organizace HealthDirect⁴¹, která poskytuje informace (včetně statistických dat) a poradenství ohledně zdraví široké veřejnosti. Organizace má přehledně vypracovaný online prostor s podrobnými informacemi a podpůrnými materiály s 24 hodinovou telefonní službou, aplikací a dalšími virtuálními službami. Slouží jako jakýsi filtr, který každého Australana odkáže na službu, lékaře, kterého právě potřebuje (Health Direct, 2024).

Co je u australských služeb zajímavé, oproti podobným z ČR je to, že jsou velmi strukturované, propojují všechny aktéry, které mají s oblastí zdraví co do činění, a to v rámci jedné platformy, která je zřízena australskou vládou. Informace, které jsou lehce dostupné, jsou jednoduše dohledatelné a kontrolované odborníky. Konkrétně Headspace se zároveň zaměřuje na obtíže mladých v celé jejich paletě, včetně problémů se závislostmi (což je skupina, se kterou si v ČR zatím neumíme koncepčně poradit). Headspace tak pracuje velmi komplexně, multidisciplinárně a navíc s podporou vrstevníků mladých.

Druhým příkladem multidisciplinárního přístupu je nově spuštěný dánský program OPUS-YOUNG – Implementation of Early Intervention Services-Young, zaměřený na

⁴¹ Více informací o Health Direct na webových stránkách <https://www.healthdirect.gov.au>.

včasnou intervencí u dospívajících ve věku 12-17 let s psychotickými symptomy (po jejich první epizodě). OPUS nabízí dvouletý program intenzivní psychosociální a zdravotnické péče. V týmu vedle psychiatra a psychiatrické sestry pracuje psycholog, ergoterapeut, sociální pracovník a specialista na individuální podporu. Program zapojuje i příbuzné klienta. OPUS je velmi náročný na kapacity „využívá koncept specializovaných asertivních týmů, ve kterých mají členové personálu ve srovnání s tradičními službami duševního zdraví nižší počet případů. Tento koncept je nyní standardním přístupem ve všech částech Dánska“⁴² (Healthcare Denmark, 2023, s. 21).

Stejně jako v australském případě, i mladí Dánové se mohou obrátit na přehledné, vládou spravované webové stránky Mindhelper⁴³, které byly vyvinuty místním Centrem pro digitální psychiatrii. Poskytují informace pro orientaci v oblasti duševního zdraví, na důkazech založené metody a nástroje (digitální svépomocné nástroje) a odkazy na online podporu pro mladé, kteří se nachází v obtížných životních situacích (Healthcare Denmark, 2023).

1.5 Význam výzkumu

Vzhledem k výše popsané situaci v oblasti pedopsychiatrie je zřejmé, že jedním z dobrých nástrojů na řešení současné krize, by byl vznik a rozvoj dalších CDZ-D. Nicméně, vzhledem k nedostatečné politické i finanční podpoře a nedostatku vysoce odborných personálních kapacit, není realistické, aby vznikly v tak krátkém čase a v takovém množství, jak by bylo zapotřebí.

Alternativou k CDZ-D jsou jiné typy multidisciplinárních týmů, které v českém prostředí začaly nesystémově vznikat. V různé míře se zabývají prevencí v oblasti duševního zdraví, včasnými záchyty, včasnými intervencemi či podporou návratů jedinců po hospitalizaci do jejich přirozeného prostředí, a to s využitím kapacit, které jim region umožňuje. Ačkoliv cíl je stejný – podpora psychického zdraví dětí a dospívajících, každý tým akcentuje jinou oblast a využívá jiné nástroje.

Výsledky výzkumu mohou inspirovat všechny stakeholdery, kteří ve svém regionu (jenž každý má své specifické limity) hledají možnosti, jak alarmující situaci v oblasti péče o dětské duševní zdraví řešit. Výzkum zkoumá, co tyto týmy mají společného, v čem se liší, jakým bariérám a limitům musí čelit a jaké jsou příklady dobré praxe a nápady, kterými lze efektivitu

⁴² V originále jako: “a concept with specialised assertive teams in which staff members have a reduced caseload compared to conventional mental health services. The concept is now a standard treatment in all parts of Denmark” (Healthcare Denmark, 2023, s. 21).

⁴³ Více informací o projektu Mindhelper na webových stránkách <https://mindhelper.dk>.

týmů posílit. Výsledky tak mohou být zajímavými podněty pro zakládání nových týmů, při tvoření metodik a zavádění praxe, zároveň však mohou být další inspirací pro týmy stávající. Závěry výzkumu mohou být návodné, jak pro odborníky v oblasti sociální práce, zdravotnictví a školství, tak pro politické představitele, kteří mají tyto agendy na starosti.

2 Praktická část práce

Praktická část práce navazuje na rešerši literatury z teoretické části a zahrnuje kvalitativní výzkum, včetně formulace hlavní výzkumné otázky a otázek vedlejších, zvolení metody výzkumu, popisu výzkumného vzorku a v neposlední řadě výsledky analýzy. Ty jsou dále v rámci diskuze uvedeny do kontextu s odbornou literaturou. Sběr dat byl proveden metodou individuálních polostrukturovaných rozhovorů s osmi vedoucími (nebo jejich zástupci) multidisciplinárních týmů z oblasti duševního zdraví dětí v rámci ČR. U rozhovorů byl vzápětí proveden přepis, a poté proběhla tematická analýza dat na základě principu otevřeného kódování.

2.1 Výzkumný problém, výzkumné otázky

Cílem výzkumu je na základě kvalitativní analýzy prozkoumat, jak fungují různé typy multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících v ČR a jak se těmto týmům daří spolupráce s ostatními subjekty. Výzkum se soustřeďuje především na otázky vzniku týmů a jejich přímé práce s klienty, spolupráce v rámci těchto týmů a spolupráce s okolními subjekty s akcentem na sociální práci. Snaží se odhalit, jaké faktory zvyšují nebo by mohly zvýšit efektivní fungování těchto týmů – jaké faktory jsou podpůrné (či naopak rizikové) pro vznik a práci multidisciplinárních týmů.

HVO: Jak fungují multidisciplinární týmy zaměřené na duševní zdraví dětí a dospívajících?

VO 1: V čem se týmy mezi sebou liší a co mají naopak společného?

VO 2: Jak týmy vznikaly a jaké byly jejich začátky?

VO 3: Jak hodnotí vedoucí multidisciplinárních týmů spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi?

VO 4: Jak hodnotí vedoucí multidisciplinárních týmů spolupráci se školami a dalšími subjekty, s kterými se při péči o děti setkávají?

VO 5: Jak vypadá práce a postavení sociálních pracovníků v rámci multidisciplinární spolupráce?

VO 6: Jaké výhody má multidisciplinární přístup pro příběh konkrétního klienta?

VO 7: Jak hodnotí a prožívají účastníci výzkumu práci v těchto týmech v rámci současného systému péče o duševní zdraví?

2.2 Výzkumná metoda a sběr dat

Data byla získávána pomocí kvalitativní metody sběru dat, prostřednictvím individuálních polostrukturovaných rozhovorů s vedoucími či zástupci vedoucích jednotlivých týmů, které ve své praxi v oblasti duševního zdraví dětí a mládeže uplatňují multidisciplinární přístup.

Rozhovory probíhaly online formou (na platformě www.meet.google.com) s časovou dotací 55-80 minut v období prosinec 2023 – únor 2024. Účastníci byli nejprve kontaktováni telefonicky a poté emailem s podrobnějšími informacemi ohledně výzkumu. Před samotným rozhovorem byl vždy zaslán soubor se základními okruhy rozhovoru (viz Příloha 1) – vzor s okruhy otázek, dále dotazník ohledně souhlasu se zpracováním dat (viz Příloha 2) a dotazník se základními faktickými údaji ohledně týmu (viz Příloha 3). Relevantní údaje z tohoto dotazníku byly v souladu se zajištěním anonymity využity pro popis výzkumného vzorku.

Předem připravené otázky pak byly účastníkům během rozhovorů pokládány, a to v různých drobných obměnách a pořadí, tak aby byla zachována přirozenost a plynulost hovoru, ale zároveň byly v rámci každého rozhovoru zodpovězeny všechny základní otázky. V závěru rozhovoru byl nabídnut prostor rozhovor jakkoliv doplnit či opravit, a to v rámci daného online hovoru, případně později v rámci emailové komunikace.

Data z rozhovorů pak byla analyzována s využitím techniky otevřeného kódování v rámci kvalitativní metody tematické analýzy. Klíčová témata byla odvozena induktivně na základě kódů, respektive kategorií z rozhovorů a informací z dotazníku se základními faktickými údaji ohledně týmu (Příloha 3).

2.3 Etika výzkumu

Účastníci podepsali informované souhlasy (jejich vzor viz Příloha 2) ohledně dobrovolné účasti na výzkumu s informací o nakládání s daty (data budou využita pouze pro účely tohoto výzkumu) a možností svou účast ve výzkumu bez udání důvodu odvolat. Podepsané dokumenty se souhlasy jsou uloženy u autorky práce.

Účastníci byli informováni, že citace a demografické údaje budou využity anonymně, ovšem s uvedením celkového seznamu institucí, které se výzkumu zúčastnily. Dále jim byla nabídnuta možnost zaslat přepis z absolvovaného rozhovoru pro případné korektury, což pět z osmi účastníků využilo. Také měli možnost zaslat k nahlédnutí verzi závěrečné práce těsně před odevzdáním. A to proto, aby mohli případně okomentovat či zamítnout uvedení některých svých citací z rozhovoru v případě, že by je vnímali jako nevhodně či tendenčně využitě, případně citlivé pro daný kontext. Tato možnost byla využita dvěma účastníky.

2.4 Výzkumný vzorek

Rozhovory proběhly celkem s 8 účastníky, kteří byli předem vybráni na základě jednoho kritéria, a to že pracují v týmu zaměřeném na duševní zdraví dětí a dospívajících, jenž využívá multidisciplinární přístup, a to na pozici vedoucího týmu, případně jeho zástupce (pokud je více zástupců, tak se zaměřením na sociální práci). Zařazeny byly jak dle reformy legislativně ukotvené týmy CDZ-D, tak další týmy, které v ČR organicky, na základě různých projektových výzev (a tedy mimo dlouhodobé systémové záměry MZ či jiných ministerstev) vznikly. Týmy, které byly součástí výzkumu, svou činnost zahájily mezi roky 2020-2023.

V této práci budou zmíněny zkušenosti vedoucích z osmi týmů (viz Tabulka 4), a to ze tří CDZ-D, konkrétně z Ostravy, které vzniklo při Fakultní nemocnici, z Berouna, jež vzniklo při organizaci Pro zdraví 21, a z Prahy, které bylo založeno v rámci neziskové organizace Tři přání. Dále pak z Multidisciplinárního týmu pro děti a mladé lidi z Ústí nad Labem, který vznikl při organizaci Fokus jako služba sociální rehabilitace; dále Týmu pro duševní zdraví pro děti a mládež z Terezína pod neziskovou organizací Naděje, který je rovněž registrován jako sociální rehabilitace, z Týmu pro duševní zdraví dětí a dospívajících z Českých Budějovic, který vznikl v rámci projektu Jihočeského kraje pod místní organizací Fokus, z týmu Pro zdraví duše, jenž byl založen na základě výzvy z Fondů Evropského hospodářského prostoru (dále jako EHP) a Norska a působí v Královéhradeckém, Olomouckém a Pardubickém kraji a v neposlední řadě z Týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v ORP Kutná Hora, který byl rovněž podpořen Fondy EHP a Norska, za podpory organizace Eduzměna.

Tabulka 4*Multidisciplinární týmy ve výzkumu, řazeno abecedně dle názvu organizace*

Název týmu	Organizace, při které tým vznikl	Územní působnost	Typ	Cíl. skupina	Financování
Pro Zdraví Duše	Univerzita Palackého v Olomouci	Pardubický, Olomoucký, Královéhradecký kraj	MDT	6-18	částečně Místní akční plány Vrchlabska a Jilemnicka (dříve z EHP a Norských fondů)
Centrum duševního zdraví pro děti a adolescenty, Praha	Dům tří přání, z.ú.	ORP Praha	CDZ-D	0-18	Magistrát hlavního města Prahy (dotace na sociální službu), pojišťovny
Multidisciplinární tým pro děti a adolescenty FNO	FNO	ORP Ostrava	CDZ-D	0-18	MPSV (dotace na sociální službu), město Ostrava, Krajský úřad Moravskoslezského kraje, pojišťovny
Tým pro duševní zdraví dětí	FOKUS, České Budějovice, z.ú.	ORP České Budějovice	MDT	12-18	Evropský sociální fond – Operační program Zaměstnanost plus
Tým duševního zdraví pro děti a mladé lidi	Fokus Labe, z.ú.	okres Ústí nad Labem	MDT	7-18	MPSV (dotace na sociální službu), Krajský úřad Ústeckého kraje, Magistrát města Ústí nad Labem
Tým duševního zdraví pro děti a mládež	Naděje	okres Litoměřice	MDT	7-18	MPSV (dotace na sociální službu)
CDZ-D 21	Pro zdraví 21, z.ú.	ORP Beroun, ORP Hořovice, vybrané oblasti Praha-Západ	CDZ-D	0-18	MPSV (dotace na sociální službu), město Beroun, Krajský úřad Středočeského kraje, pojišťovny

Tým duševního zdraví pro děti a adolescenty v ORP Kutná Hora	Základní škola Zruč nad Sázavou	ORP Kutná Hora	MDT	6-18	Nadační fond Eduzměna Kutnohorsko, obcemi a městy v ORP Kutná Hora, (dříve z EHP a Norských fondů)
--	---------------------------------	----------------	-----	------	--

Zdroj: Informace ze Vstupních formulářů pro diplomovou práci

Výzkumu se zúčastnilo celkem pět žen a tři muži. V délce praxe v oboru od 6 do 25 let (u jednoho z účastníků nebyl tento údaj uveden) a s praxí v daném multidisciplinárním týmu od 7 měsíců do 3 let. Úvazky účastníků v týmu se pohybovaly od 0,6- 1,0 (u jednoho z účastníků nebyl tento údaj uveden). Dva z účastníků tyto své úvazky v týmu využívali pouze pro manažerskou pozici, ostatní měli úvazek kombinovaný s pozicí v přímé práci, a to na pozici sestry pro péči v psychiatrii nebo sociálního pracovníka, respektive pracovníka v sociálních službách.

2.5 Analýza dat

Po každém rozhovoru s účastníkem byl na základě audiozáznamu získaného pomocí aplikace iTop Screen Recorder proveden doslovný transkript v programu MS Word. Správnost popisu byla následně autorkou zkontrolována, a poté byly tyto písemné přepisy analyzovány s využitím techniky otevřeného kódování v rámci tematické analýzy.

Kódy vznikaly z přepisu rozhovorů. „Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky“ (Lojdrová, 2014, s. 9). Jednotlivé kódy byly následně analyzovány v kontextu jednotlivého rozhovoru a napříč všemi rozhovory, a pak seskupovány do tematických kategorií. Jednotlivé kategorie kódů byly pak analyzovány společně. Analýzy byly zpracovávány ručně. Přepisy rozhovorů byly vytištěny a poté byly analyzovány metodou papír-tužka, jednotlivé kódy byly odlišeny barvou, kategorie pak pomocí diferencovaných piktogramů. Vzniklé kategorie pak byly dle svých obsahů přiřazovány k jednotlivým výzkumným otázkám, jak je uvedeno v Tabulce 5. (Lojdrová, 2014).

Tabulka 5*Přehled kategorií, jejich popis a přiřazení k výzkumné otázce*

Výzkumná otázka	Kategorie	Popis kategorie
VO1	Cílová skupina	Jaká věková skupina a skupiny obtíží se v týmech objevuje
	Personální zajištění	Jací odborníci se v týmu nachází, s jakými se spolupracuje v rámci externí spolupráce (např. na DPP)
	Přímá práce s klientem	Přímá práce s klienty – individuální, skupinová práce, frekvence a délka péče
	CDZ-D vs ostatní týmy	Výroky, ve kterých byly uvedeny rozdíly CDZ-D a ostatních týmů
	Přijetí do péče, odmítnutí péče	Jaké jsou podmínky pro vstup do péče, jak vypadá zavedení do péče, z jakých důvodů a jak je služba odmítnuta
VO2	Silný partner	Informace o partnerovi, o členu týmu a jeho důležité roli v týmu
	Teoretický background	Zmínky o metodikách, nástrojích, vzdělávání, inspiracích u jiných týmů
	Vznik a „ladění se“	Informace týkající se zakládání, průběhu tvoření týmu, zmínky o potřebě sladit se
	Podpůrné faktory pro vznik	Faktory, které účastníci hodnotili jako důležité pro vznik týmu, doporučení pro nové týmy
	Organizačně-administrativní problémy	Problémy s personálním obsazením, s finančním zajištěním
VO3	Partneři – nemocnice	Zmínky o (kvalitě) spolupráci s nemocnicemi, zdravotnickým personálem mimo tým
	Bariéry – nemocnice	Výroky o tom složitosti spolupráci s nemocnicemi
	Překonávání bariér – nemocnic	Zmínky o dobré praxi pro zahájení a udržení spolupráce s nemocnicemi
VO4	Spolupráce ve školách	Informace o spolupráci u konkrétních klientů, zmínky o školním poradenském pracovišti
	Prevence, edukace	Výroky ohledně potřebnosti edukace (dětí, pedagogů), důležitosti prevence

	Rodiče – spolupráce	Informace ohledně spolupráce s rodiči, motivace rodičů
	Další spolupracující subjekty	Zmínky o dalších subjektech, s kterými tým navazuje spolupráci
	OSPOD	Zmínky o spolupráci s OSPODem
VO5	Hierarchie	Výroky o hierarchii v rámci týmu, v rámci celého systému
	Case management	Zmínky o case managementu a dalších nástrojích v přímé práci
	Sociální vs. zdravotní sféra	Výroky, ve kterých byla srovnávána práce, přístupy pracovníků v sociální a zdravotní oblasti
VO6	Výhody MDT	Výhody, které v práci týmu nebo v multidisciplinárním přístupu vidí vedoucí týmu
	Zpětná vazba	Jak klienti, rodiče či další subjekty hodnotí spolupráci s týmy, jak je hodnocen multidisciplinární přístup
VO7	Práce v týmu - pozitivně	Výroky o tom, co v práci v týmu hodnotí pozitivně, čeho si cení (Splněný sen- osobní růst, síla týmu, Smysluplnost- být u změny)
	Práce v týmu - negativně	Výroky o tom, co je v práci v týmu náročné, těžké
	Nápady na systémové změny	Vlastní nápady na systémové změny, změny ve zdravotnickém systému, změny na školách, které by podpořily téma duševního zdraví
	Financování	Z jakých zdrojů je/ by měla být činnost týmů hrazena

2.6 Výsledky výzkumného šetření

V posledním kroku výzkumu byla provedena interpretace dat a diskuze nad výsledky výzkumu s vědomím, že „prezentace a interpretace dat by vždy měla mít přímou vazbu na cíl výzkumu. Je třeba se vyvarovat jednoznačných tvrzení, neboť kvalitativní data neumožňují činit jakékoliv zobecňující soudy“ (Knechtová et al., 2019). Výsledky z analýzy dat, konkrétní kategorie, byly vztaženy k odpovídajícím výzkumným otázkám, řazeny chronologicky dle výzkumných otázek viz kapitola 2.1.

2.6.1 Rozdílné a společné charakteristiky týmů

Z rozhovorů vyplývá, že ačkoliv mají týmy výzkumu společnou cílovou skupinu a multidisciplinární přístup, každý tým si postupně vyprofiloval svůj jedinečný způsob práce. Procesy a přímá práce se liší i například mezi CDZ-D. Týmy vychází z odlišných regionálních podmínek, s tím souvisí rozdíly v dostupnosti odborníků, ne/existenci dalších podpůrných sociálních a poradenských služeb, v možných zdrojích financování. Velký vliv na charaktery týmů měli rovněž „zakladatelé“ a jejich motivace k založení, a to ať jde o organizaci, při které tým vznikl, nebo (velmi často) o jednu konkrétní osobu, jež iniciovala či podporovala založení týmu. *„Všechny ty týmy jsou jiné proto, v jakých podmínkách vznikaly, co měly v tu chvíli k dispozici, tak z toho vyrostly, ... některý se věnuje více škole, některý se věnuje více rodičům a dětem a tomu vztahu... protože vyrostly na tom, že to už nějak dělaly, měly s tím nějakou zkušenost, a to rozšiřují, něco k tomu přibírají, ale to je to jejich zaměření“* (Ú8).

Rozdílné charakteristiky týmů

Všechny sledované týmy působí na klienta nějakým způsobem multidisciplinárně, řeší jeho situaci komplexně. Liší se však vzájemně v tom, na jakou z oblastí – na jaký vztah, působí primárně, a od které se pak odvíjí zbytek intervencí. Jsou týmy, které jsou na prvním místě zaměřené na oblast dítě – psychiatrické potíže (lékařské prostředí), další se více soustřeďují na vztah dítě – zákonní zástupci (rodinné prostředí), respektive dítě – učitelé (školní prostředí).

Téma, které je v týmech často diskutováno, revidováno a nad kterým nevládne konsenzus mezi týmy (a často ani v rámci jednoho týmu), je doba, po kterou může klient v péči týmu být. Aktuálně převažující trend mezi týmy výzkumu je délku péče žádnými jasnými časovými hranicemi nevytyčovat, ale odvozovat ji od naplnění klientovi (respektive jeho rodiny, školy, OSPODu apod.) zakázky. Některé děti tak mají týmy v péči na dlouhé časové období s vizí, že až překročí věk cílové skupiny, budou je předávat do návazné služby (např. do CDZ pro dospělé). Někdy klient, ačkoliv už multidisciplinární péči nepotřebuje, neopouští službu i z toho důvodu, že se nedokáže sehnat navazující podpora (typicky pedopsychiatra) někde jinde. *„V čase jsme se k tématu (délky péče) několikrát dostali, protože jsou služby, které uzavírají na dobu určitou tu spolupráci, ale s ohledem na naše téma, kdy hlavně často, pokud propukne reálně nějaké onemocnění, tak velmi často u těch duševních onemocnění je to cyklické, moc nedává smysl tu spolupráci úplně ukončovat, respektive nějak ji rámovat v čase“* (Ú6).

Na druhou stranu v kontextu limitovaných kapacit a potřeby přibírat i nové klienty jsou týmy, které mají nastaveno, že jsou „*stabilizační péče, přechodná péče. Nejsme nic stálého, nejsme nic dlouhodobého*“ (Ú7) a které dobu péče časově ohraničují. Zpravidla je pak péče poskytována na půl roku až rok, vždy však s přihlédnutím na individuální potřeby konkrétního klienta. „*Má to výhody...od začátku se ví, že ta práce je na rok, je to ohraničené, není to rozplzlé, jak by mohlo být v té dlouholeté práci, všechny ty stereotypy...Ted' se ví, že máme rok na to, abychom něco odpracovali*“ (Ú3).

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že týmy můžeme rozdělit do dvou hlavních proudů, kategorií dle intenzity obtíží cílové skupiny. Do jedné kategorie patří týmy zaměřené především (či téměř výhradně) na cílovou skupinu s psychiatrickými obtížemi (vzhledem k složitosti diagnostiky u této cílové skupiny ne nutně s diagnózou), do druhé kategorie týmy, které se více věnují preventivním, včasným záchytům u dětí s širokým spektrem obtíží (včetně sociálních či speciálně diagnostických).

Do první kategorie patří všechna tři CDZ-D, ale i několik dalších multidisciplinárních týmů pod sociální službou sociální rehabilitace. Tyto týmy mají ve své službě klienty s vážnějšími problémy, kteří jsou často v péči před, během nebo po hospitalizaci (nebo kde by hospitalizace byla vhodná, kdyby byly dostatečné kapacity krizových lůžek); působí preventivně proti další či dlouhodobé hospitalizaci. Vzhledem ke svým kapacitám se týmy téměř nevěnují plošné prevenci, zároveň je i méně prostoru na včasný záchyt a včasné intervence u dětí, které jsou „pouze“ v nějaké duševní nepohodě či složité životní situaci. „*Když je to spíše nějakým způsobem sociálně orientovaný ten problém, tak to také nebereme. Protože v podstatě jsme opravdu zaměřeni na děti, které jsou buď ohrožené, anebo mají duševní onemocnění*“ (Ú8). Tam, kde vznik vážnějších potíží teprve hrozí, působí pracovníci těchto týmů výhradně okrajově⁴⁴. „*Ted' jsme momentálně ve stavu, kdy přijímáme takové ty akutní klienty, které doopravdy není kam posunout jinam*“ (Ú7).

Pro cílovou skupinu těchto týmů – ve velké míře dospívající dívky, jsou podle účastníků výzkumu charakteristické obtíže jako úzkosti, deprese, sebevražedné myšlenky, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy, obsedantně kompulzivní poruchy, příznaky poruch osobnosti, ale i schizofrenie či genderová dysforie. „*Tým řeší poruchy sexuální identity, to je něco, co asi přichází i s dobou, tím, že ta společnost je víc otevřená těm tématům, tak logicky ti mladí lidé testují ty hranice, více se o tom baví*“ (Ú6).

⁴⁴ Klienty s těmito „lehčími“ obtížemi přijímali krátce po svém vzniku, kdy měly volné kapacity.

Druhou kategorií tvoří týmy, které jsou výrazně více zaměřené na prevenci – na včasné intervence při riziku vzniku duševního onemocnění, a zároveň také na preventivní programy, práci s kolektivem a edukaci (děti i učitelů) ve školním prostředí. Velmi specifický je pak projektový tým Pro Zdraví Duše zaměřený primárně na vztah dítě–učitel. *„My přes to dítě ovlivňujeme učitele, protože jsme vyhodnotili, že když změníme uvažování a mindset učitele, tak máme mnohem větší dosah, než když budeme intervenovat u jednoho dítěte“* (Ú4).

Tyto týmy se tak zabývají širším spektrem témat souvisejících s nepohodou dítěte, jako jsou speciálně vzdělávací potřeby, výchovné problémy, složité rodinné zázemí (včetně například konfliktů rodičů, absence jednoho z rodičů), problémy související se vstupem do povinné školní docházky a přestupem na druhý stupeň základní školy apod. Z hlediska projevů pak jde o úzkostné a depresivní děti, děti s náročným chováním. *„Ukázalo (se), že těch dětí vyloženě s duševním onemocněním je hodně málo. Je mnohem víc dětí, které jsou v nějaké duševní nepohodě, ať už se jim rodiče rozvádí, nebo je to, že nedokážou deeskalovat svoje napětí...mám pocit, že ty děti, které už mají duševní onemocnění, mají té péče mnohem více než děti, které jsou v nějakém riziku vzniku duševních obtíží...dítě, které vlastně zažívá doma obrovské násilí od dětství, kdy ti rodiče bojují, o to dítě se moc nestarají a tohle dítě opakovaně dostává důtky a snížené známky chování, protože se chová tak, jak se chová, ale tu podporu nemá od nikoho“* (Ú4).

Tyto týmy zpravidla nemají v péči hospitalizované klienty, klienty s diagnózou, a mají tedy méně často potřebu navazovat spolupráci s psychiatrickými odděleními. V rámci těchto týmů se někdy pro klienta dostačující podpora odehraje i během jednorázového poradenství či v podobě doprovázení sociálními pracovníky bez nutnosti zdravotnického zásahu.

Pro úplnost je třeba uvést i rozdíly mezi CDZ-D a ostatními multidisciplinárními týmy výzkumu, které z rozhovorů vyplývají. Typickými odborníky v jádrech multidisciplinárních týmů jsou sociální pracovníci (pracovníci v sociálních službách), speciální pedagogové, rodinní poradci/terapeuti, sociální pedagogové, školní poradci, psychologové. Součástí CDZ-D je navíc zdravotnická část personálu: (psychiatrická) zdravotní sestra, pedopsychiatri, (klinický) psycholog. Tito vysoce kvalifikovaní odborníci jsou v ostatních týmech v pozicích konzultantů či externích spolupracovníků, spolupracujících subjektů, zpravidla nedělají v rámci týmů přímou práci (na rozdíl od CDZ-D).

S tím souvisí i odlišné přijetí klienta do péče. Službu CDZ-D čerpají klienti (věková cílová skupina CDZ-D je 0-18 let, spodní hranice u ostatních týmů je 6/7 let, u jednoho 12 let)

až po zavedení do péče pedopsychiatrem⁴⁵, na jehož diagnostiku navazuje práce ostatních odborníků. U CDZ-D navíc platí podmínka, že klient „*musí potřebovat tu multidisciplinaritu, to znamená alespoň tři odbornosti z toho našeho týmu...* (a klienti jsou přijímáni do péče, až ve chvíli, kdy už vyzkoušeli dostupnější možnosti podpory)...*My jsme pro ně poslední instance, které volají*“ (Ú5).

V ostatních sledovaných týmech se s klientem pracuje i bez stanovené diagnózy, pokud potíže nejsou závažnější a pracovník nevidí důvod k diagnostice. Týmy pak slouží i jako takové „filtry“ klientů. K pedopsychiatrovi posílají děti, u kterých vnímají potřebu diagnostiky a péče psychiatra. „*My se snažíme dobře selektovat a dost se setkáváme s tím, že škola řekne: ‚to je na psychiatrii‘ a už rodiče posílají někoho si hledat. A my řekneme: ‚ne, pojd‘me to spolu nejdřív zmapovat: spolupracovali jste v minulosti s nějakým psychologem? Ne. Aha...‘ a pak se třeba zjistí, že ten psychiatr vůbec nebyl potřeba, snažíme se hodně dobře selektovat tak, abychom ho (psychiatra) nepřetěžovali...Kdyby to fungovalo celorepublikově, tak by ti psychiatři nebyli tak přetížení. Protože si myslím, že leccos by se odfiltrovalo dříve. Ty děti by se podpořily, takže by to nebylo nutné, a pak by se k nim opravdu dostávaly jenom ty těžší případy*“ (Ú2).

Společné charakteristiky týmů

Z výpovědí účastníků rozhovorů může vyvodit i charakteristiky, které jsou typické pro multidisciplinární týmy v tomto výzkumu. Společný je ideál (a i praxe) intenzity péče, kterou klient a jeho okolí získává. Na začátku jsou schůzky a intervence velmi časté, může docházet i k několika setkáním týdně. Frekvence se pak postupně snižuje na jednu intervenci za týden, případně za 14 dní a méně. „*Pokud ze začátku není (spolupráce) intenzivní, tak nemá smysl, to máme vyzkoušené. Navázat vztah, zmapovat, co se dá, dát si jasné cíle, pracovat na nich...pak se to může rozvolňovat. Když se to nechá rozpliznout na začátku, tak se nic dobrého a konkrétního neuděje*“ (Ú1).

Často uváděnými kontraindikacemi pro využití služby napříč týmy výzkumu jsou závažnější poruchy autistického spektra, těžší mentální postižení. „*Takže nemůžeme pracovat s lidmi s mentálním handicapem...a nechceme pracovat...zatím se to ukazuje jako nesmysl, protože to know how nemáme*“ (Ú6). U jednoho týmu byl uveden selektivní mutismus, respektive poruchy příjmu potravy.

⁴⁵ Výjimečně se to neděje, pokud to z kapacitních důvodů není možné. V takovém případě pak některé nezdravotnické intervence předchází závěrům diagnostiky psychiatra.

Ukončení spolupráce (vedle naplnění cíle spolupráce) ze strany sledovaných týmů pak nastává po třech zrušených schůzkách, případně pokud si po zrušené schůzce klienti do určité doby sami nedomluví další. „*Když dojde ke třem zrušeným schůzkám, tak můžeme nějakým způsobem ukončit tu spolupráci, ale neřekla bych, že se to stává nějak často*“ (Ú2). „*Ve chvíli, kdy tedy se ukáže, že někoho to nebaví, nebo chodit nechce nebo není schopen to dodržet, tak tím mrhá časem a naší energií...a těch zájemců je strašně moc*“ (Ú8).

S výjimkou týmu Pro Zdraví Duše (který podporuje primárně vztah dítě–učitel a spolupráce s rodičem je pouze doplňková), vedoucí týmů hodnotí spolupráci s rodiči jako naprosto zásadní. Idea „*...za kterou si tady všichni stojíme, tak je tam i to, že v momentě, kdy to dítě s nějakým duševním onemocněním přijde, tak je nutné, aby tam ta rodina spolupracovala. Jdeme si za tím, že přece jenom oni jsou s dítětem 24/7, jsou taková de facto největší odborníci na to dítě, a potřebujeme, aby se to v tom systému trošku začalo hýbat*“ (Ú7). Je to rodič, zákonný zástupce, kdo musí iniciovat první kontakt vůči týmu. „*Když školy volají, tak my říkáme dobře, předejte kontakt rodičům, musí se ozvat oni...*“ (Ú3). Úvodní schůzka pro vstup do péče probíhá s rodiči (a klientem), smlouvu zpravidla vždy podepisuje zákonný zástupce (u jednoho týmu se kontrakt uzavírá přímo se školou). „*Smlouvu samozřejmě podepisují rodiče a zároveň i to dítě tady u nás, aby nějak si bylo vědomé, že to je o něm a pro něj*“ (Ú8). „*Smlouva je psaná na zákonného zástupce a nejde to obejít. Vždy se rodičům snažíme...nějak jemně vysvětlit to, že ,to nefunguje tak, že vy nám sem dáte dítě a my vám ho nějak opravíme‘*“ (Ú1).

Často jsou v podmínkách poskytování podpory další pravidelné schůzky, setkání s rodinným radcem apod. Další intervence, ať už individuální nebo účast na skupinách nebo edukativních programech jako je Triple P⁴⁶, jsou pak pro rodiče dobrovolné. „*...Povinně máme jednu úvodní schůzku s rodinným radcem, kde se potkává s oběma rodiči, abychom tam zmapovali i tuto situaci rodinného zázemí a nějakým způsobem posbírali data a udělali si ten širší obrázek*“ (Ú8). Většina sledovaných týmů pak jako další podporu (ne jako podmínku spolupráce) využívá skupinových aktivit, a to jak pro svou primární cílovou skupinu – děti a dospívající, tak velmi často i pro rodiče. „*Drží se skupiny, takže tam se zvládne další kvantum věcí*“ (Ú6).

Co mají týmy dále společného, je využívání metodiky case managementu a pozice klíčového pracovníka, který zajišťuje předávání informací a propojenost jednotlivých složek

⁴⁶ Triple P je edukativní program na posílení rodičovských kompetencí, jehož rozšíření v ČR iniciovalo MZ. Více informací o programu na webových stránkách <https://triplep.cz/>.

péče a jednotlivých odborníků; s důrazem na zakázku klienta. Klíčový pracovník pak informuje klienta ohledně procesu péče, jejich prioritách a cílech. „*Case manažer ze všech těch doporučení, které mu vyšly, udělá takový sumář doporučení a vytáhne čtyři za něj nejdůležitější a většinou jsou i ty, co se nejčastěji objevují*“ (Ú4). Celá péče je velmi individualizovaná a šitá na míru danému klientovi, jeho obtížím a životnímu kontextu. „*Protože opravdu stavíme na tom, že každý klient je originál, tak to musí být pružné*“ (Ú8).

Tento důraz na individualizaci se pak může promítat nejen do normativů práce s klientem, ale i do přístupu ke členům týmů, kteří mají možnost se profilovat a využívat své specializace (typ výcviku, další vzdělávání) při přímé práci. „*Co se týče nástrojů (práce), je to hodně kreativní, my jsme každý v tom týmu trochu jiný, každému vyhovují jiné nástroje*“ (Ú1).

2.6.2 Vznik a začátky týmů

Začátky vzniku týmů byly účastníky výzkumu popisovány jako velmi dynamické. Všechny týmy ve výzkumu během prvních měsíců až let čelily častým personálním výměnám, než se tým personálně uspokojivě zkonsolidoval. Nešlo jen o získání kvalifikovaného personálu (jehož celkový nedostatek byl účastníky rozhovorů často akcentován), ale také o potřebu do týmu získat takové lidi, kteří mají stejnou ideu ohledně přístupu k dětem s duševními obtížemi a pracují rádi v týmu.

Podpůrné faktory pro vznik a práci týmů

Velkou devizu pro založení multidisciplinárního týmu vidí účastníci výzkumu v tom, že již existoval nějaký základ, od kterého se dalo odrazit, tedy že již existovala nějaká sociální služba nebo zdravotnické zázemí, na kterém se dalo stavět. Zakládat tým zcela od začátku je velmi složité a může přinést mnoho výzev. „*Mně přijde, že dává smysl, když to vznikne někde, kde to nestavíte celé na zelené louce...když už někde nějaký tým funguje, který se tomu věnuje, tak k tomu přibrat ty další profese, nějaké to zdravotnické zázemí tomu udělat, to je asi logický krok a je to nejsnazší cesta k tomu CDZ*“ (Ú8). Ve dvou případech šlo dokonce o celý již existující tým jiného projektu, jiné služby, který se transformoval do služby zaměřené na duševní zdraví dětí. „*Právě jádro tvoří lidé, kteří dlouhodobě pracovali spolu...*“ (Ú3). Mít už existující službu, která bude dále rozvinuta, může být nejen podpůrným faktorem, ale i naprostou nezbytností. „*Narazili (jsme) na tu potíž, že získat nové úvazky do SASky je problém. Takže to je první překážka, která je, takže ty SASky (u týmů) logicky tím pádem vznikaly většinou tím stylem, že už existovaly...*“ (Ú8).

Z rozhovorů vyplývá, že pro tým je obzvláště výhodné, pokud je instituce, která je u založení nebo/a u rozvoje týmu, veřejností vnímána jako “tradiční“ a prestižní, s dobrým jménem (ať již jde o nemocnici, univerzitu nebo školu). Do týmu tento silný partner může přinést zázemí a know how a zároveň pomáhá otevírat mnoho dveří ke spolupráci. *„Hodně to fungovalo, že říkali: ‚Aha, vy jste pod univerzitou‘, takže asi tam viděli nějakou záruku kvality...“ (Ú4).*

Předchozí zkušenost s (podobnou) službou, například s CDZ pro dospělé či SAS nebo krizovým centrem, přináší velkou výhodu v podobě dobré orientace v sociálním systému, v již navázaných stabilizovaných vztahů s dalšími subjekty, znalosti práce v terénu či know how ohledně kódování výkonů pro pojišťovnu apod. *„Když chceme klienta zasíťovat, tak je dobré znát dobře celý ten region. Ale je toho hrozně moc, znát všechny psychology, psychiatry, všechny služby, OSPODy ...a teď si představte, že to neznáte jen pro okres, ale pro celý ...kraj...a nevíte, jak to tam funguje. Něco najdete na internetu, přijde vám to fajn, ale pak zjistíte, že jste tam toho klienta ani neměli navazovat“ (Ú1).*

Podobně může zafungovat, pokud už před vznikem týmu, případně na počátku jeho fungování, existovaly projekty zaměřené na síťování, případně multidisciplinaritu, které cílily na propojování služeb a na multidisciplinární přístup. *„Od konce minulého roku běží takzvaný projekt multidisciplinarity, který má nějakým způsobem spojovat ty jednotlivé aktéry, kteří pracují s těmi klienty s duševním onemocněním“ (Ú3).*

Významnou roli při zakládání týmu mohou vedle „mateřských“ organizací sehrát i konkrétní jednotlivci. Pro CDZ-D je to postava primáře dětského oddělení psychiatrické nemocnice Bohnice, Michala Považana, jehož jméno bylo v souvislosti s metodickou podporou zmíněno v rozhovoru u všech třech CDZ-D, a také osoba Kláry Šimáčkové Laurenčíkové jako metodické podpory. Klíčovými postavami pak ostatních multidisciplinárních týmů byli lokální entuziastičtí pedopsychiatři, případně ředitelé škol.

Jako podpůrný faktor označili někteří účastníci výzkumu i vhodné prostory. *„Určitě nám pomohlo, že jsme se mohli přestěhovat do krásných prostor..., kde máme celé spodní patro velké budovy, je to tady moc příjemné i pro klienty“ (Ú3).* Jako další podpůrný, motivační faktor se v rozhovorech objevilo i projektové řízení, které může podpořit týmy v překonávání problémů. *„Oni (personál konkrétní nemocnice) nás odmítali a nechápali, co po nich chceme a k čemu to celé bude dobré...tak díky tomu, že ten projekt měl nastavené nějaké parametry, museli jsme plnit indikátory, tak nám nezbylo nic jiného, než se opravdu hecnout a přes ten strašný odpor a velké nepříjemno to udržet“ (Ú6).*

Ladění týmu

Pro dobrý start týmu byla akcentovaná důležitost společné vize a sdílených hodnot v rámci celého týmu, s čímž souvisí počáteční potřeba času na stabilizaci a „ladění“ týmu. V tomto čase se proměňovali jednotliví pracovníci, dokud nezůstali ti, kteří sdílí společné hodnoty a vize. *„Byla tady spousta lidí, co měli vystudovanou vysokou školu – sociální práce, byli magistři, měli zkušenosti, ale to jejich osobnostní nastavení se sem nehodilo. To se pozná už při těch pohovorech, jednají až s nějakým nerespektem vůči lidem, jsou to takové jemné, měkké věci, kterých my si ale všímáme a které nechceme...i kdyby byl PhDr. sociální práce“ (Ú1).*

„Udělalí jsme takhle dohromady tým z lidí, kteří jsou podobně naladěni, a pak ještě šlo stejně o to, v průběhu práce si to vyladit, vycizelovat, co ano co ne, jestli opravdu máme úplně stejné smyšlení“ (Ú4).

Jako klíčové v rámci procesu ladění týmu, není pouze nastavit hranice týmu jako celku vůči cílové skupině a spolupracujícím subjektům, ale také sladit tým uvnitř. To znamená společnou diskuzí nadefinovat hranice jednotlivých pozic a odborníků, jejich manipulační prostor a kompetence, způsob práce a odborný jazyk, postupy v rámci case managementu, jakým způsobem klient péči prochází apod. Takový proces ladění vyžaduje čas. *„My jsme se museli nějak sladit...Vysvětlovat si ty kompetence, to jsme dělali možná tři čtvrtě roku, když jsme si jako ty jednotlivé odbornosti obhajovaly to svoje...že nelezeme nikomu do zelí“ (Ú5).*

Pro ladění se v rámci týmů složených z expertů z různých sfér je dle účastníků výzkumu nutný systém častých porad s ideálně osobním setkáváním (ačkoliv některé týmy dokázaly spolupracovat i v rámci online porad). Jako velmi nosné dále uváděli supervizní vedení týmu, společné vzdělávání v prvních měsících týmu. *„Prošli jsme dvanáctiměsíčním školením...Přišlo mi to hrozně důležité, protože nás to všechny sladilo na takovou jednu úroveň, na které všichni pracujeme a možná, že i to, proč fluktovali ti ostatní psychologové, kteří tím samým školením neprošli...“ (Ú2).*

Z výzkumu také vyplývá i potřeba navazujícího podpůrné vzdělávání. Účastníci výzkumu uváděly kurzy zaměřené na zotavení, CARE, Case management 2.0, kurzy krizové intervence, psychoterapeutické výcviky a metodiky organizace SOFA – neurosekvenci model mozku, trauma respektující přístup a další. Je dobré mít *„...vzdělání ve smyslu psychiatrického minima...tam se jednoznačně ukazuje, ačkoliv s mladší generací je to lepší, že často doktoři nejsou schopní, asi schopní, než ochotní...mluvit lidsky přirozeně...Jakmile zabrousí do něčeho odborného, tak se automaticky mění jazyk...Je třeba, aby to spíš ti sociální pracovníci nasáli, aby byli schopní se k těm lékařům připojit a nečekat, že se ti lékaři budou připojovat k nám v tom jazyce“ (Ú6).*

Když služby zaměřené na duševní zdraví dětí vznikaly, žádné metodické podklady neexistovaly, v týmech výzkumu tak postupně z procesu konsolidace, z vlastní přímé práce s klienty a z inspirace u ostatních služeb vznikaly metodické materiály, o které se dnes mohou opírat a podle kterých pak mohou „vyladovat“ nové členy týmu. Nicméně, dle jednoho účastníka výzkumu se tento proces nedá považovat za konečný. *„Je to pořád proces, nejsem stále ustálení... pořád (se) mění způsoby práce a vnitřní naše, nechci říct přímo metodiky, ale nastavení toho, jak ty věci mají vypadat a pořád to tvoříme sami.“* (Ú1).

Rizikové faktory pro vznik a práci multidisciplinárních týmů

Dvě vzájemně propojená témata, která multidisciplinární týmy řešily na svém počátku, se týkají způsobu, jak týmu zajistit stabilní financování, a s tím související – kde najít správné pracovníky. *„Je to otázka, jak je to celé ufinancovatelné, myslím, jak ta CDZ jsou schopna se ufinancovat, to tak úplně není sranda, ...ten odborný personál v tuto chvíli, když už je, tak je drahý, pro nás byl strašný problém sehnat psychiatrickou sestru, takže to jsou takové ty systémové věci“* (Ú8).

Část týmů byla na svém počátku hrazena z projektů, což na počátku bylo relativně jednoduché, ale problémy přišly po konci projektů. Kromě CDZ-D, kterým se podařilo transformovat z pilotních verzí, se ostatním týmům založeným na základě projektové výzvy, nepodařilo pokračovat v práci v její původní šíři. V současnosti však CDZ-D čelí tomu, že ačkoliv jsou jedna služba pod jednou střechou, musí být finančně zajišťována spojením dvou zdrojů financování (přes MPSV a přes MZ), k čemuž se váže složitost kódování, řešení bodů pro pojišťovny. *„Poměrně dost jsme pak řešili i to financování, protože sociální část je z něčeho hrazená, zdravotní část je hrazená ze systému těch pojišťoven, ze systému těch výkonů, takže tam jsme i poměrně dost řešili, aby to pro nás, bylo ufinancovatelné. Takže, jak si to procesně nastavit, komunikaci s pojišťovnami a tyhle věci okolo toho...K nám se vždycky dostávaly informace, že ta CDZ nejsou výdělečná, že je to spíš prodělečné, že když se dostanou na nulu, tak je to zázrak“* (Ú7).

Zásadní a v rozhovorech opakovaný problém je sehnat do týmu zdravotníky, o což mají zájem i multidisciplinární týmy, které nejsou CDZ-D, ale všichni naráží na stejné bariéry. *„Možnost nabrat do toho týmu, ne jako externistu, fakt specialistu typu psychiatra, pedopsychiatra, klinického psychologa, ti jsou velmi nedostatkovi...jsou to i zdravotní sestry, třeba se specializací v psychiatrii...byť zase, známe je, máme je nasmlouvané externě, tak ale aby byli součástí interního týmu v tuhle chvíli je sci-fi“* (Ú6). Vedle jejich všeobecného nedostatku jako možnou příčinu, proč zdravotníci v týmech nejsou, uvedlo několik účastníků

výzkumu i nedostatečnost financí, které mohou týmy na odborný personál alokovat. „*Jsem přesvědčen o tom, že (personál v nemocnici) má nadstandardní platové podmínky. Takže jim se dá velmi těžko konkurovat. A co my můžeme nabízet? Jedině nesměnný provoz... což by u nás nedělali, ale i tak to není, si myslím, pro ně finančně až tak zajímavé*“ (Ú6).

V některých týmech se objevil i problém s personálním obsazením pozic sociálních pracovníků, který museli řešit. „*Pomohlo nám to, že jsme se nenechali úplně svázat vzděláním... on by to měl být sociální pracovník, pak jsme říkali, a je to nutný, nemohl by to být jenom pracovník v sociálních službách? a pak jsme od toho úplně ustoupili a říkali jsme, tady je to jedno. My jenom potřebujeme, aby přemýšlel stejně jako my, aby byl ochoten se vzdělávat, komunikovat s námi*“ (Ú4).

Třetí problém plynoucí z analýzy rozhovorů, který brzdí vznik, ale i následnou práci týmů, je jistá obezřetnost, nedůvěra dalších subjektů (některých nemocnic, škol), s nimiž by měly týmy v rámci podpory klienta spolupracovat. Vedoucí týmů výzkumu si tuto situaci vysvětlují tím, že týmy jako typ služby jsou relativně nové. Některé subjekty tak neví, jaké role mohou týmy zastávat, jak vypadá jejich styl práce, jaká by mohla být přidaná hodnota vzájemné spolupráce apod. Speciálně akcentovaná účastníky výzkumu byla nedůvěra psychiatrických oddělení a jejich personálu, který „*stojí o takové ty formální (partnery), baví se třeba s OSPODem, právě s těmi rodiči*“ (Ú6). Účastníky výzkumu byla zmiňována také určitá míra nedůvěry ohledně kompetencí pracovníků nových týmů. Pracovníci v nemocnicích „*nevědí, co si o tom myslet. Jestli ta expertiza je dobrá, jestli to takhle vlastně má fungovat... To hraje roli i pro ty nemocnice podle mě, které se spíš obrátí možná na krizová centra, která jsou dlouhodobě zajištěná a znají je, vědí o nich, než třeba nás*“ (Ú2).

Z analýzy výzkumu vyplynulo, že jako obzvláště složité se jeví postavení týmů, které vznikly v rámci projektů, a tedy na limitované období (z těchto týmů je účastníků výzkumu hned několik). Sama o sobě je tato pozice vzhledem k nesystémovému zdroji financování velmi nejistá, tuto nejistotu pak podle vedoucích těchto týmů mohou vnímat i subjekty, které mají s týmy navazovat spolupráci.

2.6.3 Spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi

Co se týče spolupráce multidisciplinárních týmů s psychiatrickými nemocnicemi či odděleními, velmi specifické je postavení CDZ-D v Ostravě, které je zřízeno přímo v nemocnici v čele s primářem, který multidisciplinární přístup v nemocnici sám inicioval. Tady dle účastníka výzkumu problémy při spolupráci s lůžkovým oddělením nevnímají.

Z výzkumu vyplývá, že spolupráce ostatních CDZ-D s nemocnicemi není v módu partnerské spolupráce mezi institucemi, spíše se opírá o dobré osobní vztahy. „*Ty osobní kontakty pomáhají hrozně moc, že se ty cesty nějak zprůchodní a že vidí, že to je také pracoviště, které má svého pedopsychiatra...že to není jenom sociální péče*“ (Ú8). Nicméně, spolupráci účastníci výzkumu hodnotili spíše pozitivně, byť pokud probíhá předávání klienta, tak je to spíše na konci hospitalizace a pokud mohou konzultovat, tak spíše telefonicky. Nefunguje to tak, že by se tým s týmem nemocnice setkával.

Ostatní týmy výzkumu, pokud jsou s nemocnicemi v kontaktu, spolupráci s lůžkovými odděleními označují jako neuspokojivou. „*Nepodařilo se to navázat tak, aby ...aby se to dalo alespoň hodnotit jako (ne vřelá, ale) bezproblémová spolupráce*“ (Ú3). Jedním z vedoucích týmů byla vnímána jako velmi problematická a výrazně nedostatečná i navzdory faktu, že vztahy byly formálně zakotveny ve smlouvě o spolupráci.

Z analýzy výzkumu vyplývá, že pokud odborníci z nemocnic s týmy nějak spolupracují, je to nesystémové. Nahodile konzultují s personálem týmů, nahodile se spolu s členy týmu a klientem osobně setkávají. „*(Zdravotní) sestry se střídají a ne každá řekne všechno. Je to občas legrační, jezdím tam tři roky. Občas zazvoním a řeknou: ‚pojdte paní (jméno), už na vás čekám‘ a občas je to: ‚vy jste kdo a máte občanku?‘ ...Někdy tam jsou věci, že nám hodně vyjdou vstříc, pak máme pocit, že nám hází klacky pod nohy*“ (Ú1).

Situaci, kdy nemocnice kontaktuje sama proaktivně týmy, zda mohou po hospitalizaci převzít návaznou péči o klienta, označují účastníci za méně častou. Jeden účastník výzkumu uvedl, že se jim naopak běžně stává „*...že my máme informaci třeba od rodiče, který nám volá, že má svoje dítě v (jméno nemocnice), že by stálo o spolupráci...tam říkají: ‚my tady ale nikoho nemáme z vašeho regionu‘,... (my) říkáme, tady nám volala máma, je tam tenhle a tenhle a rodič by o to (spolupráci) stál...a oni říkají: ‚aha, tak toho tady máme‘...a je to dost nešikovné. Podle mě to není v módu, který bych nazval spoluprací*“ (Ú6).

Někteří účastníci výzkumu však vnímají pozitivní posun alespoň v tom, že pokud se týmy chtějí setkat se svým klientem, týmy na svém území tolerují. „*Tam to bylo těžké nějak se s nimi (z psychiatrické nemocnice) spojit, přestože ze začátku se uvažovalo o nějaké pravidelné spolupráci, což se neděje...ale je fajn, že když tam máme klienta, tak tam můžeme jet, takže nám vyjdou relativně vstříc, že za nimi můžeme jezdit, jak potřebujeme*“ (Ú3).

Ve výzkumu se u dvou účastníků rozhovoru jako příklad dobré praxe, kde spolupráce funguje hladčeji než jinde, objevilo dětské oddělení psychiatrické nemocnice Bohnice. „*Paradoxně lépe to funguje v Bohnicích, se kterými nemáme ani dohodu o spolupráci, ale tam kdykoliv jsem zavolala, že potřebuji konzultaci s doktorem, s rodičem a doktorem, s klientem,*

se sociální pracovníci...udělali si třeba půl hodiny času a opravdu se věnovali příběhu člověku a snažili se s námi řešit návaznou péči, dát nám nějaké plnohodnotné doporučení pro klienta“ (Ú1).

Příčiny vlašné spolupráce

Jako nejčastější vysvětlení vlašné spolupráce ze strany lůžkových zdravotnických uvádí účastníci výzkumu obrovskou přetíženost personálu zařízení a obecně chronický nedostatek personálu. *„Ty dveře tam doopravdy zavřené asi nejsou, ale, myslím si, že se bavíme o tom, že ty kapacity v rámci té dětské psychiatrie na to úplně nejsou, že tam je asi každá volná drahocenná chvílka dobrá“ (Ú7).*

Jako další příčiny nedostatečné spolupráce pak vedoucí týmů uvádí předávání informací v rámci péče o dítě, respektive ochranu osobních informací pacientů, která je někdy zmiňována jako argumentem, proč nelze spolupracovat. *„Byl (to) psychiatr, který mi řekl: ‚ale já vám vlastně žádné informace nemůžu dát‘...Takže určitě by to mohlo narážet na předávání informací z těch tří resortů, zdravotnický, sociální a školský. Tam by to chtělo vytvořit nějaký jednotný prostupný systém...jak jsou ty pohledy různé, tak i možnosti a kompetence jsou různé“ (Ú4).*

S tématem předávání informací úzce souvisí nedůvěra nemocnic a rigidita zdravotnickém systému, kterou nedokázaly překročit ani reformní snahy MZ, a na kterou některé týmy naráží. *„Speciálně psychiatři na to tak koukají, že my tam ty děti tak ofukujeme, ...my říkáme ne, my jsme zdravotnické zařízení, rozšířené o velký sociální tým, protože CDZ jako takové vzniklo na popud zdravotnické reformy psychiatrie...tudiž je to v podstatě regulérní partner pro nemocnice nebo právě pro psychiatry, naopak nabízíme něco navíc, co oni nenabízejí...tohle vnímání, to vím, že narovnááme doted“ (Ú8).*

Dle výsledků výzkumu tuto nedůvěru vnímají intenzivněji ty týmy, které nemají po boku silného partnera jako je nemocnice či univerzita. Popisují, že ostatní partneři jejich službu *„moc neuznávají jako nějakou službu, která by pro ně byla potřebná“ (Ú2).* Menší motivaci může podle účastníků výzkumu částečně vysvětlovat i fakt, že tyto týmy (a velká část sociálních služeb obecně) vznikají pod hlavičkou neziskových organizací, které mají jiný (pružnější, méně rigidní) přístup k práci. *„Já jsem zdravotník odněkud a ty jsi sociální pracovník nebo někdo takový z nějakého nezisku ...jste takoví nadšení hipíci, jako jste sice důležití, ale...“ (Ú6).*

V tomto kontextu těchto zjištění je však třeba uvést i to, že někteří účastníci výzkumu vnímají, že bariéry pro spolupráci sociálních služeb a zdravotnických zařízení jsou oboustranné. *„Co je vidět na první dobrou, že ten zdravotní svět kouká trochu spatra na ten*

sociální, to slýchám hrozně často. Ale vsaďte boty, že to je vyvážené a je to v rovnováze. Já tu zkušenost rozhodně mám. Ten sociální svět kouká na ty zdravotníky významně kriticky a nepřátelsky. Já to vidím denně. Je to jako kdybychom se prali o to místo na slunci. Ale on je tam na tom světě místo pro oba“ (Ú8).

2.6.4 Spolupráce se školami a dalšími subjekty

Dle analýzy rozhovorů jsou týmy tohoto výzkumu pro spolupráci s jinými subjekty motivované, protože věří, že dobré zasíťování klienta by mělo být jednou z jejich primárních činností. Nejen, že se účastní různých setkávání, kam jsou zvaní, ale ke spolupráci přistupují týmy proaktivně. Samy kontakty vyvolávají – iniciují telefonní kontakty, vyvolávají osobní schůzky, organizují případová setkání nad klientským příběhem, kulaté stoly a konference, workshopy pro rodiče, účastní se setkání školních poradenských pracovníků. „*My je (různé pro spolupráci důležité subjekty) zveme k jednomu stolu, pojdme si tady sednout s tou rodinou a říct si co kdo dělá, co kdo může udělat, co teď necháme na tom rodiči...tohle se nám velmi osvědčilo“ (Ú5).*

Školy

Vedoucí týmů výzkumu vnímají školy jako místa, která jsou pro práci s touto cílovou skupinou zásadní (někdy i více než zákonní zástupce klientů, jejichž postoj není jednoduché měnit), a zpravidla si chválí dobrou spolupráci. „*Se školami pracujeme hodně, je to, když má někdo individuální potíže... a tam se to daří dobře a má to velký efekt“ (Ú1).* „*Proč jsme se tak hodně rozjeli a máme těch klientů hodně je právě ta propojka s těmi školami...Ve škole to vždycky vyleze, že s tím dítětem něco je, a ti pedagogové to ví dlouhodobě, ale nevědí moc, co s tím mají dělat“ (Ú2).*

Z analýzy rozhovorů dále vyplývá, že školy jsou vnímány jako zpravidla otevřené pro spolupráci. Učitelé po podpoře sami volají, protože se mnohdy, podle některých účastníků výzkumu, v tématu duševního zdraví cítí utopení a sami, speciálně tedy vítají podporu multidisciplinárních týmu u příběhů konkrétních žáků s duševními obtížemi. „*Poměrně dost často se setkáváme s tím, že když jsou děti propuštěné z těch hospitalizací, tak mám trošku pocit, že ti pedagogové z toho mají strach. Strach vůbec to dítě pustit na záchod, strach, když to dítě půjde do nějaké úzkostné až panické ataky. Nevědí, co v tu chvíli mají dělat. Takže jsou i učitelé, kteří po nás chtějí de facto nějaký manuál, co v tu chvíli s tím dítětem dělat a jak mu tam mohou pomoci“ (Ú7).*

Podle vedoucích týmů výzkumu zároveň pedagogové a jejich vedení projevují zájem o edukaci v tématu duševního zdraví, což vedoucí týmů vnímají jako velký potenciál pro svou práci. Některé týmy výzkumu už se v oblasti prevence na školách pohybují, dva z týmů ve výzkumu dokonce působí primárně v prostorách škol. CDZ-D a týmy, které jsou více zaměřené na děti, které trápí vážnější duševní obtíže a jsou více napojené na nemocnice, naráží na své kapacity, ale některé z nich to do budoucna plánují. *„Školy i volají po preventivních programech – skupinové věci s třídami, edukovat učitele apod. tam je obrovské pole práce do budoucna, kterou bude muset někdo udělat do budoucna...to je ale věc, na kterou my nemáme kapacity. Chtěli bychom to do budoucna rozhodně dělat, to si dokážeme představit i, jak by se to dalo dělat...ale nemáme na to teď lidi a peníze“* (Ú3).

Rodiny

Spolupráci se zákonnými zástupci, ačkoliv je její úroveň na celé své škále, hodnotí vedoucí týmů výzkumu veskrze pozitivně. To si vysvětlují i tím, že rodiče jsou, v kontextu obrovského přetížení odborného personálu v oblasti duševního zdraví, vděční, že se dostanou někam do péče. Tento svůj dojem přičítají někteří vedoucí také tomu, že služby týmů nejsou nízkoprahové, rodiče sami (s výjimkou týmu Pro Zdraví Duše) mají několik povinností vůči službě, včetně toho, že to jsou oni, kdo musí spolupráci iniciovat a podepsat smlouvu. *„Neměli jsme úplně nemotivované rodiče. Často se stává, že tatínkové nechtějí, ale pak odchází s tím, že to bylo super. Mají k tomu velké stigma, víc ti muži – nějakí psychologové, terapeuti, shazují to na začátku, ti se ale pak nejvíce otevírají na těch schůzkách“* (Ú1).

Situace, které v rámci spolupráce s rodiči popisují účastníci výzkumu jako náročnější, jsou u partnerů v konfliktu a další *„různé překážky, třeba, že jsou ti lidé v rozvodovém řízení, rozvedení a ten partner nesouhlasí“* (Ú3). Dále jako ke spolupráci méně nakloněné popisují vedoucí takové rodiče, kteří přichází na základě tlaku OSPODu nebo nařízení soudu. *„Tam je ta spolupráce horší, to nemáme moc rádi...protože ty soudy to nařizují a tam hrozí, že ti lidé nejsou vnitřně motivovaní, to je jen vnější motivace, což se pak projevuje ve spolupráci“* (Ú3).

Další spolupracující subjekty

Mezi spolupracujícími partnery v oblasti školství byla uváděna střediska výchovné péče, psychiatrické třídy, dětské domovy, pedagogicko-psychologické poradny a volnočasová střediska, včetně různých dobrovolníků. Ze zdravotnické oblasti pak účastníci výzkumu uváděli lokální ambulantní pedopsychiatry a psychology, případně dětská (somatická) oddělení, kam jsou umisťovány děti po suicidálních pokusech či kvůli sebepoškozování. Mezi

další subjekty, které byly vedoucími v kontextu spolupráce s týmy často zmiňovány, patří další sociální služby – speciálně krizová centra, služby SAS apod. „*Nizkoprahový klub využíváme i k tomu, že ty děti třeba propouštíme, ale potřebujeme je ještě nějakou dobu sledovat... jako tu návaznou péči využíváme teď to naše nizkoprahové zařízení, protože tam máme psycholožku.*“ (Ú7).

Další institucí, se kterou se týmy výzkumu také setkávají je OSPOD. Výpovědi vedoucích týmů ohledně úrovně spolupráce s tímto orgánem se výrazně liší. Praxe se nachází na celé škále od velmi dobře navázaných, komplementárních vztahů až po situace, kdy se spolupráci nepodařilo navázat, kdy je tým OSPODem vnímán jako konkurence nebo kdy OSPOD (rozhodnutí soudu), negativně poznamenal práci týmu s klientem. Co „*řešíme hodně, je spolupráce s OSPODem...OSPOD má pocit, že přesahujeme svoje kompetence do kompetencí jejich a teď jsme v nějakém procesu snahy o nastavení lepší spolupráce*“ (Ú2).

Další zásadní spolupracující vztahy, především pro výměnu dobré praxe, jsou podle účastníků výzkumu dalšími týmy duševního zdraví, včetně CDZ pro dospělé klienty. Konkrétně mezi třemi existujícími CDZ-D pak probíhá intenzivní spolupráce v podobě častých setkávání pro sdílení zkušeností či nových postupů a metod služeb. Všechny týmy se ve výzkumu prezentují jako velmi otevřené ke spolupráci a sdílení, nabízí stáže, případně předávání svých dobrých praxí.

2.6.5 Sociální práce v multidisciplinárním týmu

Dle informací z rozhovorů s vedoucími týmu se sociální práce v rámci multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví odlišuje od práce v jiné sociální službě. Ačkoliv sociální pracovníci například působí v daném týmu pod službou Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, praxe je v této službě odlišná od té v typické SASce. Podle účastníků výzkumu je to vlivem vyšší motivace a často i vyšších kompetencí zákonných zástupců. Často do hry vůbec nevstupuje sociálně materiální zázemí rodin. Zároveň se práce v sociální službě multidisciplinárního týmu odlišuje tím, že po pracovníkovi sociální služby požaduje další odborné znalosti z oblasti duševního zdraví.

Velkou částí (v některých týmech až výhradní) náplně práce sociálního pracovníka v týmu může také být case management. Jsou to zpravidla sociální pracovníci, kteří ho mají v týmech na starosti. Dělají méně přímé kontaktní práce, méně socio-terapeutické práce, ale jako klíčoví pracovníci klienta mají na starosti organizačně-personální činnosti a individuální plány klientů. „*Musíme všichni pracovat trošku jinak, i my z těch služeb jsme se naučili, museli naučit jinak*

pracovat...tam jsou různé rodiny, jsou to rodiny třeba dobře finančně zajištěné. Takže naším úkolem jako sociálních pracovníků je většinou ten case management, na tom to stojí“ (Ú5).

Spolupráci uvnitř týmů, popisují účastníci výzkumu jako kooperativní, sociální pracovníci jsou zde rovnocenní partneři, a to i díky ladění týmu na začátku jeho fungování. *„Máme ale nějakou i společnou ideu ohledně té péče a toho, kam by se ta péče měla směřovat. A to je možná to, co nás tam ještě daleko víc spojuje, a nějak to prostě necítím, že by to mezi námi skřípalo“ (Ú7).* Vnitřní organizace multidisciplinárního týmu byla jedním z vedoucích týmu popsána jako *„...kaleidoskop...podle toho, odkud na to koukáte. Řekl bych, že je to něco nového, principiálně nový způsob pohledu na práci týmu. Jasně, je tam hierarchie, ale ona je relativní podle toho, o čem se zrovna v tu chvíli bavíme a jasně, ve chvíli, kdy řešíme zdravotní hlediska, která nějak jsou nejvíc v rukách pedopsychiatra, tak je on ten šéf. Ale ve chvíli, kdy se bavíme o jiném hledisku, tak je v uvozovkách šéf někdo jiný“ (Ú8).*

Vně týmu a vně okruhu spolupracujících externistů je pak postavení sociálních pracovníků, sociální (části) služby popisováno účastníky výzkumu méně optimisticky, jako by se na ně ostatní odborníky koukali svrchu. *„Myslím, že tam ještě pořád trošku doznívá...ne úplně příliš velký kredit sociálních služeb z pohledu zdravotníků. Přece jenom nejsme, a zobecňuji to a jsem si toho vědomý, ale nejsme velmi často přijímáni úplně jako partneři na jedné úrovni“ (Ú6).* Toto napětí mezi zdravotnickým sektorem je něco, co účastníci uváděli jako možnou překážku při prosazování reformy psychiatrické péče. *„On je to totiž jiný pohled na tu práci, který my i řešíme, to je vidět i u konkrétních klientů, že na to sociální pracovníci nahlíží jinak než ten zdravotnický personál, že to je o nějakém přístupu, který je daný už vzděláním nebo s jakou klientelou ty části týmu pracují...Já bych řekl filosofickým přístupem k věci“ (Ú8)*

Z rozhovorů tedy vyplývá, že u týmů výzkumu převažuje dojem, že si sociální pracovníci stále své místo mezi odborníky ještě zcela nevydobyli. Účastníci výzkumu vnímají, že především v některých zdravotnických zařízeních stále panují pochybnosti ohledně významu sociální práce a nedůvěra vůči úrovni kompetencí sociálních pracovníků a jeho odbornému názoru. Vnímají převažující pohled, že odpovědnosti za klienta, a tedy i nárok na rozhodování ohledně péče o klienta má pouze lékař. *„Ten zdravotní sektor tvrdí, že oni jediní vědí, že přesně tímhle tím způsobem pracují správně a ti ostatní by v tuhle chvíli do toho neměli nijak zasahovat.“ (Ú2).* *„Ti pedopsychiatři hodně trvají...na tom, že o všem rozhoduje lékař. Slovo pacienta a nějakého sociálního pracovníka, ti jsou až...hodnotou, významem, rozhodně někde níž“ (Ú6).* Několik účastníků výzkumu tuto nedůvěru vůči sociálním službám, sociální práci, vnímá i na půdě škol: *„Učitelé reagují mnohem líp, když je tam pedagog, než když je tam jenom*

sociální pracovník...bohužel v tom našem školství je to hodně rozkastované – já jsem učitel a ty jsi jenom sociální pracovník“ (Ú4).

Zároveň však multidisciplinární týmy výzkumu silně vnímají, že to je právě jejich role prorážet, vklínit se mezi ostatní odborníky, vyjednat si prostor pro svou odbornost, vydobýt si své místo rovnocenného partnera pedopsychiatrie, nemocnic a škol. Věří, že to musí být oni, kdo se musí více snažit a nabízet svou pomoc, neočekávají, že by samy nemocnice iniciovaly více spolupráce. *„Je to v důsledku o nějaké mravenčí práci, bavít se s těmi zdravotníky, být jim na očích, ukazovat výsledky té práce...“ (Ú6).* *„On by tomu asi dost pomohl i ten výkop od nás. Začít se tam (do nemocnic) potom nějak drápat“ (Ú7).*

Přínos přístupů sociální práce

Přestože z analýzy vyplývá, že pozice sociálních pracovníků není mezi ostatními odborníky tak silná, nástroje sociální práce se v multidisciplinárním přístupu využívají hojně. Přístup týmů ke klientovi a jeho příběhu je výrazně individualizovaný, zaměřený na člověka a jeho konkrétní potřeby. *„Ta sociální (sféra), je víc taková opečovávající a chceme jim (klientům) ještě dát šanci. A ještě to takhle zkusíme, a takhle to ještě zkusíme a ti zdravotníci... já tomu rozumím, protože je jich málo, těch klientů je hodně, takže jakmile jednou nepřijde, tak ho odpisují, protože nemá zájem o tu službu...“ (Ú5).* S tímto pečujícím přístupem souvisí i otevřená, partnerská komunikace, na kterou účastníci výzkumu upozorňují jako na svou velkou devízu. *„Ten styl komunikace...v té sociální sféře je jiný. My třeba na rovinu těm lidem říkáme, víte my vlastně také nevíme, co s tím...ale tak to prostě zkusíme společně najít...tohle na ty lidi může působit velmi příjemně v tom, že mají nějakou oporu, ale zároveň ta opora je člověk, který není vševědoucí“ (Ú6).*

Z výzkumných dat dále vyplynulo, že práce ve všech týmech výzkumu je odváděna metodou case managementu, důležitou roli hrají klíčoví pracovníci, individuální plánování s naplňováním cílů práce, naplňováním zakázek. Klade se velký důraz na využívání supervizí týmu (které jsou méně typické pro praxe škol či nemocnic). *„Supervize je něco, co je hodně cenné, důležité pro ošetření psychohygieny týmu a vztahů a víme, že co se uděje na supervizi, se má řešit tam a netahá se to dál, ale ten zdravotní sektor to tak nemá...Byly nařízené supervize v rámci projektu...a třeba si tam i někteří hráli na telefonu a nevnímali supervizorku...“ (Ú1).*

Co také bylo některými účastníky výzkumu vnímáno jako typická charakteristika sociálních služeb, která koncept multidisciplinárních týmů umožňuje a obohacuje, je jistá flexibilita vůči změnám, tendence zkoušet nové přístupy, nevzdávat se. *„Běžnou součástí lidí v sociálních službách, zvláště v tom neziskovém sektoru... je velká porce nadšení zkoušet nový*

věci, tak si myslím, že ... (to že) se to budeme učit za pochodu, nejsou v důsledku překážky. Naopak je to taková ta výzva, co je motorem“ (Ú6).

2.6.6 Výhody multidisciplinární přístupu

Z analýzy dat vyplývá, že multidisciplinární přístup z pohledu vedoucích týmů výzkumu lze chápat jako koordinovaný a komplexní přístup při práci s klientem, který multidisciplinaritu čerpá ze svých řad, ale zároveň ji díky síťování čerpá i ze široké sítě odborníků. *„To síťování tam vypadá, že je to nejdůležitější“ (Ú4). „Největší síla – umět zasíťovat ve všech sférách a nenechat tam něco, nějakou potíž, jen proklouzávat“ (Ú1).*

Tento komplexní přístup přináší odborníkům z výzkumu velké obohacení jejich názorů. Vnímají, že to je přístup, který otevírá paletu možností, úhlů pohledu na klienta. Pohled na klienta rozšiřuje, *„ten vějíř (je) dost barevný“ (Ú6). „Když se sejde víc odborníků...je to vlastně odraz našeho života, náš život se také skládá z různých věcí, a proto podle mě to řešení potíží by mělo být také komplexní. Málokdy je nějaký průšvih v životě takový, že to vyřeší jedna věc, že se to týká jednoho tématu“ (Ú6).* Zároveň je to však přístup koordinovaný, vycházející z case managementu, kdy je jeden z týmu je *„takový jeden středobod, mít někoho kdo to celé řídí, aby zbytečně třeba nikdo nepracoval na tom, co už není potřeba. ...takže se tím zefektivňuje podle mě ta práce...“ (Ú2).*

Z analýzy dále vyplývá, že klientovi (a jeho okolí) může tento přístup sjednocovat velké množství různorodých informací od různých odborníků do jednoho jednotného, uceleného pohledu, díky čemuž se pak může lépe orientovat ve své situaci. Sjednocenost, sladěnost komunikace ven vůči klientovi podporuje jistotu klienta či jeho rodičů v tom, v jakém bodě se nachází a kam dál. Na co se zaměřit, aby se situace zlepšila. *„My (jako tým) jsme v tomhle jednotní a ten rodič si je jistý a může ty kroky činit...myslím, že (tohle) je velká výhoda té multidisciplinarity, že v tom ty rodiče nekoupeme, že každý je netahá na tu svoji stranu, a oni jsou si potom jistější v práci se svým dítětem“ (Ú5).* Klienti si cení, že *„...byli roztržštění a my jsme pomohli dát tomu strukturu, toho si cení nejvíce“ (Ú1).*

Zároveň to, že tým spolupracuje ve větší síti, může v klientovi dle účastníků výzkumu vyvolávat i pocit větší legitimacy týmu. Propojováním týmu s ostatními partnery roste *„důvěryhodnost, že nejsme tady nějaká organizace, která se s nikým nestýká, která je jen na svém písečku...ale že jsme schopni ty věci zasadit do kontextu a že o klienta je postaráno ve všech směrech“ (Ú3).*

Pro další odborníky, kteří s klientem většinou pracují samostatně, včetně ambulantních psychiatrů či učitelů, tento přístup přináší podporu a pocit, že je tu někdo, na koho se mohou obrátit. „*To že na nás měli kontakty a mohli se fakt obrátit, když se potřebovali ujistit. Já bych jednoduše řekla: že jim někdo kryl záda. Ten učitel před tou třídou je většinou sám a má pocit, že je v tom hrozně osamocený a tady zjistili, že na to nemusí být sami*“ (Ú4).

Podle účastníků výzkumu a jimi sbíraných zpětných vazeb klienti a jejich zákonní zástupci oceňují efektivitu, rychlost a dostatečnou časovou dotaci, kterou si pro ně dokáže tým vyhradit. „*To zásadní je, že pracujeme jinak, než ti psychiatři nebo psychologové v tom, hlavně v tom, že na ně máme čas na ty klienty. Tam je takové čtvrt hodina, bum bum, léky u psychiatra, u psychologa půl hodina a jednou za tři měsíce. Ale tady má každý hodinu a půl minimálně jednou za 14 dní nebo můžeme i flexibilně jednou týdně...To je nadstandard*“ (Ú3).

Zároveň je velmi často pozitivně hodnocena vstřícnost prostředí a pracovníků týmu. „*My se snažíme tu to prostředí mít v zásadě přátelské, jak sami k sobě v tom týmu, tak samozřejmě vůči klientům, a já si myslím, že se to do té práce pak výrazně promítá, do výsledků té práce*“ (Ú8). S tím úzce souvisí i klienty vyzdvihovaný partnerský styl komunikace. „*Určitě jim vyhovuje vstřícná komunikace, ...myslím, že kvituje většina těch rodičů, že se s námi můžu bavit otevřeně a někdy je pro ně poprvé takové: ‚Konečně mě někdo slyší‘...pozitivní v tom směru právě toho, že v jednom místě jsou všechny tyhle profese, které dokážou poradit, takže se to netýká jenom té jedné věci, ale celé té komplexnosti, tak to kvitoval...*“ (Ú2). A také „*transparentnost, že mi jim fakt říkáme: ‚budeme volat do školy‘, pak jim říkáme: ‚volali jsme do školy‘. Opravdu s nimi mluvíme jako s partnerem*“ (Ú5).

Kromě stylu komunikace, jde i o široký záběr a obsah komunikace, který je, vzhledem k jiným časovým dispozicím a multidisciplinárnímu přístupu, širší než „*někde na psychiatrii...nikdo jim pořádně nic nevysvětlí...mají hospitalizované dítě, nikdo s nimi moc nemluví, dovolat se tam, napsat email, občas někdo zareaguje, ale není to nic...není tam žádná snaha, ten příběh dítěte řešit nebo něco jim vysvětlit, hlavně těm rodičům, pro které je to první hospitalizace je to nové, je to náročné. Pak jim to dítě předají a nic ...takoví lidé si cení toho, že my jsme v tu chvíli pro ně byli a že jsme jim vysvětlili základy, jak to chodí v psychiatrii*“ (Ú1).

2.6.7 Názory účastníků na práci v multidisciplinárních týmech

Účastníci výzkumu hodnotili (svou) práci v multidisciplinárním týmu jako smysluplnou a naplňující, byť ji současně považují za náročnou a vyžadující velké nasazení v dalším

vzdělávání. Zároveň vedoucí týmů vnímají překážky v rámci systému, které práci jejich týmů v podpoře duševní pohody dětí znesnadňují.

Hodnocení a prožívání

Nejčastější slovní spojení, které zaznívalo mezi účastníky výzkumu u otázky na téma osobního prožívání práce v multidisciplinárním týmu, bylo „splněný sen“. „*Je to úžasné, je to vlastně můj splněný sen...pro mě je to vrchol toho...ještě před sebou mám dlouhou cestu...ale vnímám to, že to je to, co mě baví nejvíc a pro co jsem se vzdělával a mentálně dozrával. Baví mě to s týmem, s klienty...jsem do toho hodně ponořený*“ (Ú3).

Pozitivně byl hodnocen velký prostor pro osobní rozvoj a prohloubení odborného vzdělání. Také to byl pocit, že jsou účastníci zapojeni do systémové změny a jejich práce má smysl, přesah, a to nejen pro ně jako pro pracovníky, ale pro jejich okolí. Pracovat v multidisciplinárním týmu je oproti jiné sociální službě „...*obrovský rozdíl, my jsme ...byli ta Popelka...ocenění minimální...na to jsme samozřejmě v sociálních službách zvyklí, člověk to nedělá kvůli tomu, ale chci tím zdůraznit obrovský rozdíl, jaké je to teď... kdy zažíváme velké a časté ocenění od klientů a vůbec společensky ta prestiž. To, jak to veřejnost zajímá, tak to je obrovský rozdíl...Liší se to od těch sociálních služeb, je to více odbornější*“ (Ú3).

Jako velký klad hodnotili účastníci kvalitu týmu a možnost setkání se zajímavými lidmi, kteří inklinují k práci v takovýchto nových, inovativních projektech. Pozitivně hodnotili pracovní vztahy a dobrou atmosféru v týmu, a s tím související pocit, že mají díky svým kolegům pocit krytých zad. Práce v týmu „*pro mě znamená oporu, že okolo mě jsou další lidi, kteří se zabývají tím problémem zaprvé z jiné stránky a za druhé se svojí velkou expertizou. To znamená, že v tom člověk nikdy není sám...Myslím si, že to brání i nějakému vyhoření*...“ (Ú2).

Někteří účastníci na druhou stranu zdůrazňovali, že práce v takovém týmu je pro ně náročná a velkou pracovní výzvou. „*Je to hodně náročné, musela jsem se hodně naučit pracovat s psychohygienou a s tím, si ty věci nebrat*“ (Ú1).

Systémové změny

Mezi změnami, které by vedoucí týmů vítali, na prvním místě uváděli možnost zajistit týmu více zdravotnického personálu (psychiatrických sester, pedopsychiatrů, dětských klinických psychologů) ale i dalších odborníků. V souvislosti s tím pak účastníci výzkumu uváděli téma financování jako klíčového prvku pro dlouhodobé fungování týmů a pro udržení kontinuálního profesního rozvoje týmu. Vedoucí týmů by uvítali zjednodušené, stabilní a dlouhodobé

financování svých služeb, s důrazem na meziřesortní financování. Je například třeba „myslet i na to, že je potřeba mít peníze na stálé vzdělávání toho týmu, aby se posunoval“ (Ú4).

Se stabilnějším a štedřejším financováním by pak mohlo přijít větší rozšíření a zároveň větší specializace služeb jednotlivých týmů, například v rámci jednoho většího města. „Ve chvíli, kdy by bylo několik těch CDZ-D...tak by se mohla specializovat na nějaký typ potíží“ (Ú8).

V rozhovorech byla zmiňována potřeba existence další návazné péče, kterou by (v případě CDZ-D) po stabilizování v rámci týmu mohli klientům doporučit, případně návazná péče pro chvíli, kdy klienti překročí věkovou hranici. „Dělá nám problém, že není žádná návazná služba...Místní Fokus se zaměřuje hlavně na psychotiky, a tu širokou škálu těch věcí nedělají“ (Ú3).

Co se týče systémových změn v nemocnicích, které by týmy potřebovaly, mezi návrhy vedoucích se objevovalo zajištění více krizových lůžek, jež by byly pro klienty, kteří potřebují akutní, v řádu týdnů trvající, hospitalizaci. „Myslím si, že to CDZ, jak stojí nějak mezi tou ambulancí a tou lůžkovou částí, tak by de facto mohly stačit jenom nějaké krátkodobé, stabilizační hospitalizace kdy, když je nějaký průšvih, který se nedá zvládnout tady u nás, tak by se klidně dal zvládnout za dva za tři týdny na lůžku“ (Ú7). A zmíněna byla také potřeba intenzivnější spolupráce s lůžkovými odděleními, například v podobě sdílených soupisek anonymizovaných klientů, na základě kterých by se týmy mohly dozvědět, že mají v nemocnici potenciálního klienta.

Navrhnutá byla i možnost mít dětská lůžka pro tento typ obtíží mimo psychiatrická oddělení „...kam by došel terénní tým ve složení psychiatr, psychiatrická sestra, sociální pracovník a pracoval s nimi na dětském oddělení a ne že je v patologickém prostředí, kde jsou děti s různými diagnózami, které od sebe odkoukávají, a nikdo se tam zas až tolik nezotaví. Ale vím, že to není černobílé. Některé nemocnice odvádí skvělou práci, nic lepšího v tuto chvíli není“ (Ú1).

Velký prostor ke změnám vidí účastníci výzkumu v oblasti prevence v rámci českého školství. „Musí to (edukace) jít současně ze shora, od státu, a zespoda od těch nejnižších pater, za což považuji nás, jednotlivce, že budeme chodit za lidmi, budeme jim to vysvětlovat. A zároveň bude něco dané v zákoně, nějaké školení, nějaké postupy. Je třeba tlačit z obou stran, a ne jen z jedné“ (Ú1). Z analýzy vyplývá, že účastníci by ocenili, kdyby téma duševní gramotnosti a budování psychické resilience bylo samostatným školním předmět nebo průřezovým tématem. „(My se stále)...bavíme právě o tom, že hasíme požár někde. Mně přijde

důležité začít přemýšlet o tom, jak to udělat, aby nám ten požár nevznikl...zvýšit psychickou odolnost dětí. To vnímám, že to je něco...nevím, nějaký předmět do škol“ (Ú8).

Zároveň účastníci výzkumu zmiňují jako důležité téma i péči o duševní pohodu učitelů, tedy zajištění vhodné edukace a supervizí pro pedagogické pracovníky, aby měli prostor na konzultace a podporu při náročných situacích v hodinách. Další změna, kterou někteří vedoucí týmů zmiňovali, je (legislativně ukotvené) rozšíření odborných pracovníků ve školních poradenských pracovištích, včetně pozice sociálního pracovníka. Zmiňována byla rovněž pozice zdravotní sestry, která by na škole mohla najít své uplatnění, jak pro děti s psychickými, tak fyzickými obtížemi. *„Jsou věci, podle mě, které se dají zvládnout i bez toho, aniž bychom to dítě museli nějak zpsychiatrizarovat, abychom mu tu pomoc poskytli. Tam si myslím, že by mohl celkem dobře a hezky, prostě nás zastoupit nějaký dobře vyškolený pracovník, který tomu rozumí a ví, co s tím má dělat a nebojí se toho“ (Ú7).*

V rozhovorech se také objevovalo téma potřeby zefektivnit spolupráci s OSPODem při přeposílání rodin do péče týmů a celkově potřeby změnit současnou politiku státu vůči dětem v krizových situacích. *„Myslím, že jsme se posunuli z extrému, kdy OSPOD byl ten, který bral děti, když jste neměla vytřeno a vyskládané prádlo do komínků, do extrému, že dokud to dítě opravdu nepřizabijí, tak zůstanou v těch rodinách. My když máme setkání se SASkami, tak to i ty SASky tohle říkají, že SASka vždycky stála na straně toho klienta a hájila ho před OSPODEm a chránila ho trochu před OSPODem a dneska jsou v situaci, kdy volají na OSPODy a prosí, aby ty děti, už odebraly, že to tam je neúnosné“ (Ú5).*

2.7 Diskuze

V této části práce jsou shrnuty a diskutovány výsledky výzkumu s cílem odpovědět skrz dílčí výzkumné otázky na hlavní výzkumnou otázku, tedy: jak fungují různé typy multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících v ČR. Zjištění z rozhovorů s účastníky výzkumu jsou uvedena v kontextu s informacemi z teoretické části práce a se zasazením výsledků do širších souvislostí. Dále je uvedeno doporučení pro praxi, jak by mohly být týmy efektivně fungovat v současném systému, a jsou shrnuty silné stránky a limity závěrečné práce.

Dle reformy psychiatrické péče, která se na cílovou skupinu pod 18 let zaměřila výrazněji až nyní (Papežová, 2023), by péče o děti v duševní nepohodě měla být zajišťována komunitně s multidisciplinárním přístupem, a to ideálně v rámci Center pro duševní zdraví dětí a adolescentů. CDZ-D, která však doposud existují pouze tři. Vedle nich ovšem vznikly

a vznikají další týmy zaměřené na duševní zdraví dětí, které nesplňují standardy CZD-D, ale které samy sebe popisují jako multidisciplinární.

V čem se multidisciplinární týmy liší

Týmy vznikaly a dále vznikají organicky (mimo systémové řešení MZ, financovány skrz individuální projekty, nadace, případně jako sociální služba skrz MPSV apod.). Důsledkem tohoto nesystémového vzniku týmů je, že ač mají společný cíl – reagovat na krizi v oblasti duševního zdraví dětí, fungují týmy různě. Mají různé procesy a způsoby práce, mají své vlastní metodiky. A mají i různá pojmenování, nenajdeme je pod jednotným názvem (viz Tabulka 4 v kapitole 2.4). Je složité je nějakým způsobem mezi sebou porovnávat. Dle tohoto výzkumu rozdíly (které jsou patrné i mezi CDZ-D) vyplývají z odlišných startovních podmínek – v jakém regionálním kontextu, při jaké organizaci, a s jakými personálními možnostmi byl tým založen, a také na jaké potřeby daného regionu reagoval.

Týmy vznikaly v rámci již existujících institucí a služeb, uvnitř (nebo přímo z) kterých se dále rozvíjely. Tuto předchozí existenci určité části týmu označují někteří účastníci jako velkou výhodu, která týmu na začátku pomohla (existovaly již nějaké metodiky, zázemí apod.). Zároveň ji však nemusíme chápat pouze jako výhodu, ale v případě sociální služby někdy i jako nezbytnost. Systémové financování sociálních služeb probíhá z velké části skrz dotační program na základě jejich zařazení do krajské základní sítě sociálních služeb⁴⁷. V některých krajích mohou být tyto uznané úvazky naplněné (Dořičáková & Nešporek, 2020) bez možnosti rozšíření o další. Zcela nová sociální služba, která je pro tuto oblast práce využívána (typicky sociální rehabilitace, SAS pro rodiny s dětmi), by tudíž ani nemohla vzniknout. Vhodnější by navíc bylo legislativně zakotvit nový typ sociální služby, odpovídající potřebám těchto týmů (Považan, 2019).

Některé týmy tedy vznikaly při sociálních službách, některé při, v systému již tradičních, institucích jako nemocnice, škola či univerzita, jejichž dobré jméno, zázemí a know how významně ovlivnilo dynamiku vzniku a rozvoje týmu. Specifické postavení mezi všemi týmy má pak CZD-D v Ostravě, které vzniklo při nemocnici, a které tak má dobré zázemí pro rozvoj a inovace, například v podobě jediného denního stacionáře pro děti mladšího školního věku (FNO, 2022). Velký vliv na charakter týmu měla někdy i jedna konkrétní pro tým významná

⁴⁷ Síť sociálních služeb je: „souhrn sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje, a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji; síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje“ (Zákon 108/2006, §3i).

osoba, která ho dokázala v jeho začátcích podpořit, případně korigovat jeho směřování a přímou práci.

Z analýz výzkumných dat vyplynulo, že ačkoliv týmy působí na obdobnou věkovou skupinou a na její zakázky týkající se duševní pohody, liší se mírou obtíží, které řeší nejčastěji. S tím souvisí i odlišná míra spolupráce týmů s nemocnicemi, respektive školami. CDZ-D a některé z multidisciplinárních týmů (pod službou sociální rehabilitace) ve výzkumu se zaměřují především na děti a dospívající se závažnějšími obtížemi (často již diagnózami) a jejich individuální příběhy. Výpovědi účastníků výzkumu z těchto týmů ohledně převažující cílové skupiny jsou pak v souladu s informacemi z teoretické části práce (viz Bínová & Havelka, 2021; Medical Tribune, 2022; Uhlíř, 2022; Vrbková, 2022): jejich typičtí klienti jsou dospívající s úzkostnými, depresivními obtížemi, se sebevražednými ideacemi, především pak dívky. U těchto týmů nejsou kapacity na obecnou prevenci a včasné záchyty, které CZD-D zadává MZ jako jeden z cílů (MZ, 2013; Považan, 2019), fungují však jako prevence hospitalizace a podpora reintegrace po hospitalizaci.

Ostatní multidisciplinární týmy výzkumu mají širší oblast zájmu, méně odbornou po psychiatrické stránce, avšak zaměřenou do větší šíře. Věnují se více prevenci, včasným záchytům, včasné podpoře při různých typech znevýhodnění dětí, které mají vliv na jejich pohodu (například vyplývající ze sociální situace v rodině, z výchovných problémů). Tyto týmy více spolupracují se školami (tým z Kutnohorska má dokonce přímo ve škole své zázemí), méně často jsou v kontaktu s nemocnicemi.

Co mají multidisciplinární týmy společného

Přes jisté rozdíly mezi týmy výzkumu můžeme najít některé jejich společné jmenovatele. V týmech pracují vedle speciálních pedagogů, terapeutů, konzultantů a psychologů (a v případě CDZ-D i vedle pedopsychiatrů a psychiatrických sester; u ostatních týmů je obvyklé, že pokud tyto odborníci jsou, jsou v roli externistů), sociální pracovníci. Ti mají dle informací z rozhovorů ve všech týmech výrazné zastoupení, a tvoří třetinu až dvě třetiny týmu.

Sociální práce vnáší do multidisciplinárních týmů na klienta orientované přístupy se vstřícnou, partnerskou (tedy symetrickou) a otevřenou komunikací. Právě ta je spolu s komplexním přístupem a časovou dostupností (v kontrastu se zdravotnickým systémem, viz Papežová, 2023) to, co dle účastníků výzkumu klienti na práci týmů cení nejvíce. V přímé práci je napříč všemi týmy výzkumu využívána metoda, která byla designována primárně pro práci komunitních týmů duševního zdraví, tedy case management (Carboch, 2020), a která dle výzkumu výrazně proměňuje náplň práce a pozici sociálních pracovníků oproti jiným

sociálním službám. To je kvalitativní změna, jež přináší proces deinstitucionalizace i do jiných zemí (Aviram, 2002). Týmy tedy využívají roli klíčového pracovníka koordinujícího péči kolem klienta. Péče je individualizovaná – šitá klientovi na míru, s důrazem na naplňování klientových zakázek, které vzešly z procesu individuálního plánování – nástroje charakteristického pro sociální práci (Johnová, 2011).

Vzhledem ke zdravotnickým kapacitám týmů vedení případů většinou spadá do náplně práce sociálních pracovníků, psychiatrické sestry (či jiné odbornosti) jsou klíčovými pracovníky méně často, spíše výjimečně (například psychiatrické sestry jen u opravdu závažných případů), ačkoliv v odborné literatuře jsou rovněž zmiňovány jako ideální odbornosti na tuto pozici (Kolářová, 2022; Sedlářová, 2023; Tong, 2018).

Vedle spolupráce uvnitř týmu se v rámci case managementu, tedy opět kompetence sociálních pracovníků, klade velký důraz na síťování s dalšími partnery. Tato case manažerská, propojovací činnost sociálních pracovníků je v souladu s odbornou literaturou (Frost et al., 2005), která sociální práci vnímá jako odbornost, která se má zaměřovat na propojování, tedy na navazování kontaktů, zprostředkovávání a vyjednávání mezi odborníky i mezi odborníky a rodinami. Jako další typický nástroj sociální práce, který přináší kvalitu dovnitř multidisciplinárních týmů, jsou supervize, které jsou pro sociální služby povinné (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Se zákonnými zástupci navazují týmy výzkumu spolupráci obdobně. S výjimkou týmu Pro zdraví duše, zpravidla podepisují smlouvu pro přijetí do péče se zákonnými zástupci, kterým se zároveň snaží nastínit důležitost role rodiče v procesu práce s dítětem, a motivovat je k větší spolupráci (často v rámci skupinových aktivit, s rodinným poradcem apod.). Vedoucí týmů výzkumu spolupráci se zákonnými zástupci hodnotí jako motivovanou. Často zmiňovanou výjimkou jsou však klienti přes OSPOD, které bychom mohli zařadit do kategorie nedobrovolný klient, se všemi konsekvencemi, které tento pojem nese (Bukhari et al., 2021). Ostatně i OSPOD samotný je problematickým a velmi rozporuplným partnerem týmů a je někdy označován jako nekoncepční a zatěžující (Medical Tribune, 2024)

Ve školním prostředí vidí všichni účastníci výzkumu obrovský potenciál. S výjimkou Kutnohorského týmu však na plošnou spolupráci nemají personální kapacity. V rozhovorech byla akcentována potřeba zařadit téma duševní gramotnost do školního kurikula, zavést preventivní programy zaměřené na posilování psychické odolnosti a edukaci – větší informovanost, včetně destigmatizace duševních obtíží. (Nést stigma nemoci může být podle NUDZ (2022) pro člověka větší zátěží než obtíže samotné.) To je v souladu se snahou MŠMT, které plánuje ve spolupráci s NUDZ a programem Všech pět pohromadě rozšířit předmět

Výchova ke zdraví o kapitoly zaměřené na podporu duševního zdraví a wellbeingu dětí a adolescentů (Medical Tribune, 2023).

Ve výzkumu byla zmiňovaná také potřeba větší podpory pedagogů, kteří jsou vnímáni jako v tématu opuštění a utopení, a to přímou podporou, vzděláním a prostřednictvím supervize. Ty v současné době nejsou ve školním prostředí povinné a pro pedagogy je to téměř neznámá či nepochopená metoda (Břízová & Šleisová, 2021). Přitom supervize by na poli duševního zdraví učitelů (a skrz ně tedy i dětí) mohly hrát významnou roli, a to skrz posílení jejich otevřenosti, citlivosti a reflektivity (Martanová, 2020).

Kromě některých společných metod a procesů práce sdílí týmy výzkumu též i společné problémy. Jedním z nich je nelehké navazování spolupráce s nemocnicemi a jejich personálem. Meziřesortní spolupráci se nepovedlo uspokojivě prohloubit ani reformou, která na ni cílila (MZ, 2013; MZ, 2020b), viz kapitola 1.1.3.1. Nenaplnuje tak ani druhou úroveň multidisciplinární spolupráce podle metodik MZ (MZ, 2020b). A zdaleka se nepřibližuje ideálnímu stavu, který popisuje vrchní sestra psychiatrické kliniky Fišarová (2022), ve kterém je spolupráce zahájena již na začátku hospitalizace klienta a probíhá po celou dobu hospitalizace. Výjimkou v tématu nespolečné spolupráce je v nemocnici sídlící tým CDZ-D v Ostravě, a zmínky o pozitivních zkušenostech s PN Bohnice s primářem Michalem Považanem v čele, který téma multidisciplinarity a důrazu na síťování všeobecně popularizuje (Medical Tribune, 2024; Považan, 2019) a metodicky podporoval všechny CDZ-D v jejich začátcích.

Nízkou úroveň spolupráce (dle některých účastníků výzkumu limitovaná pouze na ze strany nemocnic toleranci týmů na jejich půdě) si účastníci vysvětlují nedostatečnými personálními kapacitami v nemocnicích a přetížením personálu, ale také jistou obecně panující nedůvěrou mezi sférami a rigiditou zdravotnického systému. To se promítá například i do neochoty sdílení informací, což je typickou průvodní obtíží multidisciplinární spolupráce (Kolářová, 2022).

Je to ostatně stejná nedůvěra, která brání reformě psychiatrie a která je spjata s existencí konfliktu hodnot či jádrových přesvědčení, který může připomínat až konkurenční boj o klienta mezi jednotlivými složkami péče (Frost et al., 2005; Stodola, 2022). Jde o rozpor mezi medicínským modelem zaměřeným na zdraví a nemoc a sociálním, který zdůrazňuje klientův sociální kontext (Frost et al, 2005), případně celostním, který vnímá všechny dimenze člověka jako podstatné (Carboch, 2020; Engel, 1977). V tomto souboji jde i o to, kdo bude mít ohledně péče o klienta hlavní slovo, respektive kdo ponese hlavní zodpovědnost, a to vědeckou, etickou ale i morální vůči všem subjektům vstupujícím do péče. Někteří odborníci a odborné studie nepřipouští nikoho jiného než lékaře, pedopsychiatra v případě dětského duševního zdraví

(Colizzi et al., 2020). To je ovšem v rozporu s metodou case managementu, kde na pozici klíčového pracovníka není psychiatr, ten je „pouze“ jedním z odborníků, a která je v souladu s celostním přístupem péče (Carboch, 2020).

Další problémy, které, vedle potřeby prohloubit spolupráci s nemocnicemi, vedoucí týmů v rozhovorech uváděli, se týkaly stabilního finančního zajištění týmu (speciálně složité se ve výzkumu ukázaly transformace z projektové podoby týmu do zařazení týmu do již existujícího systému financování) a také personálního zajištění týmu. Účastníci výzkumu byli v souladu s informacemi z médií a evaluačních zpráv MZ (MZ, 2022b; Papežová, 2023) ohledně chybějících profesionálů, především pak ze zdravotnictví, kteří by mohli v týmech působit.

Navíc podle vedoucích týmů výzkumu nejde při hledání pracovníků jen o jejich vhodnou odbornost, zásadní je i jejich osobnostní nastavení, které musí být v souladu s hodnotami a vizemi týmu. Tento soulad je dle slov některých účastníků výzkumu a odborných studií (Doulougeri, & Montgomery, 2019; Mitchell et al., 2017); užitečné na začátku práce týmu podpořit dlouhodobým společným vzděláváním i pro rozvoj společného jazyka a hodnot. Jak ostatně potvrzují zahraniční studie (Burke et al., 2000; Doulougeri, & Montgomery, 2019; Madge & Khair, 2000; MHC, 2006;) nejde očekávat, že spolupráce bude hladce fungovat, pokud odborníci nemají sdílené cíle a hodnoty a neumí respektovat odbornost a názory jiných členů týmů. Je třeba mít na vědomí potřebu času, jež je nezbytná pro konsolidaci týmu, pro vyladění týmu – nastavení procesů a kompetencí v rámci i vně týmu, budování důvěry u spolupracujících partnerů. Toto ladění je nezbytný proces, protože, jak potvrzují zahraniční studie (Burke et al., 2000; Doulougeri, & Montgomery, 2019; Frost et al. 2005), v multidisciplinárních týmech, tím jak jsou nové a posouvají hranice odborností, je přirozeně velký prostor na možné konflikty, a to ať už o správný přístup vůči klientovi či o moc v týmu.

Nicméně, přes výše zmiňované problémy hodnotili účastníci výzkumu práci v multidisciplinárních týmech jako (náročnou ale) smysluplnou práci, která přispívá jak ke změnám systému, tak k jejich osobnímu profesnímu rozvoji – multidisciplinarita klientovi přináší sjednocení a zúžení informací, odborníkům však náhled na klienta a jejich vlastní znalosti významně obohacuje, a to i mimo jejich primární obor. Někteří účastníci vnímají i vyšší společenskou prestiž sociální práce v této oblasti, oproti jiným sociálním službám, což si dávali do souvislosti s požadavkem na větší odbornost. Dále si účastníci výzkumu na své práce cení svých týmů a kolegů, které vnímají jako podporující. U tří rozhovorů se při dotazu na vlastní prožívání práce v týmu dokonce objevilo slovní spojení „*splněný sen*“. Tato tvrzení ohledně náročnosti a zároveň vysoké pracovní spokojenosti je v souladu se zahraničními studiemi (Frost et al., 2005; MHC, 2006; Onyett et al., 1995).

2.7.1 Doporučení pro praxi – role týmů v systému

Vzhledem ke strukturálním problémům pedopsychiatrie, popsaných v kapitole 1.3.2.1, nelze očekávat, že se v blízké budoucnosti personální situace mezi zdravotníky významně změní. Za současného nedostatku a přetížení zdravotnického personálu (ČTK, 2023; Papežová, 2023, Stodola, 2022) tedy není představitelné, že by všechny děti, které potřebují podporu s duševními obtížemi (které jsou v celé své škále), procházely ordinací psychiatra. Není to možné a zároveň ani není vhodné dítě zbytečně psychiatrizovat. Je tedy třeba mít systém, který současné kapacity efektivně a udržitelně využije, a to jak v oblasti ambulantní, tak lůžkové psychiatrie a zároveň v souladu s tímto cílem bude preventovat hospitalizaci dětí, protože pobyty v lůžkových zařízeních jsou pro ně významně stresující (Şahin & Topan, 2019).

Inspirací pro systém mohou být různě zaměřené multidisciplinární týmy, které byly součástí výzkumu. Dvě primární zaměření týmů – jedno více preventivní, spolupracující se školou; druhé více psychiatrické, spolupracující s nemocnicemi, které lze ve výzkumu identifikovat, lze postavit vedle sebe, respektive za sebe. Tyto dva typy multidisciplinárních týmů mohou fungovat ve vzájemné synergii, mohou sloužit jako podpora klientů a zároveň jako filtry, které indikují vstup do další úrovně systému.

První typ týmů může fungovat při škole, vycházel by ze sociální práce, speciální pedagogiky a práce psychologa (bez zdravotnického personálu). Staral by se o podporu dítěte, jeho rodiny, učitele a spolužáků daného dítěte, zajišťoval preventivní programy ve třídách. Učitelé, rodiče by se v případě identifikace problémů obraceli na týmy při školách. Pokud by tato podpora nestačila, školský tým (či rodiče) by měl podezření na vážnější duševní obtíže, indikoval by klienta do Centra duševního zdraví s odbornějším personálem, včetně pedopsychiatra a psychiatrické sestry ve svém jádru.

CDZ-D by pak mohla fungovat jako místo, které indikuje a doporučuje pobyt na (krizovém) lůžkovém oddělení, kontaktuje nemocnici, pokud si akutní situace klienta vyžaduje tuto péči. Tento postup péče by samozřejmě měl plynout obousměrně, tedy lůžkové oddělení propouští s předáním do CDZ-D, které pak po stabilizaci předává klienta do péče multidisciplinárního týmu na škole. Takový systém by mohl zabránit zbytečné psychiatrizaci dítěte, působit preventivně vůči hospitalizacím, případně dlouhodobým či opakovaným hospitalizacím, a tedy i pomohl uvolnit kapacity dětské lůžkové psychiatrie.

Výše popsané školní týmy už de iure existují, multidisciplinaritu na školách v oblasti duševního zdraví mohou zajišťovat (a v některých případech se tak děje) školní poradenská pracoviště. V ideální situaci mají tyto pracoviště vedle zákonem povinných pozic metodika

prevence a výchovného poradce zajištěnou i pozici školního psychologa (dnes pouze na 15 % škol), speciálního pedagoga (dnes pouze na 24 % škol), případně i sociálního pracovníka, respektive sociálního pedagoga⁴⁸ (Zeman, 2023). Pokud tento tým na škole funguje, pracovníci mohou zajišťovat jak plošnou preventivní podporu dětem a učitelům, tak práci v terénu, v rodinách dětí a hledat podporu v komunitě i v oblasti duševního zdraví. Palčivá otázka ohledně školních poradenských pracovišť se samozřejmě týká financování, které, až přestanou proudit peníze z Evropské unie, velmi nejisté (Zeman, 2023).

Metodické materiály, různá školení a další podporu pro tyto odborníky dokáží zajistit již existující organizace typu SOFA, Fokus apod. (zmíněné v kapitole 1.1.3.3), a to jak skrz programy zaměřené na větší informovanost, tak na obecnější posilování psychické odolnosti a socio-emočních dovedností. SOFA je ostatně partnerem týmu Pro zdraví duše a Týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v ORP Kutná Hora.

Není však možné, ani pro stát ekonomicky a personálně efektivní (Hrdlička, 2024), zajistit takto rozsáhlé poradenské pracoviště například na menších školách, kterých je v ČR obrovské množství. Malé venkovské základní školy tvoří třetinu z celkových čtyř tisíc základních škol (Český rozhlas, 2023). V takových případech dává smysl vytvořit mobilní multidisciplinární týmy, které mohou obsluhovat určitý region s větším počtem škol, tak jako to funguje v případě kutnohorského týmu a týmu Pro zdraví duše. Jeden z pilotně vyzkoušených nápadů, s kterým přichází MŠMT, je pak vytvořit tyto mobilní týmy při již existujících Střediscích výchovné péče (Hrdlička, 2024; MŠMT, 2023). To by v praxi znamenalo využít jejich současné kapacity a jejich stávající oblast zájmu – výchovné problémy, rozšířit na problematiku duševního zdraví a podpořit jejich terénní formu. Současná síť SVP tvoří 37 pracovišť (NÚV, n.d.).

Co se týče druhé úrovně týmů, typu CDZ-D, navázaných více na nemocnice, jako jedna z možností, vzhledem k potřebě multidisciplinarity a zároveň složitosti sehnat zdravotnický personál do týmu, se jeví přistoupit k problematice z druhé strany, tedy podobně jako v případě CDZ-D v Ostravě. To může například znamenat podpořit a obohatit stávající pedopsychiatrické ambulance o sociální složku personálu a sociální metody, a tedy vytvořit Centra duševního zdraví dětí a adolescentů při existujících ordinacích psychiatrů. Znamená to nejen zajistit pozice a jejich financování (opět nárok na meziresortní spolupráci), ale také získat pro tuto myšlenku stávající ambulantní psychiatry. Někteří již nyní s týmy ve výzkumu úzce

⁴⁸ Legislativní vymezení sociálního pedagoga jako jednoho z pedagogických pracovníků je právě v řešení (Hrdlička, 2024).

spolupracují, a tedy jsou tu příklady dobré praxe. Tento přístup by mohl přinést i větší legitimitu týmů z pohledu psychiatrických lůžkových oddělení.

2.7.2 Silné stránky práce a její limity

Silnou stránkou závěrečné práce Praxe multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících v České republice je fakt, že reaguje na velmi aktuální téma a jako první výzkumná práce⁴⁹ mapuje, jak fungují různé typy multidisciplinárních týmu pro duševní zdraví dětí, s kým spolupracují a kde se spolupráce daří a kde naopak vázne. Pozitivním aspektem práce je účast na výzkumu všech existujících CDZ-D, a celkově pro pilotní studii poměrně vysoký počet účastníků s dostatečným prostorem (viz délka rozhovorů) pro sdílení.

Limity práce lze spatřit v tom, že vzhledem k velké rozličnosti a vývojové dynamice týmů zapojených do výzkumu se z výsledků nedají učinit žádné obecně platné závěry ohledně fungování multidisciplinárních týmů v ČR. Pro další práci by bylo vhodné zkoumat zvlášť CDZ-D, týmy při školách a týmy při sociálních službách. Vzhledem k limitovanému rozsahu práce by bylo také vhodné věnovat se detailněji konkrétním tématům, která se v této práci ukázala jako nosná, například spolupráce týmů a nemocnic, případně týmů a škol by si zasloužily samostatný prostor. Další téma, které by na tuto práci mohlo navazovat, lze zaměřit na zmapování všech existujících multidisciplinárních týmů v oblasti duševního zdraví pro děti a zjistit, zda se zaměřují především na vážnější duševní problémy a prevenci hospitalizace, a inklinují tedy spíše k týmům typu CDZ-D (například i s ambicí se do budoucna stát CDZ-D dle kritérií MZ) nebo k týmům, které více pracují na školách, v oblasti prevence a včasných záchytů. Jaké další pro výzkum a praxi nosné se také ukázalo téma práce s nedobrovolnými klienty navázanými do týmu přes OSPOD.

Co se týče limitů z hlediska zpracování výzkumu, jisté rezervy vyplývají již z faktu, že se jedná o závěrečnou diplomovou práci. Autorka práce, ačkoliv pod odbornou supervizi vedoucí práce, rozhovory uskutečnila, kódovala i analyzovala sama, a tak je pravděpodobné, že se nepodařilo vyhnout jistému subjektivního náhledu při zpracování sebraných dat. Pokud by na práci spolupracovali další autoři, pravděpodobně by měla objektivnější závěry.

⁴⁹ Existuje již práce zaměřená na CDZ-D, např. Sociálně pedagogická podpora klientů centra duševního zdraví pro děti a adolescenty, dostupné na <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/182670> , případně na téma Multidisciplinární spolupráce pro děti a mládež s duševním onemocněním, dostupné na <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f0fe6142-b8e9-404b-9d46-38b6c4651162%40redis>, které mají k tématu této diplomové práce blízko

Závěr

Diplomová práce *Praxe multidisciplinárních týmů zaměřených na duševní zdraví dětí a dospívajících v České republice* na základě tematické analýzy dat pomocí otevřeného kódování mapuje, jak fungují různé typy multidisciplinárních týmu pro duševní zdraví dětí do 18 let, s kým týmy spolupracují, kde se spolupráce daří a kde vidí vedoucí týmů rezervy.

Výzkumná data vycházela z osmi rozhovorů s vedoucími (či zástupci vedoucích) týmů, které se zabývají duševním zdravím dětí a které samy sebe prezentují jako pracující na principu multidisciplinarity. Vedle tří CDZ-D (dvě při neziskové organizaci, jedno při nemocnici) to byly dva týmy, které vznikly při organizaci Fokus (Ústí nad Labem a České Budějovice), jeden tým při organizaci Naděje, jeden tým při základních školách na Kutnohorsku a jeden tým při Univerzitě Palackého v Olomouci.

Týmy vznikaly mezi lety 2020-2023. Jejich počátky byly velmi dynamické a náročné na získání vhodných pracovníků do týmu (jako nejobtížnější se ve výzkumu ukazuje hledání zdravotnického personálu), a také na vyladění týmu tak, aby jeho členové měli sdílené cíle a hodnoty, vzájemně rozuměli a respektovali kompetence a perspektivy ostatních členů týmu.

Z dat vyplývá, že multidisciplinární týmy jsou velmi různorodé, což je důsledek působení instituce, při kterých byly týmy založeny, dále podmínek, které při svém zakládání týmy měly, a také potřeb regionu, na které chtěly reagovat. Týmy se pak liší svou náplní práce: mírou duševních obtíží, na které se primárně zaměřují. Odlišují se tedy tím, zda působí více preventivně vůči rozvoji duševních obtíží, jako včasný záchyt (týmy jako podpora škol) nebo zda řeší již vážnější obtíže a působí preventivně vůči hospitalizaci (týmy jako podpora nemocnic).

Co naopak týmy dle zjištění výzkumu spojuje je využívání přístupů sociální práce s důrazem na case management a síťování s ostatními subjekty. Účastníci výzkumu zpravidla pozitivně hodnotí spolupráci s rodiči a školami. Méně optimističtí jsou účastníci výzkumu vůči spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi či odděleními, která má ještě daleko do multidisciplinární spolupráce druhé stupně, jež je v rámci reformy psychiatrické péče zavedena Metodikou zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. Jako příčiny bariér spolupráce lze vidět přetíženost a nedostatečnost personálu v nemocnicích, ale také nedůvěru, která panuje mezi zdravotnickým a sociálním sektorem, jejíž původ bychom mohli hledat v odlišných jádrových přesvědčeních, které souvisí s daným odbornostmi, či v přesvědčení, že je to výhradně lékař, který nese odpovědnost za veškerou péči klienta.

Týmy výzkumu a jejich různorodost mohou být inspirací pro to, jak by mohl systém podpory duševního zdraví dětí fungovat k dosažení komplexnosti, koordinovanosti a kontinuity péče. Dvě úrovně multidisciplinárních týmů mohou na sebe navzájem navazovat a „filtrovat“ klienty a v případě potřeby je indikovat pro další úroveň podpory. Touto koordinovanou spoluprací mohou působit preventivně vůči zbytečné psychiatrizaci dítěte, vůči jeho hospitalizaci či přílišné délce hospitalizace, a tím zároveň odlehčit přetíženým psychiatrickým lůžkovým oddělením.

Bibliografický seznam

Abi-Jaoude, E., Treurnicht Naylor, K., & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and youth mental health. *Canadian Medical Association Journal*, 92(6), 136–141. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>

ADDP – Asociace dětské a dorostové psychiatrie. (n.d.) *Sít pedopsychiatrických lůžek v ČR*. <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>

Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 615-32. https://doi.org/10.1300/J010v35n01_15

Bínová, Š., & Havelka, T. (2021). Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu-19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. *Psychiatrie pro praxi*, 22(3), 173–178. https://www.psychiatriepropraxi.cz/incpdfs/psy-202103-0009_10_001.pdf

Bohnenkamp, J. H., Patel, C., Connors, E.; Orenstein, S., Ereshefsky, S., Lever, N. & Hoover, S. (2023). Evaluating strategies to promote effective, multidisciplinary team collaboration in school mental health. *Journal of Applied School Psychology*, 39(2), 130–150. <https://doi.org/10.1080/15377903.2022.2077875>

Břízová, B., Šleisová, J. (2021). Supervize na základních školách. <https://doi.org/10.5507/epd.2021.013>

Burke, D., Herrman, H., Evans, M., Cockram, A., & Trauer, T. (2000). Educational aims and objectives for working in multidisciplinary teams. *Australasian Psychiatry*, 8(4), 336-339. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2000.00277.x>

Bukhari, F., AlKetbi, R., Rashid, S., Ahmed, A., & Shakir, K. (2021). Challenges in dealing with involuntary clients. *Cogent Social Sciences*, 7(1), <https://doi.org/10.1080/23311886.2021.1918856>

Carboch, R. (2020). Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. *Sociální práce*, 3, 24–41. https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2022/06/SP_vol20_issue3-1.pdf

Castle D, Hawke L. D., Henderson J., Husain M. O., Lusicic A., & Szatmari P. (2022). Complex interventions for youth mental health: A way forward. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(10), 755–757. <https://doi.org/10.1177/07067437221093396>

Cirlig, S. (2022). The snowflake generation – the implications of overdeveloped ego on social reality. *Revista Universitara de Sociologie*, 3, 362–368. <https://heionline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/rvusoclge2022&div=92>

Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health System*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>

Constantin, E. B. (1995). The function of the multidisciplinary team in Child psychiatry – Clinical and educational aspects. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40(6), 348–353. <https://doi.org/10.1177/070674379504000612>

Cunsolo, A., & Ellis, N. R. (2018). Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss. *Nature Climate Change*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0092-2>

Česko v datech. (2023, 6. října). *Duševní zdraví dětí*. <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/180-dusevni-zdravi-deti/#article-content>

Český rozhlas. (2023, 6. května). *Malé školy jsou velká výhoda pro obce, ale finanční zátěž pro stát. Vyřešit by to mohly sloučené ředitelny*. Český rozhlas. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/male-vesnicke-skoly-sloucene-reditelny_2305060500_mfk

ČSÚ – Český statistický úřad. (2024, 9. ledna). *Sebevraždy*. https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

ČSÚ – Český statistický úřad. (2023, 23. srpna). *Věkové složení obyvatelstva – 2022*. <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2022>

ČTK – Česká tisková kancelář. (2023, 4. dubna). *Příbyde až 150 lůžek dětské psychiatrie, slibuje Válek. Řešit chce i nevyhovující podmínky léčebny v Lounech.* Český Rozhlas. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/navysemi-luzek-detske-psychiatrie-vlastimil-valek_2304042246_ara

Dolejšová, M. (2021). *Význam center duševního zdraví v pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám.* [Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.]. https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/46314/dolej%C5%A1ov%C3%A1_2021_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Doříčáková, Š., & Nešporek, R. V. (2020) *Financování služeb sociální práce a fundraising.* Ostravská univerzita. <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/financovani-sluzeb-sp-a-fund.pdf>

Doulougeri, K. & Montgomery, A. (2019). *Multidisciplinary team working.* *Cambridge handbook of psychology, Health and Medicine.* Cambridge University Press. https://www.researchgate.net/publication/335749550_Multidisciplinary_Team_Working

Evans, N. (2014). Improving the timeliness of mental health assessment for children and adolescents in a multidisciplinary team. *International Practice Development Journal*, 4 (1), 7. <https://doi.org/10.19043/ipdj.41.007>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286),129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Fišarová, Z. (2022). Úspěch multidisciplinárních týmů závisí na mravenčí práci i na podpoře vedení. *Medical Tribune.* <https://www.tribune.cz/medicina/uspech-multidisciplinarnich-tymu-zavisi-na-mravenci-praci-i-na-podpore-vedeni/>

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience – A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

FNO – Fakultní nemocnice Ostrava. (2022, 29. srpna). *V novém psychiatrickém pavilonu FN Ostrava je i denní stacionář pro mladší školní děti. První v České republice.* <https://www.fno.cz/novinky/v-novem-psychiatrickeho-pavilonu-fn-ostrava-je-i-denni-stacionar-pro-mladsi-skolni-deti-prvni-v-ceske-republice>

Fokus ČR. (n.d.). *O Fokusu.* <https://fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu>

Fontana, D. (2014). *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele.* Portál.

Frost, N., Robinson, M. & Anning, A. (2005). Social workers in multidisciplinary teams: Issues and dilemmas for professional practice. *Child and Family Social Work*, 10(3), 187–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2005.00370.x>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14 (2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Havránková, K. (2022). *Problémy duševního zdraví související se suicidálním chováním u vybraných studentek gymnázií v Plzeňském kraji* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/172680/120414592.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Headspace. (2022). *How Headspace can help.* <https://web.archive.org/web/20120227171940/http://www.headspace.org.au/media/258650/how%20headspace%20can%20help%20%20fa%20web.pdf>

Health Direct (2024). <https://www.healthdirect.gov.au/>

Healthcare Denmark. (2023). *The Danish Approach to Mental Health.* https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth_2ndedition_2023.pdf

Herman, K. C., Reinke, W. M., Thompson, A. M., & Hawley, K. M. (2019). The Missouri Prevention Center: A multidisciplinary approach to reducing the societal prevalence and burden of youth mental health problems. *American Psychologist*, 74(3), 315–328. <https://doi.org/10.1037/amp0000433>

Hochstadt, N. J., & Harwicke, N. J. (1985). How effective is the multidisciplinary approach? A follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 9 (3), 365–372. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90034-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90034-1)

Horáček, J. (2023a, 7. srpna). *Psychiatr Horáček: Sociální sítě jsou návykové a stresují nás*. Podcast Vinohradská 12, Český rozhlas. <https://plus.rozhlas.cz/psychiatr-horacek-socialni-site-jsou-navykovye-a-stresuji-nas-9041259>

Horáček, J. (2023b, 24. srpna). *Válka na Ukrajině je zprostředkované trauma i pro Čechy. Ovlivňuje zdraví i to, čemu věříme*. Hlídací pes. <https://hlidacipes.org/valka-na-ukrajine-je-zprostredkovane-trauma-i-pro-cechy-ovlivnuje-zdravi-i-to-cemu-verime/>

Horký, P. (2024, 13. ledna). *Děti: ochraňovat, nebo zocelit*. Respekt. <https://www.respekt.cz/tydenik/2024/3/deti-ochranovat-nebo-zocelit>

Höschl, C. (2019). *Nárůst duševních poruch u dětí*. Reflex. <http://www.hoschl.cz/?text=6162&lang=cz>

Hrdlička, F. (2024, 7. března). *Světy vzdělávání a sociální práce se čím dál více přibližují*. Česká asociace streetwork. <https://www.streetwork.cz/archiv/clanky/detail/4008/svety-vzdelavani-a-socialni-prace-se-cim-dal-vice-priblizuji>

Hrivíková, Z., Goetz, M., Jůzová Kotalová, K., & Michelová, R. (2018, 13. prosince). *Děti a mladí lidé a jejich potřeby v oblasti duševního zdraví*. Konference Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí. <https://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Prezentace-9---Specificke-poteby-dusevni-zdravi.pdf>

Hronová, M. (2023, 10. února). *Cítit své tělo skrze bolest: proč se nešťastné děti uchylují k sebepoškozování a proč jen těžko hledají pomoc*. Hospodářské noviny. <https://vikend.hn.cz/c1-67169760-citit-sve-telo-skrze-bolest-proc-se-nestastne-deti-uchyluji-k-sebeposkozovani-a-proc-jen-tezko-hledaji-pomoc>

Hubíková, O. (2018). *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4

Johnová, M. (2011). Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce*, 11, 5. <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2011-3.pdf>

Juna, P. (2023, 22. dubna). *S žiletkou po ruce. Sebepoškozování je na vzestupu, nejde jen o teenagery*. Seznam zprávy. <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/fakta-s-ziletkou-po-ruce-sebeposkozovani-je-na-vzestupu-nejde-jen-o-teenagery-229623>

Karasová, J. (2023, 21. listopadu). *Nadstandardní péče, chválí si rodiče centra duševního zdraví. Ve většině okresů ale stále chybí*. Český Rozhlas. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/dusevni-pece-centra-zdravi-nedostatek_2311210700_jas

Kates N., Sunderji, N., Ng V, Patriquin, M., Alloo, J., Mirwaldt, P., Burrell, E., Gervais, M., & Siddiqui, S. (2023). Collaborative mental health care in Canada: Challenges, opportunities and new directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 68(5), 372–398. <https://doi.org/10.1177/070674372211022>

Kocourková, L. (2023). *Růst systému pro podporu duševního zdraví pro děti a mladé lidi v Ústeckém kraji* (Příspěvek na konferenci). https://ksp2023.cz/sites/ksp2023.cz/files/2023-10/26_Kocourkov%C3%A1_R%C5%AFst%20syst%C3%A9mu%20podpory%20du%C5%A1evn%C3%ADho%20zdrav%C3%AD%20pro%20d%C4%9Bti%20a%20mlad%C3%A9%20lidi%20%C3%9AK.pdf

Kolářová, Z. (2022, 22. srpna). Multidisciplinární model psychiatrické péče již úspěšně funguje. Zatím ale ne všude. *Medical Tribune*. <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/multidisciplinari-model-psychiatricke-pece-jiz-uspesne-funguje-zatim-ale-ne-vsude/>

Kolouch, D., Kerner, J., & Hrdlička, M. (2023). Sociální sítě a jejich vliv na duševní zdraví mládeže. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 119(5), 186–192. <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1542>

Koubová, M. (2023, 11. dubna). *Psychiatrie roste v úhradách rychleji než zdravotnictví celkově. Pro průběh reformy je zásadní, aby trend vydržel.* Zdravotnický deník. <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/04/psychiatrie-roste-v-uhradach-rychleji-nez-zdravotnictvi-celkove-pro-prubeh-reformy-je-zasadni-aby-trend-vydrzel/>

Košlerová, A. (2023, 26. dubna). *Ze 40 úvazků tři: ministerstvo zdravotnictví polevuje v modernizaci péče o duševní zdraví.* Český rozhlas. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/psychiatrie-dusevni-zdravi-ministerstvo-zdravotnictvi_2304260500_ank

Knechtová, Z., Pokorná, A., Pešáková, E., & Dolanová, D. (2019). *Kvalitativní výzkum.* Masarykova univerzita. https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html

Kučera, J. (2015). *Všímavost v kontextu duševní pohody a zdraví* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. https://is.muni.cz/th/e28dk/Vsimavost_v_kontextu_dusevni_pohody_a_zdravi.pdf

Kutash, K., Acri, M., Pollock, M., Armusewicz, K., Olin, S. S., & Eaton Hoagwood, K. (2014). Quality indicators for multidisciplinary team functioning in community-based Children's mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 55–68. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0508-2>

Ležáková, L. (2017). *Úzkost u dětí na 1. stupni ZŠ* [Diplomová práce, Palackého univerzita v Olomouci]. <https://theses.cz/id/dadana/21217846>

Lojdová, K. (2014). *Analýza dat v kvalitativním výzkumu.* Masarykova univerzita. https://is.muni.cz/el/1451/jaro2014/d011/um/Analyza_dat_v_kvalitativnim_vyzkumu.pdf

Madge, S., & Khair, K. (2000). Multidisciplinary teams in the United Kingdom: Problems and solutions. *Journal of Pediatric Nursing* 15(2), 131-134. <https://doi.org/10.1053/jn.2000.5516>

Martanová, P. V. (2020, 17. srpna). Supervize jako jeden z efektivních nástrojů péče o učitele. *Komenský: odborný časopis pro učitele základní školy*. [Supervize jako jeden z efektivních nástrojů péče o učitele | Časopis Komenský v současnosti | MUNI PED](#)

Marxtoová, M., & Marečková, M. (2007). *Děti s psychiatrickou diagnózou*. <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1378736042.pdf>

Medical Tribune. (2024, 27. února). Proč mají dětské psychiatry tolik práce? <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/proc-maji-detsti-psychiatri-tolik-prace/>

Medical Tribune. (2023, 6. prosince). *Výuka o duševním zdraví posílí prevenci*. <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/vyuka-o-dusevnim-zdravi-posili-prevenci/>

Medical Tribune. (2022, 18. listopadu). *Jak zlepšit dostupnost a kvalitu dětské psychiatrické péče?* (Fórum). <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/forum-jak-zlepsit-dostupnost-a-kvalitu-detske-psychiatricke-pece/>

Meier, Z., Gábová, K., & Tavel, P. (2023). Multidisciplinární spolupráce pro děti a mládež s duševním onemocněním. *Sociální práce*, 6, 5–22. <https://socialniprace.cz/article/multidisciplinarni-spoluprace-pro-deti-a-mladez-s-dusevnim-onemocnenim/>

Merlin, C, Okerson, J. R., & Hess, P. (2013). How parenting style influences Children: A review of controlling, guiding, and permitting parenting styles on Children's behavior, risk-taking, mental health, and academic achievement. *The William & Mary Educational Review*, 2(14). 31–43. <https://scholarworks.wm.edu/wmer/vol2/iss1/14>

MHC – Mental Health Commission. (2006). *Multidisciplinary team working: From theory to practice: Discussion paper*. <https://www.lenus.ie/handle/10147/43830>

Mitchell, R., Boyle, B., O, B. R., Malik, A., Tian, K., Parker, V., Giles, M., Joyce, P., & Chiang, V. (2017). Balancing cognitive diversity and mutual understanding in multidisciplinary teams.

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2023). *Dlouhodobý záměr vzdělávání ČR 2023–2027*. <https://www.msmt.cz/file/61987/>

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2022a). *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro děti a adolescenty (CDZ-D)*.
https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Vestnik-MZ_15-2022.pdf

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2022b). *Závěrečná evaluační zpráva projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Final_Zaverecna-zprava.pdf

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020a). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 – Ministerstvo zdravotnictví*. <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020b). *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*.
https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2019). *Základní principy péče poskytované v CDZ: Principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D.6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*.
<https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

NÚV – Národní ústav pro vzdělávání. (n.d.) *Střediska výchovné péče*. <https://archiv-nuv.npi.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/strediska-vychovne-pecce.html>

Nebeská, A. (2023). *Genderová dimenze duševního zdraví a wellbeingu: případová studie*. NKC – gender a věda. https://genderaveda.cz/wp-content/uploads/2023/04/Genderova-dimenze-dusevniho-zdravi-a-wellbeingu_pripadova-studie.pdf.

Nosková, K. (2020). *Vývoj ústavní psychiatrické péče v českých zemích na přelomu 19. a 20. století* [Diplomová práce, Západočeská univerzita v Plzni] <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/40662/1/Diplomova%20prace%20Noskova.pdf>

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví. (2023, 10. října). *Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření*. <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vykazuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni>

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví. (2022, 10. října). *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci*. <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví. (n. d.) *Duševní zdraví dětí a adolescentů – Materiály pro školy*. <https://dzda.cz/materialy-pro-skoly/>

Onyett, S., Pillinger, T., & Muijen M. (1995) *Making community mental health teams work. CMHTs and the people who work in them*. The Sainsbury Centre for Mental Health London.

Ostaszewski, K. (2020). The importance of resilience in adolescent mental health promotion and risk behaviour prevention. *International Journal of Public Health*, 65, 1221–1222. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01508-x>

Papežová, S. (2022). Změny v péči o duševní zdraví dětí. *Česká a Slovenská Psychiatrie* 118(3), 131–139. http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2022_3_131.pdf.

Papežová, S. (2023, 12. června). Papežová: Nedostatek personálu brzdí rozběhlou reformu psychiatrické péče. *Medical Tribune*. <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nedostatek-personalu-brzdi-rozbehlou-reformu-psychiatricke-pecce/>

PAQ – Prokop Analysis and Quantitative Research, s.r.o Research (2022). *Život během pandemie. Jaké má pandemie dopady na duševní zdraví?* <https://zivotbehempandemie.cz/dusevni-zdravi#stories>

Pfeiffer, J. (2024, 22. ledna). *Zavírat lidi do léčeben je zvrácená logika. Psychiatři ze současného systému těžší, říká spoluautor reformy.* Deník N. <https://denikn.cz/1291483/zavirat-lidi-do-leceben-je-zvracena-logika-psychiatri-ze-soucasneho-systemu-tezi-rika-spoluautor-reformy/>

Pfeiffer, J., Laurenčíková, Z., & Louženský, J. (2022a). *Zahraniční analýza komunitních týmů duševního zdraví. Reforma péče o duševní zdraví.* <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-10/Zahrani%C4%8Dn%C3%AD%20anal%C3%BDza%20komunitni%CC%81ch%20t%C3%BDm%C5%AF%20du%C5%A1evn%C3%ADho%20zdrav%C3%AD.pdf>

Pfeiffer, J., Svačina, G., Povolná, K., Mikulénka, J., Loudová, M., & Řičánková, S. (2022b). *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče.* Reforma péče o duševní zdraví. <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>

Piotrkowski, C. S., & Brannen, S. J. (2002). Exposure, threat appraisal, and lost confidence as predictors of PTSD symptoms following September 11, 2001. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 476–485. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.476>

Považan, M. (2022). *MUDr. Michal Považan – O dětech a psychiatrii.* Youradio.cz. <https://talk.youradio.cz/porady/terapie-leti/terapie-leti-14-mudr-michal-povazan-o-detech-a-psychiatrii>

Považan, M. (2019). *Multidisciplinární tým duševního zdraví pro děti a adolescenty.* https://mhconsulting.cz/abstrakt/_uploads/_mhconsulting-20201013161202875074.pdf

Pozdílková, M. (2022). *Rodiče často za děti všechno řeší, ty ale pak v dospívání narazí, upozorňuje psychiatricka*. Eduzin. <https://eduzin.cz/wp/2022/12/15/rodice-casto-za-deti-vsechno-resi-ty-pak-v-dospivani-ale-narazi-upozorňuje-psychiatricka/>

Prajsová, J., Chomynová, P., Dvořáková, Z., Příhodová, K., & Csémy, L. (2018). Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: Rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 62(1), 16–31. <https://www.proquest.com/openview/e3eaacc75d0f4e5b2c84f60f937f92dc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28548>

Praško, J. (2011). Pedopsychiatrům přibývá práce, v rodinách chybí bezpečí. *Pediatric pro praxi*. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/01.pdf>

Přádová, D. (2022). *Úzkosti, sebevraždy, netolismus. Péče o dětské duše se řítí do stavu ohrožení*. Seznam zprávy. <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-procse-v-cesku-zapomnelo-na-detske-duse-pece-se-riti-do-stavu-ohrozeni-204794>

Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Česká psychiatrická společnost. https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

Rafla, M., Carson, N.J., & DeJong, S.M. (2014). Adolescents and the internet: What mental health clinicians need to know. *Current Psychiatry Reports*, 16(472). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0472-x>

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>

Reforma psychiatrie. (n.d.) *Mapa CDZ včetně kontaktů*. <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz/mapa-cdz-vcetne-kontaktu>

Riad, A., Drobov, A., Krobot, M., Antalová, N., Alkasaby, M. A., Peřina, A., & Kořčík, M. (2022). Mental health burden of the Russian–ukrainian war 2022 (RUW-22): Anxiety and depression levels among young adults in Central Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8418. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148418>

Rosen, A., & Callaly, T. (2005). Interdisciplinary teamwork and leadership: Issues for psychiatrists. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 234–240. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1665.2005.02195.x>

Ryřavá Alvarezová, E. (2018). *Dětství mimo svět a rozum. Institucionalizace mentálních chorob a psychopatie dětí v 1. polovině 20. století* [Diplomová práce, Univerzita Pardubice]. https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71588/DP_RYSAVA_ALVAREZOVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Řiháček, L. (2023). *Odolnost, všímavost a duševní pohoda u dospělých praktikujících terapií lesem* [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/ssw5oc/Rihacek_2023.pdf

Sedlářová, K. (2023, 15. listopadu). *Koordinovaná podpora – case management na obcích a její význam*. Sociální novinky. <https://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/598-koordinovana-podpora-case-management-na-obcich-a-jeji-vyznam>

Skořepová, D. (2020). *Centrum duševního zdraví* [Diplomový projekt, České vysoké učení technické v Praze]. https://www.fa.cvut.cz/galerie/diplomove-prace/2020-0-dana-centrum-dusevniho-zdravi-82886/f5-dp-2020-skorepova-dana-dana-skorepova_dp_portfolio_c.pdf

Sobotka, J. (2022, 4. srpna). Duševní zdraví v zajištění institucionalizace – jsme schopni to změnit? *Sociální práce*. <https://socialniprace.cz/online-clanky/dusevni-zdravi-v-zajeti-institucionalizace-jsme-schopni-to-zmenit/>

SOFA – Society for all (2021). *Duševní zdraví dětí a adolescentů*.
https://www.podporainkluze.cz/wp-content/uploads/2021/01/C%CC%80SIV_Dusevni_zdravi_A4.pdf

Stodola, M. (2022). *Problematika nedostupnosti psychiatrické péče o děti v České republice* [Diplomová práce, Univerzita Karlova].
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/174062/120417012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suchý, A., & Světlák, M. (2023). Environmentální žal. *Psychologie*.
<https://psychologie.cz/environmentalni-zal/>

Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42, 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24

SZÚ – Státní zdravotní ústav. (n.d.) *Netolismus: závislost na tzv. virtuálních drogách*. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/259-netolismus>

Şahin Ö. Ö., & Topan, A. (2019). Investigation of the fear of 7-18-year-old hospitalized children for illness and hospital. *Journal of Religion and Health*, 58(3), 1011-1023.
<https://doi.org/10.1007/s10943-018-0688-x>. PMID: 30136136

Školoudová, M. (2023). *Analýza aktuálního stavu péče o dětské duševní zdraví v ČR, Úvod do problematiky*. Konference Multidisciplinarita: Naděje pro duševní zdraví dětí a dospívajících. Praha. <https://www.dumtriprání.cz/wp-content/uploads/2023/11/01-skoloudova-analyza-aktualniho-stavu-pece-final-s-logem.pdf>

Tong, S. (2018). Who should be the case manager for persons with mental illness? Social worker, nurse or occupational therapist? *The Hong Kong Journal of Social Work*, 52, 101-117.
<https://doi.org/10.1142/S0219246218000086>

Uhlíková, P. (2012). Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – Kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance? *Pediatric pro praxi*, 13(6), 369–371.
<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/03.pdf>

Uhlíková, P. (n.d.). *Dětská a dorostová psychiatrie*. Univerzita Karlova. <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/file/6074/uhlikova-detska-a-dorostova-psychiatrie.pdf>

Uhlíř, J. (2022). Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*, 23(1), 28–32. <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2022/01/15.pdf>

UNICEF. (2021). *The state of the world's Children 2021 on my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. <https://www.unicef.org/eu/media/2021/file/State%20of%20the%20World's%20Children%202021.pdf>

UPOL – Univerzita Palackého v Olomouci. (2015). *Katalog podpůrných opatření – Druhy a základní rámec činnosti školských poradenských zařízení*. <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/5-skolska-poradenska-zarizeni-a-jejich-cinnost-v-oblasti-podpurnych-opatreni/>

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2023). *Psychiatrická ročenka 2022*. <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>

Vrbková, T. (2022). *Role speciálního pedagoga v projektu reformy psychiatrické péče multidisciplinárního týmu duševního zdraví pro děti a adolescenty v Praze* [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/8o51iw/Diplomova-prace-Vrbkova.pdf>

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna. (2022, 6. září). *V ordinacích psychiatrů přibývá dětských pacientů, důležité je včas rozpoznat problém*. <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/v-ordinacich-psychiatru-pribyva-detskych-pacientu-dulezite-je-vcas-rozpoznat-problem>

WHO – World Health Organisation (2022a). *Mental Health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=Cj0KCQiAkKqsBhC3ARIsAEEjuJinBvzAeAd2Uhmhyr9VMHbdHCYufvRn4tLdg53ZC-0y4uAa7yZzcy4aAuI8EALw_wcB

WHO – World Health Organisation (2022b). *Mental Disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

WHO – World Health Organisation (2021). *Mental Health of Adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Winkler, P. (2024, 5. ledna). *Mladí nejsou sněhové vločky, mají daleko náročnější podmínky pro život, říká o jejich psychice Petr Winkler*. Hospodářské noviny. <https://vikend.hn.cz/c1-67280350-mladi-nejsou-snehove-vlocky-maji-daleko-narocnejsi-podminky-pro-zivot-rika-o-jejich-psychice-petr-winkler>

Winkler, P., Španiel, F., Csémy, L., Janoušková, M., & Krejníková, L. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Národní ústav duševního zdraví. https://old.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách (2006). https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87

Zalewska, S. L. (2021). Symptoms of depression in children part of the “Snowflake“ generation and their input for the functioning of the whole family. Narrative research of modern family. *Pedagogical Forum* 11(2), 309-324. <https://doi.org/10.21697/fp.2021.2.23>

Závodná, L. S., Falch, T., Johannessen, A. B., Heldal, F., Závodný Pospíšil, J., Inger Lamøy, L., Bakke, M. H., Nygård, M., Novák, M., Rice, P., Tovmo, P., Tripes, S., Berg, T., Kincl, T., Falch, T., Oddane, T. A., & Stiklestad, T. (2022). *Výuka generace sněhových vloček: Nové metody a výzvy* (Sborník příspěvků z kulatého stolu). https://fm.vse.cz/wp-content/uploads/page/8810/eBOOK_EHP_sbornik_C%CC%8CESKY.pdf

Zeman, J. (2023, 25. září). Rozpočet školství se tenčí a psychology či doučování nám platí EU. PAQ Research. <https://www.paqresearch.cz/post/skolstvi-rozpocet-eu/>

Přílohy

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor s vedoucí/m týmu pro duševní zdraví dětí a dospívajících (CDZ, TDZ, MDT...apod.):

Polostrukturovaný rozhovor s vedoucí/m týmu pro duševní zdraví dětí a dospívajících (CDZ, TDZ, MDT...apod.):

- 1) Popište složení vašeho týmu, včetně počtu členů týmu, jejich pracovních pozic a úvazků.
- 2) Jaký byl proces vzniku a počáteční stabilizace vašeho týmu?
- 3) Museli jste na začátku projektu čelit v rámci (uvnitř) týmu nějakým výzvám
- 4) Jak jste s těmito výzvami pracovali? Existují nějaké problémy, kterým musíte stále čelit a nepodařilo se je překonat?
- 5) Co vám naopak na začátku procesu vzniku a stabilizace týmu pomohlo? Jaké faktory byly podpůrné?
- 6) Jaká je cílová skupina týmu (*typy obtíží, vstupní podmínky spolupráce apod.*)?
- 7) Které problémy (případně konkrétní diagnózy) v oblasti duševního zdraví klientů tým nejčastěji řeší?
- 8) Vyprávějte mi prosím o tom, jakým způsobem spolupracujete s rodinami nebo zákonnými zástupci. Jak se to daří?
- 9) Spolupracujete s dalšími subjekty (*školy, školská poradenská zařízení, sociální služby, nemocnice, oddělení nemocnic, ústavy, léčebny atd.*)? Jaké mechanismy jsou nastaveny pro tuto spolupráci (*způsob navazování kontaktů, předávání klientů, zpětné vazby apod.*)?
- 10) Jaké jsou vaše zkušenosti s těmito spolupráci? Jakého jsou charakteru (*nahodilé, kontinuální, krátkodobé, dlouhodobé, pozitivní, negativní apod.*)?
- 11) Identifikovali jste nějaké překážky, které spolupráci brzdily/brzdí? Podařilo se je vyřešit? Jak?
- 12) Jaké další změny by spolupráci zjednodušily a zefektivnily?
- 13) Jak hodnotíte přínos spolupráce s dalšími subjekty pro klienty vašeho týmu?
- 14) Máte zpětnou vazbu od klientů? Jak hodnotí klienti spolupráci - co na ni oceňují, kde vidí rezervy?
- 15) Jaké to je pro vás osobně pracovat v takovém týmu?

Příloha 2 – Informovaný souhlas

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Cyrilometodějská teologická fakulta

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Student: **Ing. Bc. Lucie Šebánková**

Vedoucí diplomové práce: **Mgr.Bc. Kristýna Gábová Ph.D.**

Institut sociálního zdraví

Téma diplomové práce: Spolupráce týmů pro duševní zdraví dětí a dospívajících

Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně informován/a o účelu, cíli a metodách výzkumu a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

Byl/a jsem poučen/a, že:

- data získaná z monitorovaného rozhovoru budou zpracována a využita výhradně pro účely tohoto výzkumu,
- pokud dojde ke změnám nebo zjištění závažných skutečností, které by mohly mít vliv na mou osobu, budu o tomto bezodkladně informován/a,
- svůj souhlas s účastí ve výzkumu mohu kdykoliv bez udání důvodu odvolat a odstoupit od své účasti ve výzkumu.

Prohlašuji, že se výzkumu účastním na základě vlastního dobrovolného rozhodnutí a bez nároku na odměnu či jinou náhradu.

Potvrzuji, že jsem převzal/a stejnopis podepsaného dokumentu Informovaný souhlas účastníka výzkumu.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Podpis účastníka výzkumu



VSTUPNÍ FORMULÁŘ PRO DIPLOMOVOU PRÁCI

SOUHLASÍM S TÍM, ABY MĚ VÝZKUMNÍK KONTAKTOVAL OHLEDNĚ MÉ ÚČASTI
VE VÝZKUMNÉM PROJEKTU.

Informace o vedoucí/m týmu:

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

E-mail:

Vzdělání (obor, škola):

Délka praxe v oboru (psychologie, psychoterapie, sociální práce apod.):

Délka praxe v daném týmu pro duševní zdraví:

Úvazek v rámci týmu:

Předchozí praxe (před vznikem týmu), případně paralelní praxe s prací v týmu:

Informace o týmu:

Jméno týmu:

Adresa pracoviště týmu a jeho územní působnost:

Cílová skupina (věk klientů):

Kdy tým vznikl:

Jak je fungování týmu hrazeno:

Počet klientů (za klienta je bráno dítě/dospívající), kteří byli doposud týmem podpořeni: