



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Využití koordinované rehabilitace v organizaci Fokus

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Hávová Markéta

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Využití koordinovaní rehabilitace v organizaci Fokus“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....

Bc. Hávová Markéta

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala svému vedoucímu diplomové práce prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr.h.c. za cenné rady a připomínky, a především za jeho trpělivost a čas, který mi při tvorbě této práce věnoval.

Dále děkuji zaměstnancům organizace Fokus za jejich ochotu a otevřenost ve spolupráci.

V neposlední řadě velmi děkuji rodině a nejbližším, kteří mě nejen ve studiu, ale i v životě vždy podporovali a byli mi oporou.

Využití koordinované rehabilitace v organizaci Fokus

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá využitím a fungováním koordinované rehabilitace a multidisciplinárního týmu v organizaci Fokus v Pelhřimově, zabývající se osobami s duševním onemocněním. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část popisuje historii a fungování koordinované rehabilitace, historii péče o duševní zdraví, reformu psychiatrie a fungování multidisciplinární spolupráce.

Ve výzkumné části byla využita strategie kvalitativní analýzy. Ta byla prováděna pomocí dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky vycházející z rozhovoru byly v první části výzkumu zaměřeny na fungování multidisciplinárního týmu v zařízení a spolupracujících subjektů. Druhá část práce byla věnována základním složkám koordinované rehabilitace poskytované v organizaci s ohledem na další podílející se odborníky a neformální účastníky při péči o osobu s duševním onemocněním.

Cílem výzkumu bylo zmapovat složky koordinované rehabilitace využívající se u jedinců s duševním onemocněním v organizaci Fokus v Pelhřimově. Výzkumný soubor byl tvořen pomocí metody sněhové koule a základním kritériem bylo zaměstnání komunikačního partnera v dané organizaci. Jejich schopnost hodnotit svou práci a účastnit se řízeného rozhovoru se odvíjela od jejich zkušeností ve Fokusu.

V souvislosti s cílem práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké složky koordinované rehabilitace jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově? Od toho byly odvíjeny dílčí výzkumné otázky související s jednotlivými složkami koordinované rehabilitace a fungování multidisciplinárního týmu.

První kontakt a další spolupráce se rozvíjí podle závažnosti, potřeby a přání klienta. Práce s klientem s duševním onemocněním je postavena na filosofii zotavení, ne uzdravení. Ve vztahu a zaměření se pracuje na všech složkách koordinované rehabilitace. Nejbližší má klient ke klíčovému pracovníkovi, který koordinuje péči v multidisciplinárním týmu a další odborníky mimo organizaci. Z výsledků vznikl

závěr, kde došlo ke shodě, že koordinovaná rehabilitace je využívána v tomto zařízení a žádná ze základních složek nemůže být opomenuta.

V praxi mohou být výsledky diplomové práce využity jako zpětná vazba organizaci Fokus, kde budou sloužit k zmapování složek koordinované rehabilitace a zřehlednění potřeb jedinců s duševním onemocněním. S ohledem na doporučení bylo využito zpětné vazby komunikačních partnerů týkající se předávání informací, preferování společných prostorů celého týmu a větší reklamy.

Klíčový slova: duševní zdraví; duševní nemoc; koordinovaná rehabilitace; složky koordinované rehabilitace; multidisciplinární tým; organizace Fokus; reforma péče o duševně nemocné

Using coordinated rehabilitation in Focus

Abstract

The diploma thesis is dedicated to the way of using and way of functioning of the coordinated rehabilitation and the multi-disciplinary team in the organization Focus in Pelhřimov which works with the people with mental disorders. The thesis is divided in the theoretical and practical part. The theoretical part describes the history and function of the coordinated rehabilitation, mental health care history, psychiatric reform and multi-disciplinary cooperation functioning.

There is used the strategy of quality analysis in the research part. It was done by the questionnaire and the technique of half-structured interview. The results coming out of the interview were focused on the functioning of multi-disciplinary team in the institution and the cooperating subjects in the first part. The second part was dedicated to the basic parts of the coordinated rehabilitation provided in the organization in view of the fact that there were other participating professionals and non-formal participants during the care of the person with mental disorder.

The aim of the research was to map the sectors of the coordinated rehabilitation used by the individuals with mental disorders in the organization Focus in Pelhřimov. The research team was created with the help of the method of the snow ball and basic criteria was employment of an „communication partner“ in the particular organization. Their ability to evaluate their job and take part in the lead interview depended on their experience in Focus.

In connection with the thesis aim there was also set the main research question: What parts of the coordinated rehabilitation are used in the organization Focus in Pelhřimov? Partial questions were devolved from that which were connected to the particular parts of the coordinated rehabilitation and the function of the multi-disciplinary team.

The first contact and the next cooperation is developed by the seriousness, necessity and wishes of the client. The work with the client with mental disorder is based on the philosophy of recuperation, not recovery. In the relationship and the concentration, the work is done in all sectors of the coordinated rehabilitation. The client has the closest

relationship to the key worker who provides the care in the multi-disciplinary team and other professionals in the organization. There is the conclusion from the results that there was an agreement that the coordinated rehabilitation is used in this institution and no other from the basic sectors can be omitted.

The results of the diploma thesis can be used as feedback for the organization Focus in the practice where it can be useful for mapping of the sectors of coordinated rehabilitation and making clear the needs of the individuals with mental disorder. Taking into consideration the recommendation to use the feedback of the respondents about information sharing, to prefer common space of the whole team and bigger promotion.

Key words: mental health; mental disease; coordinated rehabilitation; multi-disciplinary team; organization Focus; reform of taking care of the mentally ill people

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 10 |
| 1 SOUČASNÝ STAV | 12 |
| 1.1 Koordinovaná rehabilitace | 12 |
| 1.1.1 Definice koordinované rehabilitace..... | 12 |
| 1.1.2 Vývoj koordinované rehabilitace | 14 |
| 1.1.3 Mezinárodní klasifikace funkčnosti | 15 |
| 1.1.4 Složky koordinované rehabilitace | 18 |
| 1.1.5 Multidisciplinární tým | 27 |
| 1.1.6 Kruhová podpora | 30 |
| 1.2 Péče o duševní zdraví..... | 32 |
| 1.2.1 Duševní zdraví..... | 32 |
| 1.2.2 Vývoj péče o duševní zdraví | 33 |
| 1.2.3 Současný stav v ČR..... | 34 |
| 1.2.4 Mezinárodní klasifikace nemocí..... | 35 |
| 1.2.5 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním..... | 38 |
| 1.3 Organizace Fokus..... | 40 |
| 1.3.1 Fokus v ČR..... | 40 |
| 1.3.2 Fokus Pelhřimov..... | 40 |
| 1.3.3 Duševní porucha | 42 |
| 1.3.4 Definice duševních poruch dle MKN..... | 43 |
| 2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 48 |
| 2.1 Cíl práce | 48 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 48 |
| 3 METODIKA | 49 |
| 3.1 Operacionalizace pojmů..... | 49 |
| 3.2 Strategie výzkumu..... | 50 |

| | |
|---|-----|
| 3.3 Popis výzkumného nástroje..... | 51 |
| 3.4 Popis výzkumného souboru | 53 |
| 3.5 Způsob analýzy dat | 53 |
| 3.6 Předvýzkum..... | 54 |
| 3.7 Časový harmonogram výzkumu | 55 |
| 3.8 Etické aspekty výzkumu | 55 |
| 4 VÝSLEDKY | 57 |
| 4.1 Multidisciplinární tým a další subjekty..... | 57 |
| 4.2 Náplň práce zaměstnanců rozdělená do složek koordinované rehabilitace | 71 |
| 5 DISKUZE | 97 |
| 6 ZÁVĚR | 104 |
| 7 SEZNAM LITERATURY | 106 |
| 8 SEZNAM OBRÁZKŮ..... | 113 |
| 9 SEZNAM PŘÍLOH..... | 114 |
| 10 SEZNAM ZKRATEK | 115 |

ÚVOD

Během studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem se setkala s tematikou týkající se koordinované rehabilitace. Její základní teze a myšlenky mě oslovily pro budoucí praxi v oboru. V navazujícím magisterském studiu jsem absolvovala dvě praxe v organizaci Fokus v Pelhřimově. Cílová skupina duševně nemocných se stala mým hlavním zájmem pro nastávající volbu povolání. Proto jsem se rozhodla zkombinovat a hlouběji se věnovat propojením těchto dvou oblastí. Tématem mé diplomové práce bych chtěla zdůraznit důležitost komplexní práce v pojetí koordinované rehabilitace a její velký význam při práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním.

Teoretická část bude věnována základní problematice a pojmům týkajících se koordinované rehabilitace, duševního zdraví a organizace Fokus. Koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, jehož hlavním cílem je minimalizovat důsledky postižení jedince. Za základní faktor úspěšné rehabilitace lze pak považovat včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života.

V současné době se stal Fokus v České republice platformou, která sdružuje 10 samostatných poboček. Fokus je nezisková organizace a jejím posláním je přímá podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním, aby mohli žít ve svém přirozeném prostředí v úzkém kontaktu s nejbližším okolím a ve spolupráci s odborníky ze zdravotnictví, sociálních služeb, zaměstnávání a vzdělávání osob a volnočasových aktivit. Jako základní východisko pro ujasnění a stanovení jednotlivých onemocnění vycházím z Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, kde lze dohledat popis jednotlivých onemocnění podle jeho druhu.

Duševní onemocnění je závislé na duševním zdraví a doprovázené jsou projevy fyzického zdraví. Etiologie duševní nemoci je podmíněna mnoha aspekty. Pohledy lidí na osoby se zkušeností s duševním onemocněním jsou ještě stále plné předsudků. V České republice právě probíhá reforma psychiatrické péče mapující zvyšování počtu postižených osob duševní poruchou.

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat složky koordinované rehabilitace přímo v organizaci Fokus v Pelhřimově, poskytující služby osobám se zkušeností s duševním onemocněním s okruhem diagnóz podle Mezinárodní klasifikace nemocí. V souvislosti s cílem byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké složky koordinované rehabilitace jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově? Záměrem bylo zjistit, zda je koordinovaná rehabilitace v dané organizaci využívána. Pokud ano, bude výzkum směřován na zmapování jednotlivých nástrojů. Od hlavní výzkumné otázky byly odvozeny dílčí výzkumné otázky zaměřené na fungování multidisciplinárního týmu v zařízení a na vymezení základních složek koordinované rehabilitace.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Koordinovaná rehabilitace

1.1.1 Definice koordinované rehabilitace

Pojem „rehabilitation“ má svůj původ ve středověké latině, jehož překlad rozloženého slova je „habilis“ = schopný a „re“ = znovu (Vojtko, 2010). Dle Pfeiffera a Švestkové (2008) je pojem rehabilitace důležitým nadnárodním pojmem spojeným se souvislostmi s pozitivním vývojem a možnostmi medicíny, kdy sociální situace začíná nabývat významu. Pojem rehabilitace je podle Vojtka (2010) pojem již novelistický, který byl zaveden již v 19. století a jeho původní význam spočíval v léčebných postupech, které vedly k návratu jedince do stavu funkční schopnosti. I nyní je mezi laickou společností a odborníky často rehabilitace vnímána pouze jako fyzioterapie, případně ještě balneoterapie či fyzikální terapie (Emmerová, 2012).

Podle Velemínské et al. (2012) se rehabilitace týká lidí, kteří žili původně normálním životem a v důsledku nemoci byl jedinec vyřazen ze svého běžného. Velemínský et al. (2012) uvádí, že rehabilitace se také týká dětí, které se s postižením již narodily, to se nazývá habilitace neboli způsobilost. Pfeiffer et al. (2014) popisuje rehabilitaci jako aktivizaci zaměřenou na dosažení co nejvyšší možné funkční zdatnosti. Podle stejného autora k péči jako k pasivnímu programu dochází až v případě, kdy veškeré aktivizační možnosti byly vyčerpány. Nesmí být tedy pojem rehabilitace zaměňován s pojmem péče, kvůli rozdílnosti jejich činností (Pfeiffer et al. 2014).

Pojem rehabilitace procházel v historii velkým vývojem odvíjející se od událostí v dané době (Jankovský, 2014). Podle potřeby v historickém poválečném kontextu, Světová zdravotnická organizace, dále v textu užívám anglickou zkratku WHO, která nese v anglickém jazyce původní název World Health Organization, stanovila první jasnou a jednotnou definici v roce 1969, rozšířenou v roce 1981, dodnes používanou: *Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který způsobuje disabilita a následné limity aktivity a usiluje o společenské začlenění postiženého* (Jankovský, 2014, s. 54). Podle Jesenského (1995) má rehabilitace nesporný význam díky významnému prostředku prevence invalidity a případných následků, protože rehabilitace postiženého jedince staví do pozice, kdy není vnímán jako osoba závislá

a bezmocná s přidanou hodnotou na zátěž, ale jako jedinec s potencionálem a hodnotami.

Novosad (2009) při jasnějším vymezení uvádí spjitost přídavného jména „ucelená“ s českým specifickým znakem naznačujícím, že rehabilitace se týká nejenom zdravotníků, ale také v něm kooperují další pomáhající profese, aby rehabilitační proces obsáhl veškeré úrazem, nemocí nebo postižením dotčené oblasti klientovy existence. Autoři Nehyba et al. (2011) používají pojem komplexní rehabilitační péče, Vítková (2008) ucelená, Šťastný (1998) komprehenzivní, ale za nejvýstižnější je považováno označení koordinovaná rehabilitace, jelikož nejlépe vystihuje rehabilitační procesy rehabilitace a její koordinaci obsahující postupy léčebné, psychologické, volnočasové, sociální, pracovní, rodinné, sociální a úrazové.

Pfeiffer a Švestková (2008) definují rehabilitaci v kontextu koordinované rehabilitace jako „vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé dlouhodobé nebo trvalé následky postižení jedince.“ V praxi se další složky rehabilitace již používají, ale stále o nich není v podvědomí laiků, lékařů nebo v jiných pomáhajících profesích dostatečné množství informací (Emmerová, 2012). Jesenský (1995) rehabilitace popisuje jako soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví, úrazem, nemocí, vrozenou vadou. Resocializace podle Čevely a Čeledové (2011b) je vnímána jako návrat do pracovního procesu a aktivního společenského života.

Pfeiffer et al. (2014), který se při zaměřování se na návaznost jednotlivých složek rehabilitace se snaží zdravotně znevýhodněno člověka s nemocí, úrazem, vrozenou vadou či jiným zdravotním postižením, zapojit a socializovat do společenských aktivit s důrazem na účasti v pracovním procesu. Velemínský et al. (2012) rozděluje rehabilitaci podle doby vzniku poškození, může se jednat tedy o habilitace nebo rehabilitaci. Rehabilitace podle Švestkové (2014) je činnost se základním cílem, zaměřující se na co největší minimalizaci důsledků postižení v krátkodobém a dlouhodobém kontextu, s tím, že jsou veškeré aktivity prováděny koordinovaně. Autorka dále stanovuje návaznost každé složky rehabilitace, která by měla být co možná nejrychlejší, nejširší a včasná. To se shoduje s principy Čevely a Čeledové (2011b), které obsahují body jako je komplexnost, včasnost, koordinovanost, návaznost, individuální přístup, dostupnost a multidisciplinární posouzení. Autoři Pfeiffer

a Švestková (2008) považují za hlavní cíl rehabilitace, v případě již vzniklých následků zdravotního postižení, co nejrychlejší a nejširší návaznost jednotlivých složek rehabilitace. Celý proces by podle stejných autorů měl být prováděn koordinovaně.

Pojem rehabilitace je koordinován zakotvenými dohodami v zákonech jednotlivých států nebo v národních programech (WHO, 2013). Za jeden z nejdůležitějších dokumentů podle Pfeiffera a Švestkové (2008) je považována Úmluva Valného shromáždění OSN ze dne 13.12.2006., která se týká koordinované rehabilitace, a kde jsou stanoveny *Standartní pravidla vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Jedna z hlavních organizací spolupracující s Organizací spojených národů (OSN) je Rehabilitation International, která se zabývá celou problematikou rehabilitace (Pfeiffer et al., 2014). Emmerová (2012) zmiňuje v publikaci nedostatečné využívání koordinované rehabilitace z důvodu nezajištění odborných pracovníků a financí pro poskytování této formy služeb. Nejedná se tudíž o nezáměr pacienta o rehabilitaci směřující na funkci lidského organismu a jeho obnově (Emmerová, 2012).

1.1.2 Vývoj koordinované rehabilitace

Pojem rehabilitace se v první světové válce téměř nepoužíval, rozšířil se až po druhé světové válce, kdy se mnoho mladých mužů ocitlo v životní situaci provázanou náročností jejich bytí spojenými s jejich životními osudy (Pfeiffer et al., 2014). Dle Pfeiffera a Švestkové (2008) byla založena v roce 1905 jedna z prvních vědeckých organizací na České lékařské fakultě, kde vznikla Vědecká společnost zaměřená na fyzikální medicínu, která se postupně vyvinula a tím i obohatila svůj obor o balneoterapii a fyziatrii. Po první světové válce, kdy byla ještě Rakousko – Uherská země, se zásluhou prof. MUDr. Jedličky otevíral program pro zraněné vojáky, který se jmenoval „*Výchova mrzáků, zvláště vojáků – invalidů ku práci výdělečné*“ a jeho působení bylo především v ústavu nesoucí jeho jméno, tedy Jedličkův ústav (Pfeiffer, 2014, s. 8). WHO založená v roce 1948, věnovala pozornost rozvoji týkající se oblasti rehabilitace osob se zdravotním znevýhodněním (Jankovský, 2014). Jako další aspekt začínajícího se vývoje pojmu rehabilitace byl v naší společnosti zaznamenán již v padesátých letech 20. století, kdy se všechna oddělení fyziatrie v nemocnicích přejmenovala na rehabilitační oddělení (Čevela, Čeledová, 2011a).

WHO přijala v roce 1980 Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů, dále jen MKF, jako mezinárodní dokument a překlad názvu tohoto dokumentu je International

Classification of Impairment, Disability and Handicap (Pfeiffer, Švestková, 2008). V roce 1991 byla založena pracovní skupina s názvem „R“ jako rehabilitace, o níž se zasloužilo Ministerstvo zdravotnictví, dále jen MZ (Čevela, Čeledová, 2011b). V druhé polovině tohoto roku byla vypracována a schválena Metodika stanovující provádění léčebné rehabilitace, kde byla již popsána návaznost na sociální, pracovní a pedagogickou rehabilitaci (WHO, 2004). Za pomoci této metodiky mohla vzniknout centra léčebné rehabilitace (Votava, 2005). Již od roku 1999, kdy byla založena Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, která se snaží o dosažení cíle týkajícího se přijetí myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace a vynakládá úsilí k tomu, aby se pojem dostal do podvědomí laické i odborné společnosti (Čevela, Čeledová, 2011a).

Na začátku 21. století bylo usnesení vlády ČR č. 547 přijato, a tím i základní *Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením*, které byly zpracovány do *Návrhu věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením*, který byl následně vládou stažen s doporučením k přepracování (Pfeiffer et al., 2014). Dle stejných autorů byl schválen až o rok déle *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením*, s pokračováním v roce 2010, kdy bylo přijato usnesení vlády ČR č. 253 *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na rozmezí let 2010–2014*. Na základě rozhodnutí vlády vyplývá, že je nutné rozvíjet jednotlivé složky ucelené neboli koordinované rehabilitace (Čevela, Čeledová, 2011a). Podle Jankovského (2014) se snaží v současnosti rehabilitace vystihnout co nemůže jednatel ze zdravotních důvodů zvládnout, ale také to, co naopak zvládnout může. To se podle stejných autorů nazývá funkční zdraví posuzované nově podle MKF.

1.1.3 Mezinárodní klasifikace funkčnosti

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, dále jen klasifikace MKF, je formulována Ministerstvem zdravotnictví České republiky, a je považována za součást Světové zdravotnické organizace (Pfeiffer et al., 2014). Sdělení č. 431 Českého statistického úřadu ze dne 18. listopadu z roku 2009, kdy byl pověřen zastupováním předsedy Křovák, se týká zavedení klasifikace, kdy „*Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavádí s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví*“

(Křovák, 2009). Podle autorů Pfeiffera a Švestkové (2008) byla u nás klasifikace MKF přijata jako oficiální dokument, který má významný vliv na rozvoj moderní rehabilitace.

Předchůdcem této klasifikace je Mezinárodní klasifikace nemocí s tím, že obě tyto klasifikace spadají pod vedení Světové zdravotnické organizace, kdy odborníci se snažili v roce 1976 stanovit vedle MKN podobnou klasifikaci netýkající se pouze nemocí, vrozených vad či úrazů neboli etiologických diagnóz, ale zaměření nové klasifikace mělo směřovat na to, co člověku tyto obtíže poté způsobují, jak se s tím vypořádává s ohledem na různorodost prostředí, či na to, jak ho omezují (Zeman, 2013). Klasifikace MKF je přeložena z anglického jazyka, kdy jeho originální název je International Classification of Functioning, Disability and Health, anglická zkratka je ICF (Křovák, 2009). Dále autor uvádí, že MKF je nástrojem určeným k měření zdravotního postižení na populační i individuální úrovni. Tato klasifikace je používána při hodnocení stupně postižení, při stanovení a posuzování speciálních potřeb ve vzdělání, posuzování schopnosti a zdravotní způsobilosti v práci u osob s disabilitou, pro účely zdravotních pojišťoven, pro proplácení a předepisování zdravotnických prostředků, ve věcech dávek je využívána pro zjištění zdravotního stavu jako podkladu pro jejich uznání a následných služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, dále také při dlouhodobém nepříznivém stavu a jeho posouzení ve věcech zaměstnanosti a sociálního zabezpečení a v poslední řadě se klasifikace využívá pro statistické záměry při hodnocení zdravotního stavu (Pfeiffer et al., 2014).

Klasifikaci MKF je ošetřující lékař ve zdravotnickém zařízení povinen používat v případě, kdy zjistí, že zdravotní stav či diagnóza s určitým stupněm disability se vyznačuje dlouhodobým či trvalým charakterem (Křovák, 2009). Další skupinou využívající tuto klasifikaci jsou posudkoví lékaři, kteří jsou povinni projít školením v používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (Pfeiffer, Švestková, 2008). Při používání MKF se nejedná o etiologické diagnózy, jak jsem se již výše zmínila, ale jde o jiný typ diagnóz, tedy o diagnózu funkční (Zeman, 2013). Stejná skupina autorů klade velký důraz na nově se objevující a mnohem důležitější téma, a to na pojem prevence, dále se dělicí na primární, sekundární a terciální prevenci, která má velký vliv na zdraví a nemoc. Zeman (2013) Švestková a Pfeiffer (2008) se dále zajímají v rámci klasifikace MKF pojmem kvality života vnímaného jako konstrukt zahrnující různé roviny a oblasti zkoumání lidského života, jako je ekonomické, psychologické, politické, sociologické či lékařské hledisko. V rámci MKF lze kvalitu

života měřit subjektivními a objektivními metodami s vyjádřením přímo hodnocené osoby, případně druhé osoby, na obecně uváděných třech kategoriích, podle nichž třídíme metody využívané při hodnocení kvality života, ty se mohou i kombinovat. (Pfeiffer, Švestková, 2008)

Ke klasifikaci člověka pomocí MKF jsou používány podle Lippertová – Grünerová (2005), Pfeiffera, Švestkové (2008), Pfeiffer et al. (2014) nové komponenty:

- tělesné funkce (b) – funkce tělesných i psychických systémů;
- tělesně struktury (s) – anatomické části těla;
- aktivity a participace (d) – aktiva je schopnost provedení činnosti či úkonů a participace je účast a zapojení se do společenského života;
- faktory prostředí (e) – vlivy vnějšího prostředí, faktory jednotlivce sociálního a fyzického charakteru;
- osobní faktory – osobní kvality a vlastnosti jednotlivce.

Podle Emmerové (2012) by se měla MKF využívat ve zdravotnických zařízeních v průběhu hospitalizace s využitím akutní a včasné rehabilitace, tak i na konci hospitalizace, kdy v propouštěcí zprávě nemocného by mělo být připojeno ohodnocení funkční zdatnosti a doporučení pro ambulantní a následnou praxi. Tím je podle autorky myšlená aplikace komunitní rehabilitace ve formě dlouhodobé a udržovací fáze s notnou pomocí přátel a rodiny, nebo rehabilitace regionální ve stacionářích s rehabilitačním potenciálem.

1.1.4 Složky koordinované rehabilitace

Na začátek je dobré si ujasnit pojem rehabilitace vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti a habilitace znamená být schopen (Jesenský, 1995). O habilitaci můžeme hovořit v případě, kdy jsou rehabilitační prostředky prováděny u jednotlivců s postižením vrozeným, o rehabilitaci u osob se získaným postižením se snahou být znovu schopen a vrácení jedince do stavu před zdravotním omezením, nebo dosáhnout alespoň co nejvyšší míry samostatnosti (Pfeiffer et al., 2014). Emmerová (2012) popisuje jednotlivé místní a časové fáze představující dále uplatňující jednotlivé druhy rehabilitace.

Podle Pfeiffera a Švestkové (2014), Emmerové (2012) a Jesenského (1995) se koordinovaná rehabilitace rozděluje na léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální složku. Dále Emmerová (2012) tyto základní složky doplňuje o specifické podskupiny k připadající složce. Autoři Čevela a Čeledová (2011a) popisují koordinovanou rehabilitaci jako proces složený ze sociální, léčebné, rodinné, volnočasové, psychologické, výchovné, pracovní a nově také úrazové rehabilitace.

Podle autora Cohena (1999) je zavedený pojem psychiatrická rehabilitace, která shromažďuje spektrum přístupů a metod v péči o osoby s duševní poruchou a zkušeností. Dle stejných autorů je účelem psychiatrické rehabilitace zvýšení dovedností

a schopností osob s duševním onemocněním tak, aby byly spokojené a úspěšné v přirozeném prostředí jimi vybraném se snahou o co nejmenší míry potřeby těchto osob o kontinuální profesionální podporu. Psychiatrická rehabilitace v sobě obsahuje základní složky rehabilitace, které jsou dále uvedeny (Cohen, 1999).

Léčebná složka

Čevela a Čeledová (2011a) považují léčebnou rehabilitaci za směrodatnou pro úspěšnost dalších kontinuálních procesů. Dále podle stejných autorů by léčebná rehabilitace měla být prováděna v souladu s koncepcí oboru Fyzikálního a rehabilitačního lékařství, který by se měl tímto řídit, stejně jako připravovaný věcný záměr zákona o koordinované rehabilitaci, síť rehabilitačních center a síť včasných rehabilitačních lůžek. Kolář et al. (2010) považují léčebnou neboli medicínskou rehabilitaci za součást zdravotnické péče.

Ta podle skupiny autorů zahrnuje terapeutické a diagnostické opatření zaměřující se na funkční zdraví a dosažení maximální funkční zdatnosti člověka, případně pro dosažení vytvoření potřebných podmínek. Koláře (2010) léčebné prostředky jsou zaměřeny na odstranění funkčních poruch a postižení, a dále také na zmírnění nebo eliminování následků zdravotního postižení.

Pfeiffer (2014) a Votava (2005) rozdělují podle času léčebnou rehabilitaci na:

- vertikální – vede k obnovení organismu do původního stavu;
- horizontální – řeší poškození s chronickým a závažným charakterem, jedná se o proces dlouhodobý.

Při aplikaci jednotlivých léčebných prostředků rehabilitace dochází k propojení různých forem léčení, proto není možné stanovit přesné hranice této široce obsáhlé složky (Pfeiffer, 2014). Čevela a Čeledová (2011b) činnosti realizující v této složce považují za týmovou práci rehabilitačních lékařů, psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů, ergoterapeutů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, zdravotně sociálních a sociálních pracovníků. Podle Pfeiffera (2014) a Jankovského (2006) lze do léčebných prostředků rehabilitace zařadit:

- fyzikální terapii;
- zooterapii;
- ergoterapii;
- léčenou tělesnou výchovu;
- postupy související s prostředky léčebné rehabilitace – farmakoterapie, kompenzační pomůcky, chirurgický zákrok;
- specifické terapie (psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie).

Jesenský (1995) považuje psychoterapii a psycho – rehabilitaci za oblast rozsáhlou, v níž jsou využívány psychologické prostředky používané k vyladění se v psychické kondici, vyrovnání se s vadou, či k asertivitě. Podle stejného autora (1995) se tyto prostředky snaží o zabezpečení psychického komfortu a pohody jednotlivců. Čevela a Čeledová (2011a) tuto složku považují za odrazový můstek rehabilitačního procesu závislou na její úspěšnosti či neúspěšnosti. Rehabilitace prokazatelně snižuje celkové náklady na léčbu, při návratu klientů do aktivní a produktivní sféry se podstatně zmírňuje zátěž sociálního systému státu (Čevela a Čeledová, 2011b).

Osoba se zdravotním postižením

Česká správa sociálního zabezpečení jasně vymezuje v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti zdravotní znevýhodnění a jeho následky v běžném životě. Těmto osobám je poskytována vyšší podpora na trhu práce. Podle toho zákona v § 67 je osobou zdravotně znevýhodněnou fyzická osoba, jejíž schopnost vykonávat soustavně zaměstnání je zachována, ale pracovní začlenění je omezeno z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu trvající nejméně jeden rok. Podle stejného zákona ve stejném odstavci se za osobu se zdravotním postižením považuje fyzická osoba uznána orgánem sociálního zabezpečení za osobu invalidní ve třetím, druhém nebo prvním stupni, případně tedy osobou zdravotně znevýhodněnou. Autoři Gebhart a Dolanský (2011), na základě jejich dotazníkové studie, uvádí v tématu revizního lékařství fakta odpovídající na důležitosti posudkových lékařů. Podle stejných autorů se na základě odpovědí dotazovaných jeví jako účelné zřídit klinické pracoviště posudkového a revizního lékařství, jelikož při nedostatečném vzdělání a neřešení problémů revizních lékařů může být zkomplikovaná činnost pojišťoven, zejména při zdravotní péči hrazené ze zdravotního pojištění. Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, je osoba se zdravotním postižením vnímána tak, že postižení se v zákoně vymezilo jako tělesné, mentální, duševní, kombinované nebo smyslové postižení s následky ukazující na vznikající závislost na pomoci druhé osoby. Šesták (2010) při specifikaci zdravotního postižení v České republice s návazností na zákon o sociálních službách rozděluje osoby s postižením do šesti skupin:

- osoby s mentální retardací – hluboká, těžká, středně těžká, lehká;
- osoby s postižením tělesného charakteru – např. páteř, končetiny;
- dlouhodobě, případně trvale nemocní – např. kardiovaskulární onemocnění;
- osoby s postižením smyslového charakteru – např. sluchové postižení, zrakové postižení;
- osoby s postižením kombinovaného charakteru – např. mentální postižení s přidružením smyslovým postižením;
- osoby s duševním onemocněním - např. schizofrenie, neuróza, psychóza.

Pracovní složka

U osob s duševním onemocněním je podle Kondrátové a Winklera (2017) zaměstnání jedním z faktorů zvyšující kvalitu života. Význam práce v životě člověka hraje nezastupitelnou roli, zprostředkovávající důstojnou existenci, materiální prospěch, pocit seberealizace, a nakonec mu přináší i pocit společenské užitečnosti. Maslow (2014) zařazuje práci mezi primární potřeby člověka. V případě, že dojde k saturování této potřeby, může dojít k frustraci, dokonce až ke stresovému stavu (Maslow, 2014). Cílem pracovní rehabilitace je tedy také předcházet těmto situacím (Jankovský, 2014).

Pracovní rehabilitaci se věnuje zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, § 69 stanovuje pracovní rehabilitaci jako *souvislou činnost, zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením.* Tento zákon pověřuje zprostředkováním a zabezpečením této složky krajskou pobočku Úřadu práce podle místní příslušnosti dané osoby s možnou spoluprací se středisky s pracovní rehabilitační náplní, případně jinou pověřenou fyzickou nebo právnickou osobu zabezpečující pracovní rehabilitaci. Uskutečnění pracovní rehabilitace je položeno na zpracování individuálního plánu obsahující jednotlivé formy pracovní rehabilitace (MPSV, 2015). V Českých zemích je více modelů zaměstnávání a jejich efektivita se liší podle závažnosti onemocnění (Kondrátová, Winkler, 2017).

Pfeiffer, Švestková (2008) u pracovního začlenění začínají tzv. před pracovní rehabilitací, kterou osoby rehabilitující rozdělují podle závažnosti zdravotní poruchy, podle prognózy, věku a situace na pracovním trhu v daném regionu. Podle Jankovského (2006) se zařazuje do této složky pracovní příprava obsahující získávání vědomostí, kvalifikace, návyků a dovedností, s následnou péčí o osoby se zdravotním postižením zaměřující se na uplatnění se v pracovní činnosti. Podle Šestáka (2010) se stává předpokladem pro obnovení potenciálu vykonávat zaměstnání u osob se změněnou pracovní schopností, nebo pracovní neschopných. Podle Votavy (2005) se na pracovní rehabilitaci aktivně mohou podílet:

- pracovníci působící na úřadu práce – mapování trhu práce, podpora v nezaměstnanosti;

- zaměstnavatel;
- ergonomové – vztah mezi pracovními podmínkami a potřebami člověka, přizpůsobení pracovního prostředí.

Podle Jankovského (2006) je dalším účastníkem procesu pracovní rehabilitace posudková komise sociálního zabezpečení rozhodující o přiznání změněné pracovní schopnosti. Posudkoví lékaři působící na okresní správě sociálního zabezpečení posuzují zdravotní stav jednotlivce, vycházejí především z vyplněného tiskopisu ošetřujícím lékařem (MPSV, 2015). Šesták (2014) zařazuje do pracovního procesu ergoterapeuty zaměřující se na aktivit sociálních služeb přes rekvalifikaci až k dokončení pracovní rehabilitace k dosažení plnohodnotného zařazení do zaměstnání člověka s postižením. A také může být součástí týmu podporující pracovní začlenění sociální pracovník zaměřující se na socializaci klienta. (Pfeiffer et al., 2014). Jelikož provázanost a dostupnost jednotlivých složek rehabilitace není zajištěna ani od ústředních nemocnic a chybí tak propojenost, dochází k nedostatečnému obnovení a uplatnění pracovního potenciálu, a to nejčastěji u osob ve věku nejvyšší pracovní produktivity (Šesták, 2014). Důsledkem toho se dostávají do situace, kdy jsou nuceni žádat o invalidní důchod (Emmerová, 2012). V mnoha případech je posuzování neadekvátní a má mnoho kritérií, které jsou i nadále zpříšňovány (Emmerová, 2012).

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti vymezuje aktivity pracovní rehabilitace, do kterých řadí:

- poradenskou činnost při volbě zaměstnání, povolání nebo jiné výdělečné činnosti;
- vytváření vhodných pracovních podmínek pro výkon výdělečné činnosti nebo zaměstnání;
- praktickou a teoretickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost;
- činnost zaměřenou na změnu, zprostředkování nebo udržení zaměstnání, případně jeho změnu.

V České republice jsou v současné době využívány následující prostředky a nástroje pracovní rehabilitace vypracované Šestákem (2014) a dalšími autory zaměřené na jednotlivé metody. Uplatnění osob zdravotně postižených spočívá v aktivní politice zaměstnanosti s pověřením Úřadu práce ČR, motivující zaměstnavatele k zapojení

těchto osob (MPSV, 2015). Mezi sociální služby jsou v pracovní rehabilitaci zařazovány ergoterapeutické činnosti a sociálně terapeutické dílny. Nástroje na pomezí dle Šestáka (2010) jsou tranzitní programy a podporované zaměstnávání. Pod nástroje politiky zaměstnanosti patří pracovní rehabilitace, chráněné pracovní místo a zaměstnavatel, který zaměstnává více než 50 % osob se zdravotním postižením (Šesták, 2014). Stejný autor také popisuje další formy chráněného zaměstnávání týkající se sociálního podnikání, sociální ekonomiky, sociální firmy a v poslední řadě se zmiňuje o otevřeném trhu práce. V zákoně o zaměstnanosti mají osoby podle § 67 zvýšenou ochranu na trhu práce (MPSV, 2015).

Pedagogicko – spirituální složka

Prostředky obsažené v pedagogické složce jsou jednou neodmyslitelnou částí koordinované rehabilitace, ve které je terminologická nejasnost týkající se vztahu mezi speciální pedagogikou a pedagogikou na psychologii (Jankovský, 2006). Silvestro (2017) uvádí, že v holistickém pojetí osoby po úrazu či nemoci s těžkými následky se mění cíl funkčního zotavení na sociální reintegraci. S touto myšlenkou Silvestro (2017) chce přispět k rozvoji jednotlivce tím, že podpoří spolupráci mezi pedagogickými a lékařskými vědami podílejícími se obvykle na výchově celé osoby. Za hlavní úlohy pedagogiky v rámci koordinované rehabilitace považuje Pfeiffer et al. (2014) optimální rozvoj a edukaci osobnosti lidí se zdravotním postižením. To by mělo dle stejné skupiny autorů vést k usnadnění jejich integraci sociální, pracovní i kulturní.

Pfeiffer et al. (2014), Votava (2005) za hlavní prostředky této složky řešící problémy považuje uplatňování metody:

- edukace – aktivity zaměřené na rozvoj nepostižených schopností a funkcí;
- reedukace – náprava, rozvoj zbytkových schopností a poškozené funkce;
- akceptace – přijetí postižení a života s ním;
- kompenzace – náhrada poškozené funkce jinou nepostiženou funkcí;
- speciálně pedagogická diagnostika – při vytváření individuálního programu speciálně pedagogického programu působícího na člověka, tvoří východisko.

Jankovský (2006) je naopak řadí do složky sociální. Tyto hlavní prostředky, dle stejného autora, jsou možné vnímat s návazností na psychoterapii, která je obsažena především v léčebné složce, s velkým významem i ve složce pedagogické, jelikož její

hlavní cíle jsou naučit se žít se symptomy, či je odstranit, pomoci pacientovi hledat, co se za symptomy skrývá, co ukazují a uvést je do pohybu a naučit pacienta rozhodovat se a nést důsledky a odpovědnost za své rozhodnutí. Silvestro (2017) ve svém článku považuje za začátek pedagogického procesu potvrzení člověka jako jednotlivce, aby studoval podmínky adekvátní pro dosažení samoučení a samostatnosti ve schopnosti vypracovat svůj vlastní plán rozvoje. Práce ergoterapeutů a fyzioterapeutů je do určité míry také pedagogickým prostředkem, v němž dochází k učení náhradních pohybů (Pfeiffer et al., 2014). Za další prostředek edukační rehabilitace Pfeiffer et al. (2014) považuje výukové programy, například u osob se smyslovým postižením se speciálním výukovým programem přizpůsobeným pro jejich potřeby. Dále klade stejný autor důraz na individuální přístup s ohledem na různorodost každého z nás a faktor prostředí. Akce v této složce jsou vzdělávací, pokud jsou organizovány speciálně pro rozvoj nebo vytvoření nových možností či jako podpora při provádění stávajících činností (Silvestro, 2017).

Sociální složka

Nedílnou součástí koordinované rehabilitace je sociální rehabilitace. Jelikož navazuje na léčebnou složku, měla by působnost a činnost resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) navazovat na působnost a činnost Ministerstva zdravotnictví (MZ) (Čevela a Čeledová, 2011b). V případě, že jsou vyčerpány pracovní a léčebné prostředky, je nutné využít prostředků sociálních (Francová, 2014).

Podle Pfeiffera et al. (2014) mezi základní procesy v naší společnosti patří socializace, individualizace, personalizace a humanizace, s výjimkou osob s postižením, u kterých se zaměřuje spíše na postavení ve společnosti, jejich roli, ale také vnímání společnosti klientem.

Sociální rehabilitace se upravuje v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů podle § 70, kde je definována jako soubor specifických činností vedoucí k dopracování se k nezávislosti, samostatnosti, soběstačnosti, zaměřený na rozšíření a rozvíjení stávajících dovedností a zachovaných schopností, na nácvik, posilování návyků běžných denních činností důležitých pro samostatný život, s přihlédnutím na potenciál a kompetence. Podle tohoto zákona se prostředky rehabilitace mohou poskytovat formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb obsahující specifické základní činnosti.

Podle Francové (2014) probíhá sociální rehabilitace formou sociální terapie a případové sociální práce, kdy profesionální intervence podporuje klientovy nejvýznamnější osoby blízké, s ohledem na sociální podporu posilující sociální status dané osoby. Matoušek (2016) poukazuje na zvládání stresujících událostí s formální nebo neformální pomocí jiných osob, kdy velkou roli zde může mít právě pomáhající profesionál dohlížející nad lidmi a jejich účastí v klientově světě s následnou možností je případně ovlivňovat.

Za hlavní podstatu sociální rehabilitace je považováno úsilí o prevenci, o zmírnění defektivitu, a především o rozvíjení stále uchovaných schopností (Jesenský, 1995). Matoušek (2016) vnímá neformální sociální podporu jako předávání potřebných informací, emocionální podporu či přímou praktickou pomoc, tedy podporu člověka ve fungování a zvládání v běžných situacích.

Jesenský (1995) používá definici Společnosti mezinárodní rehabilitace (RI) považující za proces s cílem dosažení normální schopnosti sociální funkce u osob s postižením, vadou či nemocí snižující úroveň kvality života. Podle Novosada (2009) je cílem vytvoření životního zázemí pro existenci týkající se materiálního zabezpečení, podpora socializace a legislativní ochrana.

Dle Pfeiffera et al. (2014) se za součást sociálních prostředků považuje i vytváření materiálních, ekonomických a sociálních podmínek podstatných pro soběstačnost jedince a pro dosažení samostatného života osob se zdravotním znevýhodněním omezující jejich kvalitu života. Stejný autor zahrnuje do této složky následující sociální služby:

- služby sociální prevence – terénní programy, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, terapeutické komunity;
- služby sociální péče – podpora samostatného bydlení, tísňová péče, chráněné bydlení, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře;
- sociální poradenství – odborné a základní sociální poradenství.

Na sociální rehabilitaci se podle Votavy (2005) podílí několik odborníků:

- sociální pracovník – poradenství, šetření, pomoc při jednání s úřady, nácvik dovedností;
- posudkový lékař – plný a částečný invalidní důchod, přidělení výhod pro zdravotně znevýhodněné osoby;

- osobní asistence – podpora samostatnosti a nezávislého života;
- pečovatelka – při nezvládnání širší soběstačnosti, nákupy, hygiena, obědy.

Dříve stagnující obor revizní lékařství dle Gebharta (2011) vzniklo a vyvíjí se na základě zdravotního pojištění a je tedy závislý na racionálním vývoji zdravotního pojištění a jeho stabilitě. Stejný autor popisuje v případě zlepšování oboru ve spojení se zdravotním a nemocenským pojištěním v pojetí rehabilitace, výhody zaměřené na přinesení nových kategorií zdravotnických prostředků, lékovou politiku, posílení odpovědnosti zdravotních pojišťoven při úhradách léků, úspora finančních nákladů a jejich efektivnější využití (Gebhart, 2011).

Zdravotně sociální pracovník je zdravotníkem podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařském povolání, který se mění zákonem č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání k výkonu nelékařského povolání, podle vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků v § 9, je dnes považován za plnohodnotného člena týmu a jeho náplní práce v oboru zdravotně sociální péče je preventivní, rehabilitační, paliativní a diagnostická péče. Podle stejné prováděcí vyhlášky se podílí také na uspokojování potřeb sociálního charakteru pacienta a na ošetrovatelské péči. Kvalifikační standard k vyhlášce č. 39/2005 Sb., pro studijní program v oboru zdravotně sociální pracovník, stanovuje povinnosti při vzdělávání těchto pracovníků a další prováděcí činnosti vymezující činnost pracovníků ve zdravotnictví.

1.1.5 Multidisciplinární tým

Kodymová (2015, s. 5) uvádí myšlenku Henryho Forda: „*Dát se dohromady je začátek, zůstat spolu je pokrok a pracovat společně je úspěch.*“

V dnešní době se vytvářejí různé komory, odbory a další instituce hájící zájmy svých klientů různých oborů (Plog, Dörner, 2019). Tím vznikají spíše konflikty a z jednotlivých orgánů se stávají ponejvíce soupeři, a protože v některých institucích je nutností kooperovat s ostatními obory, které jsou do jisté míry vzájemně propojeny, je důležité budovat multidisciplinární tým podporující především spolupráci různých odborníků pomáhajících profesí (Kodymová, 2015).

Znakem úspěšné rehabilitace je vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu s dostačujícími kompetencemi, do něhož jsou zapojeni odborníci podílející se na klientově životě a každý odborník má své specifické postavení při důsledném naplňování interdisciplinárních přístupů, a také při maximální osobní odpovědnosti (Jankovský, 2014). Kolajová (2006) považuje za předpoklad úspěšnosti MDT správně vysvětlený a stanovený cíl všem členům týmu i klientovi. Při řešení problémů s klientem je nutná spolupráce několika odborníků se svou odlišnou rolí a specifickým místem v týmu. (Škoda, 2007). Každému členovi týmu však zůstává odpovědnost za svou oblast práce na příslušném pracovním zapojení (Kodymová, 2015). V koordinované rehabilitaci je důležité, aby multidisciplinární týmy pohlížely na každý případ individuálně a podporovaly tak jednotlivce k zapojení a začlenění do společnosti (Linhartová, 2013). Jednotliví účastníci týmu si vzájemně předávají informace o klientech a ve vzájemné spolupráci dosahují společných rehabilitačních cílů (Strossová, Kurtinová, 2016).

Cíl multidisciplinárního týmu

Tým tvořen profesionály z různých odborností by měl zajišťovat koordinovanou a komplexní péči v psychiatrii o osoby s duševním onemocněním. (Strossová, Kurtinová, 2016). Cílem koordinované rehabilitace je považována minimalizace důsledků trvalého nebo dlouhodobého postižení. (Pfeiffer et al., 2014) Za hlavní zásadu MDT je zajištění koordinované péče komunitního charakteru orientovanou na uživatele (Strossová, Kurtinová, 2016). Činnost MDT podle Linhartové (2013) nastupuje v takovém případě, kdy nejde jednotlivci naplnit úkol či splnit cíl. Aby byl tým

sdužující odborníky zastupující svou profesi vybudován opravdu efektivně se schopností kvalitní spolupráce, měl by podle Jankovského (2006) splňovat základní principy činnosti, s možnou identifikací všech odborníků podílejících se na péči.

Armstrong a Stephen (2015) používá při stanovování cíle pojem SMARTER, kdy každé písmeno převzaté z anglického jazyka značí jedno z kritérií. Specifik znamená konkrétní, measurable – měřitelný, attainable – dosažitelný, realistic – realistický, timed – termínovaný, evaluate – hodnocený a rewarded – odměněný (Armstrong, Stephen, 2015). Kolajová (2006) cíle rozděluje a více popisuje podle druhů. V první řadě může být podle stejné autorky cíl kooperativní, nastavený tak, aby veškeré činnosti na sebe vzájemně navazovaly a mohlo se tak předpokládat, že každý člen týmu splněním cíle dosáhne úspěchu právě proto, že jsou všichni na sebe vzájemně závislí. Za druhé Armstrong a Stephen (2015) stanovuje cíl individuální, bez závislosti na druhého člena MDT. Z toho vyplývají jednotlivé úkoly každého odborníka s nemožností srovnávat dosažené cíle (Kolajová, 2006). Je patrné pouze kolik cílů splnil v jednotlivých oborech (Kolajová, 2006). V poslední řadě stejná autorka stanovila konkurenční cíl podporující takový cíl, který podporuje soutěživost a vyniknutí jednotlivce. V tomto případě hrozí riziko vzniku rivality a soutěživosti předběhnout dalšího a dochází k poražení druhého člena týmu při splnění cíle v důsledku úspěchu jednoho z odborníků (Armstrong, Stephen, 2015).

Složení multidisciplinárního týmu u osob s duševním onemocněním

Autoři Plog a Dörner (2019) vnímají svůj tým jako nejužitečnějšího kritika a nejlepšího rádce v posílení, který vidí i malou změnu v případě, kdy je důležité slavit i malé úspěchy. U špatného postupu nebo jiného možného vedení léčby mohou svého kolegu upozornit či vyjasnit případné nejasnosti, což je považováno za velmi pozitivní vlastnost, jelikož kdo jiný by měl v takových případech pomoci, než je kolega se zkušenostmi (Plog, Dörner, 2019). Především skupinu lidí podílejících se dobrovolně, vědomě na spolupráci v rámci psychiatrické rehabilitace, označuje autorka Linhartová (2013) jako tým. Podle stejné autorky se jedná v nejlepším případě o tři a více osob. Jednotliví odborníci se profesně vzájemně doplňují ve svých specializačních dovednostech, zkušenostech a znalostech a mají předpoklady pro práci v týmu. (Strossová, Kurtinová, 2016). Jedná se tedy o kvalitní mezioborovou spolupráci

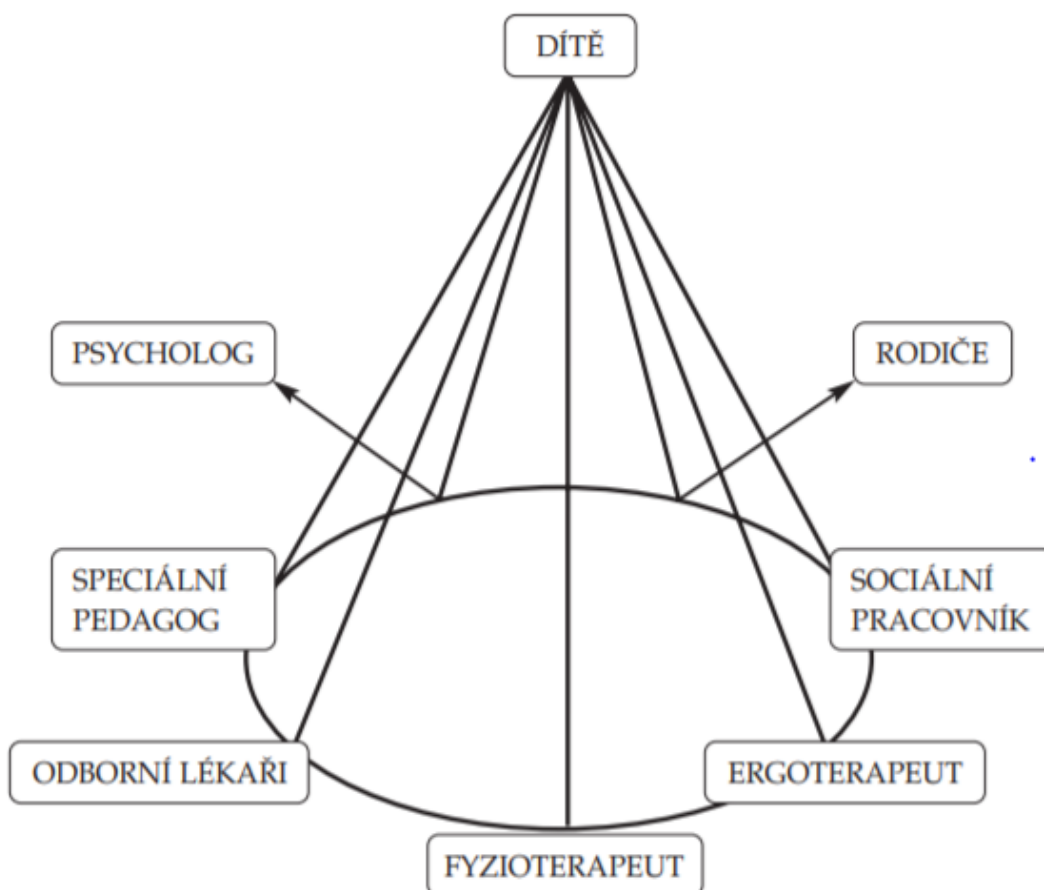
nazývanou koordinovaným systémem ve smyslu multidisciplinárního týmu (Jankovský, 2006).

Na této mezioborové činnosti je rehabilitace v počátku uskutečňována ve zdravotnických zařízeních, kde spolupracují hlavně lékařští a zdravotničtí pracovníci jako jsou psychiatři, fyzioterapeuti, lékaři, ergoterapeuti, zdravotní sestry, zdravotně sociální pracovník a další (Linhartová, 2013). Nedílnou součástí podle Jankovského (2006) jsou nelékařští pracovníci, a to sociální pracovníci, terapeuti, psychologové, pedagogové a další. V případě, že klient s duševním onemocněním je závislý na pomoci druhé osoby a důležitým činitelem je rodina, je také zařazena do týmu jako důležitý člen (Johnová, © 2014). Ve vztahu k psychiatrii zabývající se duševními nemocemi s trvalým nebo přechodným stavem, se členové multidisciplinárního týmu skládají z vybraných odborníků (Mahrová et al. 2008). Autoři Dörner a Plog (2019) do MDT v psychiatrii v rámci psychiatrické rehabilitace zařazuje ošetrovatelské povolání (ošetřovatelé a sestry), lékaře, sociální pracovníky, pohybové terapeutky, psychology, pracovní terapeutky, dále také návštěvníky a nováčky zvenčí, supervizora, veřejnost a příbuzné.

1.1.6 Kruhová podpora

V současnosti se objevuje mnohem častěji známý koncept podpory v sociální práci objevující se v souvislosti s úsilím o normalizaci a deinstitucionalizaci podmínek pro život osob s postižením. (Kocman, 2016). Za přirozenou podporu, podle Výboru pro práva osob se zdravotním postižením OSN, je považována základní forma podpory při právním jednání a rozhodování (MPSV, 2016). Výbor také více konkretizuje podporu v posilování rozvoje tzv. kruhů podpory (MPSV, 2016). Bez sítě tvořené ze sociálních vztahů není dostatečná přirozená podpora (Johnová, © 2014). Kruhy podpory jsou podle Kocmana (2016) techniky využívající rodinu a další blízké osoby i spolupracovníky k naplňování stanovených osobních cílů klienta. Autor Neill a Sandeson (2012) vnímají kruhy podpory jako náhradu formální podpory spíše za přirozenější, tradičnější a flexibilnější struktury, umožňující realizaci jednotlivce v získávání větší kontroly nad svým životem. Stejní autoři uvádí, že účastníci formálních kruhů skládají závazek dlouhodobý s přesně naplánovanými cíli, nebo závazky krátkodobé, kdy cíle jsou spíše drobnější, příležitostné či flexibilní.

Kodymová et al. (2015) při vysvětlování koncepce kruhové podpory klade vysoký důraz na rovnou pracovní pozici všech členů MDT. Pfeiffer et al. (2014) na příkladech popisuje kruhovou podporu jako kruh v symbolice kulatý stůl, kdy tým odborníků s klientem vzájemně spolupracují a oboustranně komunikují, jde jim však vždy o klienta, který je nad kulatým stolem postaven na pomyslném vrcholu viz obrázek 1. Do kruhové podpory u dětí a osob závislých na pomoci druhé osoby nebo u dalších postižení je nutné do kruhu podporující jednotlivce zařadit rodiče či rodinné příslušníky viz obrázek 1: Kruhová podpora (Jankovský, 2006).



Obrázek 1: Kruhová podpora

Zdroj: Pfeiffer et al. (2014)

Peštová (2017) ve své magisterské práci vypracovává své vlastní schéma podle Jankovského (2006), ale se zaměřením na osoby s duševním onemocněním v rámci postavení a role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Nyní již existuje i jiný model podpory, kde jsou si také odborníci rovni v pracovních pozicích (Kodymová et al., 2015), ale ve středu dění je postaven sociální pracovník, jehož postavení se začíná lišit a stává se klíčovým pracovníkem péče (Wohlgemuth, 2004). Klíčový pracovník dle Wohlgemuth (2004) stojí vždy na klientově straně, přičemž rozhodnutí provádí skrz klienta eventuálně prostřednictvím jeho rodiny.

1.2 Péče o duševní zdraví

1.2.1 Duševní zdraví

Při definování zdraví a nemoci jsem se setkala s mnoha různými pojetími. World Health Organisation v překladu Světová zdravotnická organizace, stanovuje zdraví jako úplný stav sociální, tělesné a duševní pohody s tím, že zdraví bychom neměli definovat pouze jako nepřítomnost nemoci (WHO, 2019). Nemoc lze definovat jako porušení stavby nebo změněný stav či porušení jednoho či více orgánů a jejich funkce (WHO, 2019). Vokurka et al. (2015) uvádí stejnou definici zdraví WHO, která poprvé byla použita v roce 1948 a nyní je využívána při vytváření dalších programů jako je například hlavní program Světové zdravotnické organizace, Zdraví pro všechny v 21. století, nesoucí zkrácený název Zdraví 21. Dále tento program bezprostředně navazuje na programu Zdraví pro všechny do roku 2020 (Vokurka, 2015). Dlouhodobý program Zdraví 21 obsahuje 21 cílů zaměřených na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, regionů a národů (Pfeiffer, Švestková, 2008). Zlepšení duševního zdraví je věnovaný cíl č. 6, snažící se docílit snížení stigmatu týkajícího se duševního onemocnění, podpoře pohody lidí a duševního zdraví, prevence duševních nemocí, upřednostňování kombinování psychiatrické nemocniční péče se službami poskytované v rámci komunitní péče a v poslední řadě také kvalifikace personálu pečující o osoby nemocné a jejich vhodné působení na identifikované rizikové faktory, či včasnou diagnostiku (Usnesení vlády č. 1046, 2002).

Na stránkách Ústřední vojenské nemocnice Praha (2017) dále jen ÚVN Praha, lze najít popis duševního zdraví jako určitý stav vyznačující se dobrou kondicí celé osobnosti, kdy člověk s dobrým duševním zdravím je schopen přijímat informace a dále s nimi pracovat. Orel et al. (2016) se snaží vymezit duševní zdraví, protože jsou místa, ve kterých je velmi těžké stanovit jasné hranice a kde mohou být znaky nejednoznačný nebo neostrý. Péče o naše duševní zdraví je velmi důležitá a mnoho lidí bagatelizuje duševní hygienu a vyrovnanou mysl (Lütz, 2017). Na základě schopnosti vstřebávat informace, člověk umí řešit problémy, logicky přemýšlet nad věcmi, dělat si svůj vlastní názor, vytvářet nové věci a také se aktivně podílet na dění kolem něho, a tím dochází i k dobré adaptaci na nové situace (ÚVN Praha, © 2017).

1.2.2 Vývoj péče o duševní zdraví

Pro uvedení do problematiky se v krátkosti zaměřím na vývoj psychiatrie a na současný stav v České republice. Pojem psychiatrie pochází z řečtiny a jedná se složeninu ze dvou slov, kdy *psyché* znamená duše a *itaros* je překládáno jako lékař (Lütz, 2017). Svoboda a skupina autorů (2015) uvádí, že duševní onemocnění provádí naši společnost již od dávnověku, kde lidé nevěděli, jak vysvětlit projevy nemocí, které si vykládali prostřednictvím jejich magického myšlení jako posedlost zlými duchy. První doložené poznatky na Ebersově papyrosu byly nalezeny v Egyptě, kde léčení bylo prováděno kněžími a lékaři v chrámu formou spánku, hypnotických postupů, davové sugesce, což bylo považováno za terapeutikum. (Svoboda et al., 2015) Autoři Češková a Radovan (2013) popisují pojem psychiatrie jako lékařský obor, který vzniká v 18. století v Evropě a postupně se z něho stává lékařská disciplína s akademickými a vědeckými ambicemi. Lütz (2017) ve své kapitole spojuje jméno Philip Pinel s humanizační péčí o duševně nemocné na začátku 18. století při vzniku lékařského oboru psychiatrie. Pinel odtrhl pedagogický režim a snažil se chápat duševní onemocnění jako formu odcizení, snažil se však pouze o pracovního zapojení nemocných (Svoboda et al., 2015). Stejný autor (2015) uvádí druhé jméno, Jean Etien Dominique Esquirol, který byl jeho žákem a rozšiřoval tak terapeutickou nauku. Obě tyto osoby jsou považovány za zakladatele moderní psychiatrie (Svoboda et al., 2015).

Samostatně se psychiatrie na fakultách přednášela až kolem roku 1900, přičemž se dále vyvíjela jednak pod názvem biologická psychiatrie se zaměřením na organické poškození centrální nervové soustavy, a jako sociální psychiatrie soustředující se na sociální prostředí, faktory psychického stavu, etiologie resocializace a rehabilitace (Orel et al., 2016).

Jako součást péče o duševně nemocné se v historii podle Vokurka et al. (2015) staly denní stacionáře, které jsou využívány již půl století. Psychiatrická nemocnice bez lůžek byla otevřena v Moskvě v roce 1932, v roce 1935 byl zřízen v Bostnu Adamsnův dům a další stacionář byl otevřen ve Velké Británii s názvem Lady Chichester Hospital v roce 1938 (Češková, Radovan, 2013). V historii psychiatrie považují za důležitou zmínku v knize „*A History of Medical psychology*“ z roku 1941 od autora H. Zilboorga, týkající se psychiatrické revoluce obsahující body o zpochybnění předsudků o čarodějnictví v církvi, vznikání prvních institucí vydělující ústavy pro duševně choré

a jejich léčbu, a poslední důležitý bod poukazující na vznik psychoanalýzy zásluhou Zigmunda Freuda spojenou se zrodem systemické psychoterapie (Kučerová, 2013). V Londýně byla v roce 1946 založena tradice psychosociální péče nezávislé na nemocniční bázi ve formě psychoterapeutické komunity, na druhé straně byla založena denní nemocnice postupně doplňována a rozšiřována o klasickou ústavní péči (Češková, Radovan, 2013). Podle stejné autorky (2013) se dnes denní centra objevují ve čtyřech formách a fungují jako externí forma ústavní péče, v rámci psychiatrických nemocničních oddělení jako alternativa akutní ústavní péče, u chronických pacientů se závažnou duševní poruchou funguje jako dlouhodobá rehabilitace, a v poslední řadě jde o intenzivnější variantu ambulantní péče. Oblast poskytování služeb pro duševně nemocné formou denních center a stacionářů podle právě probíhající reformy psychiatrie, se bude rozvíjet a ambulantní péče bude upřednostňována před péčí ubytovací (Anders, 2017). Podle Češkové a Radovana (2013) jsou denní stacionáře možnou alternativou pro 20 % až 40 % pacientů, jinak jsou hospitalizováni s potřebou ústavní psychiatrické péče. Dále jsou podle stejných autorů denní centra zřizována v České republice pro potřebu poskytování psychoterapie pro rehabilitaci pacientů s dlouhodobým psychickým onemocněním nebo pro osoby s neurotickými obtížemi.

1.2.3 Současný stav v ČR

Počet pacientů trpících duševním onemocněním se v posledních patnácti letech zvyšuje, největší nárůst je zaznamenán u organických duševních onemocnění (Anders, 2017). Reforma psychiatrie vznikla podle autorky Protopopové (2018) jako adekvátní reakce Evropské unie, WHO a dalších subjektů na rostoucí výskyt duševních onemocnění vznikajících v důsledku zátěže v celé Evropě, s dlouhodobým předpokladem trvání tohoto procesu od 15 do 20 let s možnými úpravami. Fungování nově vzniklého modelu upravující se v souvislosti s rozvojem společnosti a potřebami osob trpících duševním nemocí v dalších letech (Protopopová, 2018). Každý pátý člověk v naší zemi podle Národního ústavu duševního zdraví v roce 2017 prožil duševní onemocnění, bohužel se ale k polovině těchto osob nedostala žádná profesionální a odborná pomoc (Protopopová, 2018). Data a fakta ukazují, že v roce 2015 bylo celkem 650 566 ošetřených pacientů (Anders, 2017). V ČR se od 90. let 20. století vylepšoval pouze stávající model poskytující psychiatrickou péči s velkou vahou padající na zastaralé, materiálně i technicky vybavené psychiatrické nemocnice, tedy na institucionální psychiatrickou péči v ČR (Protopopová, 2018). Pfeiffer et al. (2014) považuje služby

poskytované této cílové skupině v přirozeném prostředí podle MZ ČR za nedostačující, s ohledem na koordinovanost složek péče, za nízkou. Největší část podle Anderse (2017) tvoří osoby s neurotickými poruchami, organickými duševními poruchami a pacienti trpící afektivními poruchami.

Strategický plán reformy schválil Ministr zdravotnictví ČR Martin Holcát v roce 2013, ten svěřil tvorbu tohoto plánu Marku Ženíškovi a lze ho najít na internetových stránkách reformy psychiatrie. Cílem reformy psychiatrické péče je zlepšení kvality života lidí se zkušeností s duševním onemocněním bez ohledu na symptomy duševní poruchy (Anders, 2017). Tato velká systémová změna byla plánována na rok 2014–2023 (Holcát, 2013). V první vlně se objevily značné nedostatky, kterým se zapojené subjekty v druhé vlně chtějí vyhnout a pracovat na nich. Snaha bude vyvíjena ke společnému vytváření nového, ale moderního systému psychiatrické péče (Anders, 2018). Reforma psychiatrie se podle Malého průvodce reformy psychiatrické péče zaměřuje na podporu nových služeb, budování nových vztahů, zavádění nových přístupů, zapojování nových technologií, vytváření nového prostředí a nastavování nového financování (Anders, 2017).

Organizace Fokus Vysočina se do reformy psychiatrie zapojila ve spolupráci s Krajem Vysočina, psychiatrickými nemocnicemi v Jihlavě a v Havlíčkově Brodě, kdy první kroky byly uskutečněny v Havlíčkově Brodě a do druhé vlny by se měl zapojit v roce 2019 i Fokus v Pelhřimově (Fokus Vysočina, © 2019). Kroky směřují k vytvoření Center duševního zdraví s fungujícími multidisciplinárními týmy sestavenými ze zdravotních a sociálních pracovníků, fungující na principu poskytování péče osobám s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí formou ambulantní péče (Fokus Vysočina, © 2019). Jejich hlavní funkcí je prevence hospitalizace, pomoc klientům se začleňováním se do běžného života a včasné podchycení nemoci (Anders, 2017).

1.2.4 Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je podle Probstové a Peče (2014) jediná klasifikace onemocnění používaná v České republice. V praxi se s tímto dokumentem můžeme setkat nejčastěji pod zkratkou MKN – 10 (Svoboda et al., 2015). MKN je publikace Světové zdravotnické organizace, která kodifikuje označovací systém a klasifikaci lidských poruch, onemocnění, zdravotních problémů a dalších příznaků, okolností a situací (Fihel, Pecholdová, 2017). Podle

Češkové a Radovana (2013) se termínem klasifikace označuje uspořádání jednotlivých objektů do souborů nebo skupin na základě podobnosti.

MKN vznikla v roce 1893 ve Francii na návrh Dr. Bertillona, Klasifikace příčin úmrtí s cílem umožnit srovnání mezinárodních záznamů o úmrtích (Fihel, Pecholdová, 2017). V tomto období přinášelo jistotu a ověření příčiny smrti až provedení pitvy. Na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, dále jen ÚZIS ČR, lze najít informace o převzetí klasifikace Světovou zdravotnickou organizací v roce 1948, kdy její činnosti směřovaly ke sjednocení klasifikace poruch a nemocí. V následujícím roce 1949 započala šestá revize přinášející přeměnu klasifikace v univerzálním seznamu diagnóz (ÚZIS ČR, © 2019). V rámci transformace se změnil i název klasifikace na Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) přeloženou z původního originálního anglického pojmenování International Classification of Diseases (ICD) (Zeman, 2013). Po dokončení šesté revize došlo v MKN k vyčlenění psychiatrie jako samostatného oboru (Češková, Radovan, 2013). Aktualizace MKN se provádí zhruba po deseti letech a nyní má MKN za sebou již desátou aktualizovanou revizi (Peč, 2019). V nové verzi MKN je vyvinuta snaha k jasnějšímu a dostačujícímu popisu jednotlivých poruch, vycházející z přísnějších kritérií (Češková, Radovan, 2013). Jazyk diagnóz podle MKN umožňuje odborníkům se mezi sebou domluvit a naplánovat další navazující rehabilitační a léčebný postup a do určité míry i prognózu (Fihel, Pecholdová, 2017).

V USA je Americkou psychiatrickou společností používán Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který ovlivnil desátou verzi MKN vydanou v roce 1992 v České republice (Probstová, Peč, 2014). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů nabyla platnosti v České republice již v roce 1994, a poslední revize a aktualizované vydání proběhly 1. 1. 2018 (ÚZIS ČR, © 2019). Aktualizace by měly být prováděny průběžně a příprava probíhá ve spolupráci se zástupci odborných společností a s řadou odborníků (ÚZIS ČR, © 2019).

Na stránkách ÚZIS ČR lze najít odkaz na online aktualizovanou verzi MKN a její celkové shrnutí v tabelární části, kde jsou všechny nemoci a jejich rozdělení detailně vypsané (ÚZIS ČR, © 2019). Jednotlivá onemocnění jsou popisována na základě skupin společně se vyskytujícími znaky a příznaků, které se v daném oboru odlišují od ostatních a jiné onemocnění už dále nereprezentují (Probstová, Peč, 2014). Nemoci jsou

zařazeny a popsány v mezinárodní klasifikaci podle jednotlivých kritérií, které jsou následně vymezeny kódy podle stanoveného stanoviska při výběru diagnózy (Probstová, Peč, 2014).

Pro lepší stanovení diagnózy je v MKN rozpracován další podpůrný systém, a to z důvodu, že duševní poruchy nemají jasnou etiologii a je nutné přihlížet i k dalším faktorům. Autoři Probstová a Peč (2014) v současné diagnostice hodnocení rozdělují do pěti os, které mají zachytit údaje o předpokládané multifaktoriální etiologii větší části duševních poruch, a které lze považovat za zkoušku o mapování psychosociálních faktorů a individualizaci diagnostického procesu. Podle Češkové (2012) představuje v MKN tento postup, nazýván víceosý, diagnostický systém a jeho využívání není pro odporníky povinností. Podle této autorky jsou osy tři:

- 1. osa – zaznamenání všech duševním nebo somatických poruch;
- 2. osa – zaznamenání různého typu postižení jako je mentální retardace nebo osobnostní poruchy;
- 3. osa – hodnocení celkového zdravotního stavu a souvisejících dlouhodobých faktorů.

Americká klasifikace přidala další dvě osy, které podle Probstové a Peče (2014) jsou:

- 4. osa – faktory prostředí a problémy psychosociální;
- 5. osa – celkové šetření a hodnocení globálního fungování pomocí škály GAF (Global Assessment of Functioning Scale), pracovní a sociální schopnosti jsou posuzovány pomocí škály SOFA (Social and Occupational Functioning Assessment Scale).

Poslední dvě osy by měly být specifické u sociálních pracovníků (Probstová, Peč, 2014).

V mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v tabelární části jsou v páté skupině obsaženy duševní poruchy a poruchy chování (ÚZIS ČR, © 2019). Nemoci v této skupině jsou označovány písmenem F, počínaje kódem F00 do kódu F99 (Probstová, Peč, 2014). V MKN je kapitola psychiatrie rozdělena do deseti oddílů, v nichž jsou jednotlivé poruchy podle hlavních společných znaků rozdělovány do skupin (Češková, Radovan, 2013). Dříve v psychiatrické kapitole

bylo využíváno dělení podle etiopatogeneze, například rozdělení na neurózy a psychózy (Češková, Radovan, 2013).

1.2.5 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Stále se vymezující cíl sociální práce se v současné době opírá o koncept sociálního fungování, z profesionálního hlediska je obsahem zabývání se lidskými vztahy v souvislosti s naplňováním sociálních rolí (Matoušek, 2012). Definice cíle jsou různorodé, Národní asociace sociálních pracovníků stanovila cíl sociální práce již v roce 1973 jako profesionální činnosti zaměřující se na pomáhání skupinám, komunitám a jednotlivcům na tvoření společenských podmínek přínosných pro cíl obnovit nebo zlepšit sociální fungování (Matoušek, 2012). Pod pojmy duševní a emoční poruchy jsou zahrnuty abnormality osobnostních charakteristik, které se úzce vážou na popis vztahových dilemat, na faktory prostředí působící na jednotlivce či skupiny a na popis stresorů (Probstová, Peč, 2014). Goldstein (2007) definovala sociální klinickou praxi jako aplikování teorií sociální práce a metod, v prevenci a léčbě dysfunkcí, v psychosociální oblasti, v poškození a zneschopnění, včetně duševních a emočních poruch i skupin, jednotlivců či rodin.

Sociální pracovník vykonává svou činnost v rámci povinností a práv státem daných v právním systému, je povinován profesními standardy a zaměstnavatelem, což pro výkon této práce je důležité (Matoušek, 2013). Právo sociálního pracovníka zasahovat do klientova života je legitimní a s ohledem na ochranu klientů, má povinnost dodržovat mlčenlivost o získaných informacích (Matoušek, 2013).

Autoři Peč a Probstová (2014) považují za základ sociálních pracovníků při péči o duševně nemocné znalost základů psychopatologie. Jinak, podle stejných autorů, dochází k přehnanému respektu, skepsi a odmítání ve vznikajícím vztahu sociálního pracovníka k užívané diagnostice, pramenící z pocitů neznalosti a nedostatečné kompetenci ve srovnání s klinickými psychology a psychiatry. V zákoně č. 108/2008 Sb. o sociálních službách jsou dále upraveny předpoklady provádění tohoto povolání při vykonávání činností podle zvláštních právních předpisů nebo v sociálních službách. Podle tohoto zákona sociální pracovník, aby toto povolání mohl provádět musí dosáhnout dostačujícího vzdělání, poté jeho náplň práce spočívá v zabezpečení sociální agendy, ve výkonu sociálního šetření, řešení sociálních problémů, sociálně právní poradenství, koncepční, metodická a analytická činnost v oblasti sociální, depistážní

činnost, odborné aktivity v rámci zařízení poskytující služby sociální prevence, sociální poradenství, sociální rehabilitaci, poskytování krizové pomoci, koordinování možných poskytovaných sociálních služeb nebo zajišťování potřeb obyvatel kraje a obce.

Výkon této profese se drží prováděcí Vyhláškou č. 505/2006 Sb. podle které je nutné se řídit standardy kvality sociálních služeb, etickým kodexem sociálního pracovníka České republiky a mlčenlivostí uvedenou v zákoně o sociálních službách. Povolání sociálního pracovníka spadá pod MPSV, na rozdíl od zdravotně sociálního pracovníka, který je nově zakotven v zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních povolání pod MZ v § 10, kde za výkon zdravotně sociálního pracovníka jsou považované, po dosažení určitého vzdělání, činnosti v rámci paliativní, preventivní, diagnostické, rehabilitační, ošetrovatelské péče. Sociální pracovníci v praxi považují za výhodu znát diagnózu klienta, díky které jsou schopni více pochopit prožívání a chování jednotlivce, protože pouhá empatie není dostačující (Probstová, Peč, 2014).

1.3 Organizace Fokus

1.3.1 Fokus v ČR

Již přes 20 let se snaží Fokus rozvíjet co nejširší nabídku služeb, jejichž posláním je podporovat duševně nemocné v různých životních oblastech (Fokus ČR, © 2019). Fokus ČR je platforma, která sdružuje 10 samostatných Fokusů, Jedná se o neziskové organizace působící v 7 krajích po celé ČR (Fokus ČR, © 2019). Organizace Fokus v České republice podporuje lidi s duševním onemocněním na cestě k zotavením (Fokus Vysočina, © 2019). Tato nezisková organizace působí v České republice již čtvrt století a úzce spolupracuje se zahraničními kolegy (Fokus ČR, © 2019). Má již nabytou bohatou zkušenost a je součástí a mnohaletým členem mezinárodní organizace a platform, které inspirují pomocí příkladů dobré praxe (Fokus Vysočina, © 2019).

Fokus Vysočina

Ředitelství organizace Fokusu Vysočina sídlí v Havlíčkově Brodě a tým je tvořen z paní ředitelky, z projektového manažera, koordinátora dobrovolnických center, fundraisingu, vedoucího ekonomického úseku, ekonoma, PR manažera, a dalších (Fokus Vysočina, © 2019).

Koordinátor dobrovolnických center sídlí v Havlíčkově Brodě a spravuje další střediska sídlící v Pelhřimově, ve Světlé, Havlíčkově Brodě a Hlinsku a nově i v Humpolci (Fokus Vysočina, © 2019). Dobrovolnická centra pracují s dobrovolníky a zprostředkovávají jejich využití i v jiných organizacích, než je Fokus (Fokus ČR, © 2019).

1.3.2 Fokus Pelhřimov

Cílovou skupinou organizace Fokus v Pelhřimově jsou dospělé osoby se zkušeností s duševním onemocněním (Fokus Vysočina, © 2019). Služby jsou poskytovány ambulantně i terénně s úctou a respektem, s ohledem k právům a důstojnosti uživatelům, se zachováním důvěrnosti informací (Fokus Vysočina, © 2019). Fokus poskytuje služby obsahující komunitní tým, chráněné bydlení a tým podpory zaměstnávání (Fokus Vysočina, © 2019). Všechny služby jsou poskytovány na základě dobrovolného rozhodnutí klienta, a to s ohledem na jeho individuální přání a potřeby (Fokus Vysočina, © 2019). V následujícím textu se věnuji stručné charakteristice jednotlivých onemocnění podle jasně stanoveného vymezení nemocí v Mezinárodní klasifikaci nemocí, kterou budu dále uvádět jako MKN (ÚZIS ČR, © 2019). Budu

popisovat pouze nemoci podle cílového zaměření organizace, která se vymezuje na spolupráci pouze s osobami s diagnózou nesoucí označení kódem F2, F3, po posouzení i F4 a F6, s možností provádět činnost u všech těchto diagnóz s přidruženou závislostí, tedy u duální poruchy podle MKN (Fokus Vysočina, © 2019).

Služby

Organizace Fokus v Pelhřimově poskytuje služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, obsahující komunitní tým, chráněné bydlení a tým podpory zaměstnávání. Služby jsou poskytovány ambulantně i terénně s úctou a respektem, s ohledem k právům a důstojnosti uživatelů, se zachováním důvěrnosti informací (Fokus ČR © 2019).

Od pracovníků v rámci mé praxe jsem vnímala, že jsou poskytovány na základě dobrovolného rozhodnutí klienta, a to s ohledem na jejich individuální přání a potřeby. Mimo chráněného bydlení jsou služby poskytovány zdarma na území okresu Pelhřimov a v jejich prostorách, nedílnou součástí organizace Fokus tvoří dobrovolnické centrum v Pelhřimově (Fokus Vysočina, © 2019).

Cíle Fokusu

Cíle organizace Fokus jsou vypracované ve vnitřním manuálu organizace a jsou orientované na uživatele, na službu a na společnost popsané na webových stránkách Fokusu Vysočina.

Se zaměřením na uživatele jsou kladeny cíle při rozvíjení a posilování samostatnosti, při naplňování vlastních potřeb, ve využívání veřejných míst a služeb, v iniciativě při využívání volného času, ve využívání specializovaných zdravotních služeb, při uplatňování jejich práv a nároků, při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, při kontaktu s komunitou, při řešení obtížných nebo krizových situací (Fokus Vysočina, © 2019).

Se zaměřením na službu se cíle stanovují na poskytování psychosociální služby vycházející z potřeb uživatelů, rozvíjení a naplňování standardů ve službě a následné vzdělávání svých pracovníků (Fokus Vysočina, © 2019).

Se zaměřením na společnost jsou cíle postaveny na kontaktování osob s duševním onemocněním, zajištění sociální pomoci osobám s duševním onemocněním, prevence

sociálně-patologických a jiných nežádoucích jevů (sebevraždy, bezdomovectví, agresivita, zadluženost apod.), ovlivňování postojů veřejnosti vůči osobám s duševním onemocněním, spolupráci s úřady, samosprávou, spolupráci s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb (Fokus Vysočina, © 2019).

1.3.3 Duševní porucha

„Když má člověk nemocné tělo, vidí to i druzí. Když má nemocnou duši, ví o tom jen on sám“ (Dersiová, 2011, s. 15).

Nauka o poruchách psychiky, psychických nemocech, hraničních a chorobných jevech se nazývá psychopatologie (Matoušek, 2016). Tato základní disciplína psychologie se zabývá podle Orla et al. (2016) výzkumem, diagnostikou a klasifikací. Hartl, Hartlová (2015) tuto nauku chápou jako obor zabývající se psychologickými činiteli ovlivňující průběh nemoci, následnou léčbu a psychickým životem somaticky nemocného člověka. Když se rozhlédneme kolem sebe, kolik lidí je vlastně zdravých s přihlédnutím na přísnou definici zdraví WHO (Orel et al., 2016). Duševní poruchy jsou chápány Světovou zdravotnickou organizací jako skupina onemocnění, které ovlivňuje hlavně lidské myšlení, prožívání nebo vztahy postiženého s jeho okolím (Hort, 2008).

Zvyšující se závažnost této problematiky stojí na faktech odrážejících stále se zvyšující počet osob s duševním onemocněním žádající o invalidní důchod (Anders, 2017). Invalidní důchod podle stejného autora je ročně přiznán u více než 27 000 lidí postižených duševním onemocněním již ve velmi mladém věku. Podle autorky Českové (2012) je diagnostika duševních poruch obecně stanovena podle určitého počtu symptomů přítomných v určitou dobu a tím dochází k narušení běžného fungování jedince. Ze získaných informací má jeden z pěti dospělých zkušenost s duševním onemocněním a jeden z dvaceti pěti dospělých má trvalé duševní onemocnění (Anders, 2017).

Příznaky

Příznaky duševního onemocnění ve své knize popisuje Svoboda et al. (2015) tak, že příznaky nemoci se zpětně ovlivňují a jsou vázány na další příznaky, tudíž se v nemoci nevyskytují, ani osamoceně, ani ojedinele. Dále stanovuje komplex různých příznaků, který je vždy propojen s celkovým psychopatologickým obrazem. Stejně tak je i ovlivněný jedincovou individualitou, takže i přesto, že je v podstatě stejný, vždy se

trochu liší (Kučerová, 2013). Veškeré příznaky je nutné hodnotit a vyšetřovat ve vzájemné interakci a v kontextu, bez něhož není daný příznak úplný a nelze tak provést správnou diagnostiku, ve které je nutné pohlížet i na faktor času u některých chorob jako je demence či schizofrenie (Raboch et al., 2012). Příčina duševní nemoci může být ovlivněna několika faktory, někdy jsou duševní nemoci již vrozené nebo získané či geneticky předpokládáné (MKN – 10, 2018).

Hranice v psychice člověka nejsou vždy ostré a vznikají tak hraniční oblasti (Orel et al., 2016). Je totiž obtížné například při smutku určit, zda se jedná o přirozenou reakci nebo projev poruch a jasné vymezení nelze stanovit, protože není zcela jasné, co přesně by se mělo měřit a hodnotit, například jestli počet probrečených dnů, intenzitu pláče nebo snad míru omezení fungování v běžném životě (Orel et al., 2016). Psychózy a neurózy jsou považovány za rozhraní duševních chorob, které můžeme používat i jako mezník (Hort, 2008).

1.3.4 Definice duševních poruch dle MKN

Hort (2008) rozděluje duševní poruchy do deseti skupin, které jsou popisovány jako psychotické poruchy, afektivní poruchy, neurotické a úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, návyková rizika u dětí a dospívajících, poruchy chování a emocí a také psychické poruchy se somatickými projevy, jako je například porucha spánku nebo kombinované psychiatrické poruchy. Stávající MKN používá v souvislosti s psychickými chorobami výraz psychická porucha, a tím je poukazováno na fakt, že původ onemocnění s psychickým charakterem není zatím známý (Češková, Radovan, 2013). Duševní onemocnění podle Anderse (2017) vzniká z 50 % před 14. rokem života a ze 75 % před 24. rokem života. Nejvíce se ve zdrojích i v MKN objevuje popis nejčastěji se objevujících příznaků a symptomů pro danou poruchu (ÚZIS ČR, © 2019).

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Nejdůležitější nemoc v tomto oddílu je schizofrenie, jsou zde ale i schizo – typální poruchy, poruchy s trvalými bludy, přechodné a akutní psychotické poruchy a schizo – afektivní poruchy. Schizofrenní poruchy jsou charakterizovány poruchami vnímání, myšlení a afektivitou, kdy osobnost člověka je zasažena ve svých nejpodstatnějších funkcích dávající jednici pocit jedinečnosti, individuality a jednotnosti (Mahrová et al., 2008). Porucha s bludy začíná většinou v pozdějším věku, kdy osoby jsou přesvědčeny

například, že je někdo pronásleduje, a velmi to ovlivňuje a snižuje kvalitu jejich života (Kučerová, 2013). Halucinace jsou spíše ojedinělé (Kučerová, 2013).

U schizofrenie se můžeme také setkat s překladem „rozštěp mysli“, kterou trpí asi 1 % populace (Mahrová et al., 2008). Schizofrenie spadá do psychotických onemocnění a v odborné terminologii je psychóza charakterizována halucinacemi, bludy, dezorientovaným chováním a projevem a v širším kontextu také poruchou vnímání reality (Češková, Radovan, 2013). Psychózu můžeme definovat podle Matouška (2016) jako diagnostickou kategorii se společným znakem shrnující se do skupiny vážných duševních poruch, kde sjednocuje společné znaky psychóz do skupiny, kam zařazuje poruchy emočního prožívání, poruchy myšlení, poruchy vnímání, poruchy chování, poruchy komunikace a regrese osobního vývoje do nižších stádií. Hort (2008) definuje psychózu jako duševní stav, kdy není jedinec schopen se chovat a jednat v souladu s náležitostmi dané situace a jeho vztah k realitě je porušen, mění se a chybí mu nadhled.

Schizofrenie je vyznačována typickou deformací vnímání a myšlením, kdy afekty nemoci jsou otupělé, někdy až nepřiměřené (Svoboda et al., 2015). Podle Kučerové (2013) je schizofrenie porucha propukající kolem 20. roku života, častěji u mužů. V průběhu poruchy se mohou vyvinout určité kognitivní defekty, ale obvykle je kognitivní stránka a intelektuální kapacita osoby zachována (MKN – 10, 2018). Je však nutné vnímat tuto psychotickou poruchu ve vzájemných souvislostech a v kontextu s ostatními, s přihlédnutím na osobnost postiženého jedince, který má vliv na celkový psychopatologický obraz (Kučerová, 2013). Průběh schizofrenických poruch bývá trvalý, někdy epizodický, narůstající nebo s trvalým defektem, někdy to může být jedna nebo více atak s neúplnou nebo plnou remisí (Svoboda et al., 2015). Každá další ataka vždy zhoršuje celkový průběh choroby, je tedy vhodné předcházet jim nebo hledat spouštěče (Kučerová, 2013). Podle Kučerové (2013) je nutné přihlídnout na čas, protože počátek nemoci v rámci psychopatologického obrazu je značně odlišný v pozdějších letech nemoci. MKN používá klasifikaci schizofrenie, ve které tuto poruchu dále dělí podle typu a rozdílnosti projevů na schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní schizofrenii, nediferencovanou, dále postschizofrenní depresi, reziduální schizofrenii, schizofrenii simplex, jinou schizofrenii a schizofrenie NS (MKN – 10, 2018). Příznaky pozitivního typu mohou být podle Češkové (2012) u schizofrenie například bludy a halucinace, kdy člověk v průběhu halucinací čichá, vidí, slyší či hmatá jevy bez

příslušného podnětu pro smyslový systém a bludy jsou považovány za poruchu myšlení. Negativní příznaky podle stejné autorky jsou úzce spojeny s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou představující ochuzení psychiky, nejvýrazněji v volní složce a emotivitě, zahrnující ztrátu motivace, apatii, ztrátu prožitku radosti, sociální zatížení, ochuzení myšlení a řeči. Kognitivní dysfunkce v negativních příznacích spočívá v narušení poznávacích schopností, především narušení paměti, pozornosti a schopnosti iniciovat, řešit a plánovat úkoly neboli exekutivní funkce (Mahrová et al., 2008).

F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Poruchy tohoto typu patří mezi potenciálně závažné a časté, zpravidla obsahující kompletně všechny oblasti lidského bytí, projevující se jak v prožívání, tak i v chování (Orel et al., 2016). Základní vlastnostmi těchto poruch je afektivita nálady směrem k depresi nebo euforii s obvykle doprovázející změnou celkové aktivity nemocného jedince (MKN – 10, 2018). Ovlivňují motoriku, pozornost, racionalitu, výkonost, vztahovost a další tělesné i fyzické funkce (Orel et al., 2016). U těchto poruch je obvyklá tendence k recidivám a nástup individuální fáze poruchy je velmi často vyvolán právě stresovou situací nebo událostí (Kučerová, 2013). Poruchy nálad se vymykají běžnému a přirozenému kolísání nálad (Češková, Radovan, 2013). Při správném rozpoznání a zahájení adekvátní a včasné léčby může dojít v určitých případech až k záchraně života (Mahrová et al., 2008).

Euforická nálada je typická pro manickou fázi trvající nejen několik hodin, ale i několik dní, týdnů i měsíců s projevy smíchu, pocitu štěstí a žertování, kdy psychiatři tuto povznesenou náladu chápou jako duševní nemoc – manickou poruchu (MKN – 10, 2018). Osoby v takovém stavu mohou slyšet i hlasy říkající, jak moc jsou úžasní, mnohou být přesvědčení, že jsou výjimeční (Orel et al., 2016). Jako častý příklad této poruchy může být přesvědčení osoby s touto poruchou, že je například Ježíš Kristus, nebo jiná důležitá osoba (Plog, Dörner, 2019).

Termín depresivní porucha zahrnuje spektrum nemocí počínající od lehké přes střední až k těžké formě (Kučerová, 2013). Mezi základní somatické symptomy patří ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, depresivní nálada s výkyvy během dne, velká zácpa, časně ranní buzení, ztráta zájmu o sex, ztráta koncentrace a ztráta radovat se (Cohen, 1999). Nemocná osoba má sníženou náladu, energii i aktivitu (Raboch et al., 2012).

Mánie a deprese se nemusí vyskytovat samostatně, mohou se v průběhu života objevovat obě fáze střídající se v různém vzájemném poměru a různou měrou, tedy se jedná o bipolární průběh (Peč, 2019). Deprese začínají většinou pozvolna, naopak mánie může nastoupit bez předcházejících se projevů náhle a prudce (Orel et al., 2012).

F40 – F49 Neurotické, somatoformní poruchy, poruchy vyvolané stresem a poruchy

Podle MKN – 10 (2018) jsou poruchy neurotického typu funkčními poruchami adaptace vůči sobě samému a prostředí. Neurózu lze chápat tak, že jedinec vnímá a je si vědom veškerých změn, je však schopný do určité míry změny zpochybnit a bagatelizovat (Matoušek, 2016). Jedinec v neuróze trpí nerovnováhou a nestabilitou duševního zdraví týkající se emoční tísně, nestabilitou nebo stavy úzkosti (Svoboda et al. 2015). Maladaptace souvisí s opakujícím se výskytem stresujících životních událostí a v procesu překonávání se může objevit konflikt navozující úzkost (Kučerová, 2013). Vývoj těchto poruch je úzce spojený také s temperamentem, charakterem a genetickým základem jednotlivce (Mahrová et al., 2008).

Tento oddíl je podle MKN – 10 (2018) dělen na fobické úzkostné poruchy obsahující agorafobie, sociální fobii, specifické (izolované) fobie, dále na jiné anxiózní poruchy jako je panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostná porucha. Další důležitou součástí je podle stejné klasifikace obsedantně – nutková porucha, taktéž reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení a jiné. Obsese nese význam neodbytné opakující se a nechtěné myšlenky, představy nebo impulzu vtírající se opětovně ve stereotypní formě do mysli člověka (Cohen, 1999). Spouštěcí podněty jsou různé podle jedince, například při uzamčení bytu, pohled na nějakou věc (Orel et al., 2016). Obsese většinou vyvolává nepříjemný stav, úzkost, napětí, tíseň nebo jiné nepříjemné stavy (Mahrová et al., 2008). Nutkové myšlení, chování nebo činnost, kterou musí člověk udělat i přesto, že ji vnímá jako nesmyslnou nebo nelogickou, se nazývá kompulze (Lütz, 2017). Při provedení daného úkonu dochází k dočasnému pocitu uvolnění, při nesplnění a bránění se myšlenek dochází k neúspěchu, jelikož představy i myšlenky nejsou možné ovládat vůlí (MKN – 2018). Tyto úzkosti se stávají nesnesitelnými, znemožňují člověku normálně fungovat a téměř vždy tlaku kompulze takový člověk podlehne. U osob trpících obsedantně kompulzivní poruchou se jedná

například o nutkavou potřebu očištného rituálu, nutkavou potřebu kontroly, pořádku, či neodbytné myšlenky nepřijatelné povahy (Probstová, Peč, 2014).

Osoby s diagnózou obsahující tento typ poruchy mohou být klienty Fokusu až po posouzení vedoucích pracovníků, stejně jako další skupina duševních poruch a poruch chování (Fokus Vysočina, © 2019).

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

V této části je obsažena široká škála rozmanitých vzorců chování a stavů s přetrvávající tendencí v klinickém významu, objevující se spíše jako vyjádření charakteristického životního stylu člověka a způsobu jeho vztahu k druhým i k sobě (Raboch et al., 2012). U dospělých osob se obecně rozumí poruchami osobnosti a chování negativní odchylky chování jedince od sociální normy, tedy odchylky od očekávání lidí a od běžného hodnocení, například v oblasti impulzivity, chování k druhým lidem a v oblasti emocí (Kučerová, 2013). I přesto, že jsou pro nositele těchto vzorců chování a pohledu na sebe, druhé a svět přijatelné, vedou ke konfliktům s okolím (Probstová, Peč, 2014). Projevy těchto poruch se objevují zpravidla až ve věku pozdního dětství či adolescence a prakticky přetrvávají celý život (Svoboda et al., 2015). Při výkyvech vyvolaných nepříznivými vnitřními nebo vnějšími faktory označující se jako období kompenzace či dekompenzace stavu, může docházet k frustraci, ve které jedinec snadno podléhá závislostem na návykových látkách a depresi (Lütz, 2017).

Poruchy osobnosti se dělí na schizoidní poruchu, paranoidní, schizotypní, histriónskou, antisociální (disociální), hraniční, narcistickou, vyhubou (anxiózní) a závislou poruchu osobnosti (MKN – 10, 2018). V poslední řadě je zde zahrnuta i obsedantně – kompulzivní osobnost, se kterou se můžeme běžně setkat (Mahrová et al., 2008).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zmapovat složky koordinované rehabilitace, které se využívají u jedinců s duševním onemocněním v organizaci Fokus v Pelhřimově.

2.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

S ohledem na cíl diplomové práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka: „Jaké složky koordinované rehabilitace jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?“

Dílčí výzkumné otázky

DVO 1: Jak funguje multidisciplinární tým v organizaci Fokus v Pelhřimově?

DVO 2: Jaké léčebné prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

DVO 3: Jaké pracovní prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

DVO 4: Jaké pedagogické a spirituální prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

DVO 5: Jaké sociální prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

3 METODIKA

Tato část diplomové práce je věnována metodice výzkumu a je rozdělena do dvou částí. První část se týká multidisciplinárního týmu u klientů s duševním onemocněním v rámci organizace a jeho hodnocení. Zajímalo mě základní sestavení multidisciplinárního týmu v organizaci, spolupracující subjekty, hodnocení a názory zaměstnanců ve Středisku v Pelhřimově. Druhá část je věnována jednotlivým složkám koordinované rehabilitace na základě názorů a odpovědí osob tvořící výzkumný soubor v rámci poskytovaných komunitních služeb Fokusu v Pelhřimově.

3.1 Operacionalizace pojmů

Koordinovaná rehabilitace – dříve ucelená, komplexní a v současné době koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces s cílem minimalizovat důsledky postiženého jedince, s výsledkem znovuzачlenění a návratu člověka do jeho přirozeného prostředí, se snahou setrvat v domácím prostředí a předcházet sociálnímu vyloučení (Pfeiffer et al., 2014).

Složky koordinované rehabilitace – do systému koordinované rehabilitace je zahrnována léčebná, pracovní, sociální a pedagogická rehabilitace používající nástroje podle jednotlivého zaměření, s tím, že se jednotlivé okruhy vzájemně překrývají a na sebe navazují postupy se stejným cílem znovu začlenit jednotlivce do společnosti i do pracovního života (Vojtko, 2010).

Psychiatrická rehabilitace – zahrnuje všechny základní složky koordinované rehabilitace (Peč, 2019).

Fokus ČR – se snaží podporovat lidi s duševním onemocněním na cestě k zotavení vycházejíc z celostního pohledu na člověka a jeho potřeby (Fokus Vysočina, © 2019). Pomocí uceleného systému komunitních služeb pracující se zdroji v dané komunitě a se znalostí místního prostředí, se stává podstatou činností všech Fokusů na území ČR k naplňování potřeb lidí se zkušeností s duševním onemocněním (Fokus ČR, © 2019). Na základě individuálního přístupu jsou služby poskytované s vírou v zotavení neboli recovery, a to se stává základním krédem celé sítě podpory, se snahou snižovat nutnost dlouhodobé izolace v nemocničních zařízeních (Hollander, Wilken, 2016). Hlavním cílem je podpora fungování v přirozeném životním prostředí (Fokus ČR, © 2019).

Metodika CARE – její podstata spočívá v myšlence recovery neboli zotavení. Tato myšlenka vychází z metodiky CARE, která se zaměřuje na kvalitu života lidí zranitelných v oblasti duševního zdraví, a také v kontextu sociálním (Hollander, Wilken, 2016). Pro pracovníky v pomáhajících profesích tato metoda představuje nástroj využitelný k podpoře klientů na jejich cestě a k dosažení takové míry kvality života, jaký si člověk osobně přeje (Hollander, Wilken, 2016). Podle těchto autorů se rozlišuje proces zotavování na sociální a osobní, a mezi základní teoretické rámce zařazují zotavování, zplnomocňování a zaměření se na přítomnost.

Multidisciplinární tým – členové týmu při péči o osobu s duševním onemocněním spolu spolupracují nad případem konkrétního klienta, přičemž celý proces vede jeden specialista ve svém oboru, nejčastěji to bývají lékaři, v psychiatrii psychiatri, plánující na základě získaných a předaných informací další způsob života klienta (Anders, 2017). Ve Fokusu je poskytována služba komunitní tým a komunitní práce, kdy podle Peče (2019) se jedná o multidisciplinární týmy.

Klient – cílovou skupinou organizace Fokus v Pelhřimově jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním s přiřazeným kódem podle MKN F2, F3, po posouzení i F4, F6 a případně s duální poruchou s věkovou hranicí od 18 let jednotlivce do neomezeného věku (Fokus Vysočina, © 2019).

3.2 Strategie výzkumu

Empirická část diplomové práce byla zaměřená na cíl zmapování složek koordinované rehabilitace v organizaci Fokus v Pelhřimově, pro který byla použita strategie kvalitativního přístupu.

V této části je zkoumán multidisciplinární tým a jednotlivé složky koordinované rehabilitace ve výše zmíněné organizace. Hendl (2016) definuje výzkum jako proces, ve kterém se vytvářejí nové poznatky na základě pečlivě naplánované a systematické činnosti se snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky. Dále autor definuje kvalitativní výzkum jako proces s rozsáhlým označením různých přístupů založených na porozumění rozdílných metodologických tradicích zkoumání určitého lidského a sociálního problému. Smyslem kvalitativního výzkumu dle Miovského (2006) je dané problematice co možná nejlépe porozumět. Výzkumník si dle Hendla (2016) musí v první řadě zvolit téma výzkumu, stanovit si základní otázky, které lze v průběhu

modifikovat a měnit. Během výzkumu vznikají nové otázky, nové hypotézy, ale i nová rozhodnutí při zvolení nového směru v pokračujícím výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2014). Cílem kvalitativního výzkumu je identifikace případných stránek problému a tvorba nových teorií (Miovský, 2006). Hendl (2016) považuje za hlavní úkol kvalitativního výzkumu objasnění jevu, pochopení interakcí v každodenních aktivitách, vnímání organizace činností, porozumění procesu v daném prostředí a situacích. V průběhu výzkumu podle stejného autora je získáno většinou mnoho informací o malém souboru (Švaříček, Šed'ová, 2014). Kvalitativní šetření, s porovnáním s kvantitativním, je realizováno s nutnou časovou rezervou, protože vyhledávání informací, sběr dat a následná analýza informací má dlouhý časový interval, kvalitativní výzkum je tedy výrazně časově náročný (Hendl, 2016). Tato strategie výzkumu používá své specifické techniky a metody sběru dat jako je například pozorování, případová studie, audiozáznamy, práce a analýza dokumentů a textů (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Členové týmu při péči o osobu s duševním onemocněním spolu spolupracují nad případem konkrétního klienta, ale celý proces vede jeden specialista ve svém oboru, nejčastěji to bývají lékaři, v psychiatrii psychiatři, plánující na základě získaných a předaných informací další způsob života (Dörner, Plog, 2019).

3.3 Popis výzkumného nástroje

Jako výzkumný nástroj v této diplomové práci byla použita pro výběr výzkumného vzorku metoda sněhová koule, ve kterém mají všechny jednotky či skupiny jednotek stejnou šanci být zařazeny do výběrového vzorku. Hartnoll et al. (2003, s 15.) uvádí obecnou definici metody „snowball“: *„Metoda sněhové koule je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria (např. věk 18 až 45 let). Je s nimi provedeno interview, při němž jsou požádáni, aby „nominovali“ další osoby, které znají a které rovněž splňují příslušná kritéria, a zprostředkovali s těmito osobami kontakt. S těmito „kandidáty“ je následně provedeno interview a celý proces se opakuje. Výběrový soubor se tak rozrůstá prostřednictvím napojení se na sociální kontakty.“*

Diplomová práce byla postavena na základě zakotvené metody. Ta je podle Hendla (2016) návrhem hledání specificky podložené teorie. V pedagogice se týkají takové teorie vybraných aspektů vyučování nebo učení ve školním prostředí (Hendl, 2016).

Někdy může být považována taková teorie za typologii (Miovský, 2006). Za teorii je považována až tehdy, pokud její kategorie a komponenty jsou přesvědčivě zaznamenávány, vysvětleny, odůvodněny a vzájemně propojeny (Švaříček, Šed'ová, 2014). Hendl (2016) považuje za cíl metody vytvořit novou teorii.

V rámci zvolené techniky polostrukturovaného rozhovoru byl jednotlivce požádán k nominaci další osoby, tím byly získávány nové kontakty, které výzkumný soubor dále rozšiřovaly.

Technika polostrukturovaného rozhovoru, na který nominovaní komunikační partneři odpovídali na základě svých zkušeností, znalostí a možností, se pracuje s předem připravenou strukturou (Hartnoll et al., 2003). Základní otevřené otázky a předem připravené okruhy témat, s očekáváním otevřených odpovědí, mohou být doplněny zkoumavými otázkami, které mají za úkol rozvést odpovědi na základní otázky. I přesto, že je tato technika flexibilní a volnější, v rozhovoru přetrvává organizovanost a systematickost, díky kterým je možno obsah snadněji srovnávat. Připravené otázky nemusí být striktně klady podle jejich pořadí. Uzavřené otázky jsou používány pouze pro ujasnění a ověření si odpovědí. Podle Švaříčka a Šed'ové (2014) je polostrukturovaný rozhovor označován také jako hloubkový rozhovor, ve kterém se nestandardizovaným dotazováním badatele pomocí otevřených otázek vyzptává jednoho účastníka. Dotazování mohou díky otevřenosti rozhovoru uplatnit a vyzdvihnout jejich vlastní pohled, zkušenosti nebo perspektivu (Hendl, 2016).

V této diplomové práci byl předem vypracovaný scénář rozhovoru (Příloha 1). Ten obsahuje základní výzkumné otázky vztahující se k dílčím výzkumným otázkám odvozených od hlavního cíle této práce. Pro získání kvalitních informací od komunikačních partnerů byly otázky formulovány tak, aby byly srozumitelné. Pokud bylo potřeba, v průběhu rozhovoru byly kladeny zjišťující otázky. Umožňovaly tak při neporozumění a upřesnění získat podrobnější data. Otázky byly směřovány na multidisciplinární tým v dané organizaci a na jednotlivé složky koordinované rehabilitace. Při neporozumění pojmu koordinovaná rehabilitace byla základní definice pro pochopení obsahu diplomové práce vysvětlena. Využití jednotlivých složek bylo mapováno otázkami na náplň práce jednotlivých pracovníků a vysvětlení základních činností práce s klienty v rámci organizace. Připravený scénář byl použit při rozhovoru s komunikačními partnery zaměstnanými v organizaci Fokus v Pelhřimově. Pro získání

větší kvality a odbourání prvků obav, trémy a nedorozumění z obou stran, předcházela rozhovoru neformální část pro lepší navázání kontaktu a navození příjemné atmosféry.

3.4 Popis výzkumného souboru

Při hledání vhodných komunikačních partnerů jsem oslovila organizaci Fokus v Pelhřimově. Pro záměrný výběr byla použita metoda sněhové koule, kdy dotazující partneři nominovali dalšího pracovníka. Výzkumný soubor tvoří komunikační partneři, kteří se aktivně podílejí na péči o klienta v rámci poskytovaných služeb ve vybrané organizaci. Sběr dat pomocí rozhovoru byl tedy prováděn se zaměstnanci organizace Fokus v Pelhřimově, kteří byli ochotni se rozhovoru zúčastnit.

Výzkumný vzorek tvoří 7 zaměstnanců organizace Fokus v Pelhřimově v rámci poskytované služby komunitního týmu, což bylo považováno za hlavní kritérium pro zařazení do výzkumu. Dalšími kritérii byl počet let působících ve Fokusu v PE a nejnižší dosažené vzdělání. Posledním orientačním bodem bylo zjišťováno hierarchické postavení zaměstnance v organizaci.

3.5 Způsob analýzy dat

Rozhovor se skládá z otázek zaměřujících se na zmapování složek koordinované rehabilitace v organizaci využívaných v komunitním týmu, k přínosům poskytované péče u lidí s duševním onemocněním. Jednotlivé otázky byly pokládány tak, aby navazovaly na hlavní cíl. Formulované byly s ohledem na vyjádření partnerů, kteří tak měli možnost vyjádřit vlastní zkušenosti a sdílet tak pozorovatelné přínosy z praxe. Do mapování přínosu jsem se v kladených otázkách zaměřila také na nevýhody nebo specifické znaky poskytované péče. Jako důležitý základ pro práci jsem se zaměřila i na strukturu multidisciplinárního týmu, další spolupracující subjekty a jejich výhody a nevýhody.

Rozhovor trval v rozmezí od 40 minut až do 60 minut. Na předem připravené otázky byly odpovědi zaznamenávány na diktafon. Pro lepší porozumění byly poté přesunuty do notebooku. Získaná data byla přepsána do písemné formy v programu Microsoft Word. Výsledky byly analyzovány a vyhodnocovány metodou otevřeného kódování a následnou kategorizací v programu Atlas.ti. Na základě podobnosti podle Miovského (2006) byly tvořeny kategorie s ohledem na rozdělení podle dílčích výzkumných

otázek. Pro lepší znázornění jsem program Atlas.ti využívala pro vypracování myšlenkových map.

Původní místo, kde sídlilo středisko Fokusu v Pelhřimově, se od nového roku rekonstruuje. Momentálně sídlí v jiné budově a jejich celkové možnosti práce jsou do určité míry omezeny. Rozhovory jsem prováděla na přechodném pracovišti v kancelářích, kde jsem byla pouze s komunikačním partnerem. Jelikož časově se shodnout bylo náročnější, snažila jsem se všem komunikačním partnerům vyjít vstříc a co nejvíce průběh rozhovoru jim ulehčit. V některých případech jsem byla u komunikačního partnera doma, někdy jsem zajela za ním do města a rozhovor jsme uskutečnili v přírodě, kde jsme nebyli rušeni, s jedním komunikačním partnerem jsme navštívili kavárnu. Kvalita nahrávky rozhovoru v kavárně byla zhoršená, ale rozhovor byl i tak úspěšný díky kvalitním informacím.

3.6 Předvýzkum

Orientační výzkum a předvýzkum představují podle Miovského (2006) situaci, kdy výzkumník ve fázi příprav ideového plánu výzkumu se setkává v základní rovině s nedostatkem dat. Podle stejného autora je cílem předvýzkumu otestovat jednoznačnost a srozumitelnost stanovených otázek a testování nástrojů, které by měly být ve výzkumu aplikovány. Předvýzkum je uskutečňován na malém vzorku dané populace.

Pro tuto práci byl předvýzkum prováděn přímo v dané organizaci, na kterou je diplomová práce zaměřena. V rámci svého navazujícího magisterského studia na Jihočeské univerzitě jsem musela splnit dva semestry 4 – týdenní praxe, dohromady tedy 8 týdnů praxe. Obě praxe jsem absolvovala v organizaci Fokus v Pelhřimově s doplňkovým výkonem praxe na ředitelství Fokusu Vysočina v Havlíčkově Brodě. Ve výkonu této činnosti jsem se mohla setkat s celým rozsahem prováděných činností. S každým pracovníkem jsem byla účastna při výkonu jeho práce ve Fokusu při péči o duševně nemocné osoby. Nejen, že jsem mohla navštívit například psychiatrické nemocnice, ale mohla jsem pochopit jejich filosofii, seznámit se s výkonem práce jednotlivých pracovníků a poznat více náplň práce podle jejich postavení a hierarchické pozice ve Fokusu v Pelhřimově. Jako výstup z praxe jsem vypracovávala dvě kazuistiky (Příloha 2, Příloha 3) s dvěma nominovanými klienty Fokusu v Pelhřimově. V některých případech jsem měla možnost celou schůzku vést samostatně. Kazuistiku

jsem vypracovávala ze získaných informací z rozhovoru s klientem, z dokumentace a z pravidelných schůzek pracovníka a klienta, kterých jsem se účastnila.

Jako velkou výhodou předvýzkumu jsem vnímala navázání vztahu se zaměstnanci této organizace, poznání jejich práce a poslání a seznámení se s chodem organizace i s klienty. Po provedení předvýzkumu byly otázky v rozhovoru pozměněny. Celkový rozhovor se mi prováděl snadněji, jelikož jsem již znala jednotlivé zaměstnance a jejich náplň práce.

3.7 Časový harmonogram výzkumu

Časový harmonogram pro vypracování diplomové práce byl rozdělen do několika fází. V první fázi jsem se věnovala poznávání organizace při praxi a vytváření seznamu možné literatury k dané problematice. Ve druhé fázi jsem získávala informace o sociální práci s duševně nemocnými a o koordinované rehabilitaci z literatury a v organizacích, kde je využívána. Například jsem navštívila organizaci Arpida, která koordinovanou rehabilitaci aktivně provádí. Výsledkem druhé fáze bylo vypracování rešerše, získání informací z odborné literatury a různých zdrojů. Ve třetí fázi jsem vypracovala teoretickou část diplomové práce a připravila si konečnou variantu polostrukturovaného rozhovoru. Metodický postup, strategie výzkumu, technika sběru dat, to vše bylo výsledkem této fáze zaměřující se na empirickou část. Ve čtvrté fázi byl prováděn vlastní výzkum a analýza získaných informací. V poslední páté fázi byla získaná data zpracována do výsledků, byla vypracovaná diskuze a závěr práce.

3.8 Etické aspekty výzkumu

Podle Miovského (2006) je jeden z důležitých aspektů důvěryhodnost výzkumníka. Na vykonávané praxi se mi podařilo navázat vztah s pracovníky i s určitými klienty s prvky důvěry a respektu, což podle Miovského (2006) odráží kvalitu kontaktu výzkumníka s účastníky. Hendl (2016) považuje za nejdůležitější zachování anonymity a soukromí účastníků výzkumu. Výzkum se zaměstnanci v multidisciplinárním týmu byl prováděn v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Celý výzkumný vzorek byl seznámen s názvem a cílem diplomové práce. Všichni komunikační partneři písemně do formuláře nebo ústně na diktafon, v případě nemožnosti podepsání formuláře, souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon

a následné přepsání a zpracování rozhovoru do diplomové práce. Vypracovány byly dva formuláře, kdy první byl určen pro vedoucího střediska (Příloha 4), kde je vyjádřen souhlas o provádění výzkumu v zařízení a druhý informovaný souhlas (Příloha 5) byl určen pro partnery, kde souhlasí s nahráváním rozhovoru a dalším zpracováním. Komunikační partneři mohli na základě dobrovolné účasti z výzkumného vzorku odstoupit. Jejich jména nebudou v rámci zachování anonymity zveřejňovány. Komunikační partneři souhlasili s tím, že po zpracování budou audiozáznamy smazány a nebudou archivovány.

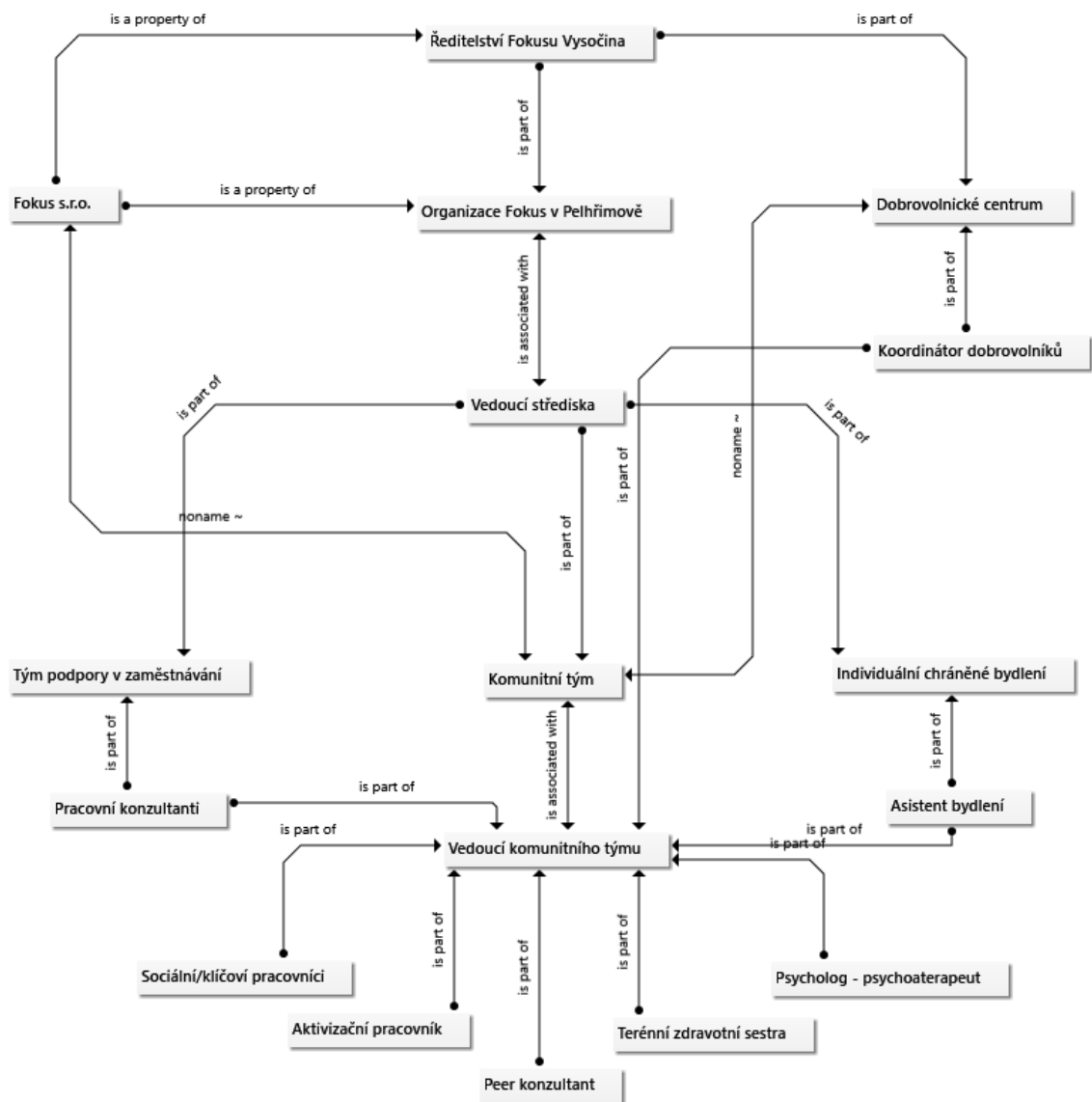
4 VÝSLEDKY

V této části diplomové práce budou uvedena získaná data formou kvalitativního výzkumu pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Pro lepší přehlednost získaných informací budou tvořena schémata pomocí programu Atlas.ti. Jednotliví účastníci výzkumu budou v této kapitole pojmenováni jako komunikační partneři (dále jen KP1 – KP7). Jednotlivé otázky jsou rozděleny do 5 okruhů, ke kterým jsou vyjádřeny jednotlivé odpovědi účastníků. První okruh se zabývá multidisciplinárním týmem a jeho fungováním. Další 4 okruhy byly nazvány podle jednotlivých složek koordinované rehabilitace.

Při zpracování rozhovoru v programu Atlas.ti., bylo vytvořeno 223 kódů pomocí otevřeného kódování. Z toho byly následně vytvořeny kategorie, které spadají pod jednotlivé dílčí výzkumné otázky popsané dále formou prostého textu. Vytvořeno bylo deset kategorií a ke každé kategorii byl zpracován obrázek zobrazující získané data. Jednotlivé obrázky a kategorie byly rozděleny do pěti dílčích výzkumných otázek.

4.1 Multidisciplinární tým a další subjekty

V organizaci Fokus v Pelhřimově je základní hierarchická pyramida jednotlivých zaměstnanců podle jejich postavení v organizaci. Obrázek 2: Organizační struktura Fokusu byla zpracována ze získaných informací v předvýzkumu a z rozhovorů.



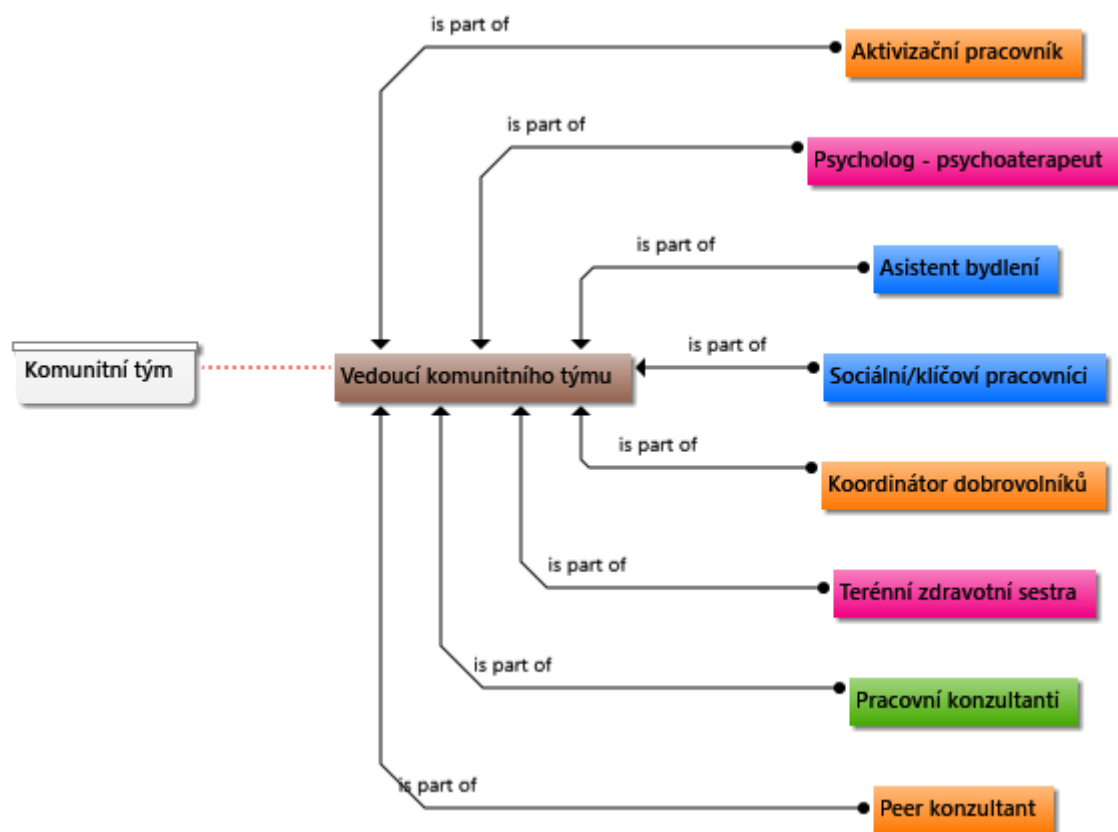
Obrázek 2: Organizační struktura Fokusu

Zdroj: Vlastní

Při zaměření pouze na organizaci Fokus je na vrcholu hierarchické pyramidy ředitelství, pod které spadá středisko Fokusu v Pelhřimově. Jako hlavní poskytované služby jsou komunitní tým *s vlastnostmi multidisciplinárního týmu* (KP1), dále také tým podpory zaměstnávání (TPZ) a chráněné bydlení. Vedle střediska Fokusu v PE se nejvíce spolupracuje s Fokusem s.r.o. neboli chráněné zaměstnávání, které se stalo již samostatnou jednotkou, pouze byl prozatím ponechán název. Neopomenutelnou částí je i dobrovolnické centrum, které není pod vedením Střediska v PE, ale na starosti ho má hlavní koordinátor dobrovolnictví sídlící v Havlíčkově Brodě. Středisko v PE spadá pod ředitelství v Havlíčkově Brodě a je jím tudíž dále financováno a je mu odpovědné.

Multidisciplinární tým

Komunitní tým je jednou ze základních a nejvíce využívaných služeb v tomto zařízení (KP1). Na obrázku 2 jsem vyobrazila, kdo je plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu v organizaci Fokus v Pelhřimově.



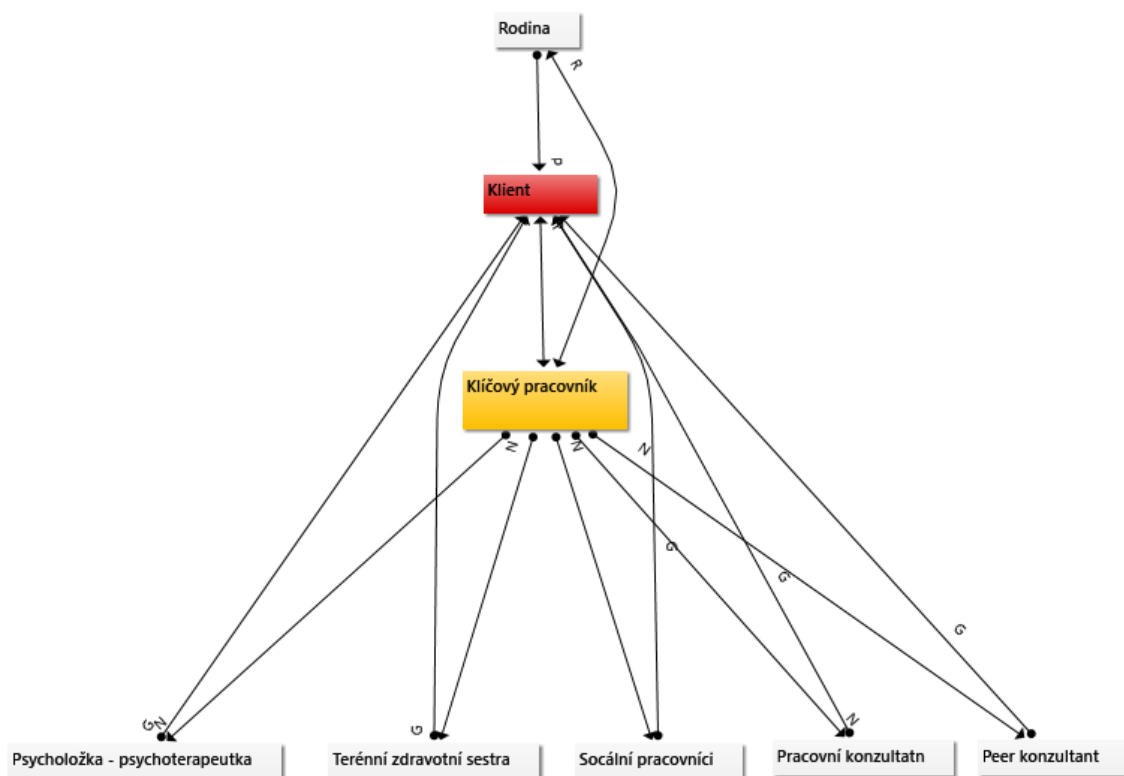
Obrázek 3: Členové multidisciplinárního týmu tvořící kruhovou podporu v rámci Fokusu v PE

Zdroj: Vlastní

Každý sociální pracovník v MDT zaujímá roli klíčového pracovníka (KP3). Vedoucí střediska, vedoucí komunitního týmu, aktivizační pracovník i asistent chráněného bydlení vykonávají do určité míry také roli klíčového pracovníka podle stanovených pracovních úvazků a jasně určenou náplní práce ve smlouvě. Dva pracovní konzultanti spadající pod TPZ, jsou pouze na žádost klíčového pracovníka zařazení do spolupráce s klientem, stejně tak i koordinátor dobrovolníků, zdravotní sestra a psycholožka (KP6). Barvy na obrázku 2 byly zvoleny náhodně a označují jednotlivé zařazení do složek koordinované rehabilitace, kdy růžová spadá pod léčebnou složku rehabilitace, zelená označuje pracovní složku rehabilitace, oranžová pedagogicko – spirituální složku

a v poslední řadě modrá vyznačuje složku sociální. Hnědou barvu jsem zvolila pro komunitní tým pro zpřehlednění na dalších obrázcích. Jako první asociace na MDT napadla pracovníky slova jako smysluplnost, předávání naděje, geniální, práce zaměřené na přítomnost, na tady a teď a skvělý, úžasný a funkční tým.

Kruhová podpora je tvořena těmito členy, dále jsem ji vyobrazila v obrázku 3: Kruhová podpora v organizaci Fokus v PE. Ve vztahu s klientem je vyobrazená blízkost vztahů jednotlivých pracovníků, rodiny a klíčového pracovníka.



Obrázek 4: Kruhová podpora v organizaci Fokus v PE

Zdroj: Vlastní

Klíčový pracovník v kruhové podpoře hraje nejdůležitější roli, je vlastně tím koordinátorem (KP5). Na tomto tvrzení se shodli všichni komunikační partneři. Pracovníci v této roli koordinují veškerou spolupráci v rámci týmu i s dalšími spolupracujícími subjekty. Máme ke klientovi nejbližší (KP5), protože klíčový pracovník má na starosti přiděleného klienta a snaží se zmapovat celý jeho okruh subjektů a prvků působící na klienta a dál s nimi společně s klientem pracovat. V pozici klíčového pracovníka fungují jako parták a náš vztah je sice profesionální, ale s prvky neformálního partnerství (KP6). Snahou pracovníků v kruhové podpoře je vedení

klienta do plnohodnotného života (KP4) a co nejvyšší samostatnosti (KP1). Komunikační partneři se také shodli, že u těchto klientů v této organizaci je za základní kámen spolupráce považováno vybudování kvalitního vztahu mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Klient má podle vnitřních pravidel právo při nenavození očekávaného vztahu nebo z nějakého jiného důvodu požádat o ukončení spolupráce s daným pracovníkem. Poté je mu ale umožněna spolupráce s jiným klíčovým pracovníkem, který si ho v MDT převezme do své péče. Sociální pracovník v pozici klíčového pracovníka má na starosti určitý počet klientů ve své péči. Celková kapacita zařízení je 70 klientů na smlouvě, další cca dvacet jich na smlouvě není. Je však ale důležité, zda pracovník má plný úvazek jako sociální pracovník, tedy klíčový pracovník, nebo jestli má pouze poloviční úvazek a druhá půlka úvazku je zaměřená například na individuální chráněné bydlení, které má na starosti. Pracovník na plný úvazek má cca 25 klientů a pracovník na poloviční úvazek asi 16 klientů. Opět je to individuální, roli hraje náplň práce.

Rodina

Výše je znázorněna i rodina, která zaujímá důležitou roli nejen ve spolupráci s klientem, ale i v celkovém životě klienta. *Práce s rodinou je hodně individuální (KP5). Moc se nám ale nedaří s rodinou spolupracovat. Rodina buď je na začátku zapálená a zájem postupně opadá, jsou přítomny velmi ochránářské a pečovatelské matky, které rozvoj klienta velmi ztěžují (KP3). Někdy se nám ani nepodaří s rodinou navázat kontakt (KP6). Pokud začnou členové týmu spolupracovat s rodinou, je nutné, aby předávání informací proběhlo pouze se souhlasem klienta, v nejlepším případě na přání klienta. I když si to klient přeje, ne vždy se nám navázání kontaktu podaří (KP1). Z analýzy výsledků vyplynula představa pracovníků, jak by měla ideálně probíhat komunikace s rodinou. Snažíme se vždy komunikovat s rodinou za přítomnosti klienta (KP3). Určitě je lepší, když s rodinou komunikujeme, protože jsou to lidé, kteří se s tím klientem znají a setkávají se velmi často. Mají na klienta tedy určitě nějaký vliv (KP5). Když se domluví na společné schůzce s klientem i s rodinou, na které dojdou k nějakému řešení a činností, se kterými klient souhlasil, může rodina nějakým způsobem na klienta dohlížet (KP1), vzájemně se mohou na sebe odkazovat a konzultovat to spolu. My tvoříme jakousi nástavbu (KP6). Například: Pokud si rodina není s něčím jistá, například, že klientovo chování může být projevem jeho nemoci, může se na nás obrátit a společně máme možnost to posoudit, a tak včas podchytit jeho zdravotní stav*

*a předejít tím případné hospitalizaci (KP5). Jelikož mi všichni komunikační partneři uvedli, že s rodinou je práce nedostačující, bylo zajímavé, že někteří komunikační partneři se shodli na tom, že se jedná spíše o rodiče *staršího nebo středního věku. Mladší rodiče mají větší zájem (KP6, KP4) se na klientově životě podílet a poradit se o tom s odborníky v rámci Fokusu.**

Subjekty podílející se na klientově životě

Jako dva základní body vnímám z odpovědí komunikačních partnerů organizaci Fokus a rodinu. Pro nemocné, ať už duševně nebo fyzicky, je základem všeho rodina. *Ta by ho měla podpořit a měla by se zajímat, měla by si o tom onemocnění něco zjistit a vědět (KP3). Na základě toho by pak rodina měla fungovat. Myslím si, že spouště našim klientům chybí podpora rodiny směřující k rozvoji klienta (KP4).* Na dalším obrázku 5 je vyobrazena mapa dalších subjektů podílejících se na klientově životě. Tento obrázek jsem pojmenovala z výstupu základní kruhové podpory jako: Kruhová podpora tvořena spolupracujícími subjekty. Na klientově světě se aktivně podílejí takové subjekty, které jsou v danou chvíli potřeba a kdo má zájem se podílet.



Obrázek 5: Kruhová podpora tvořena spolupracujícími subjekty

Zdroj: Vlastní

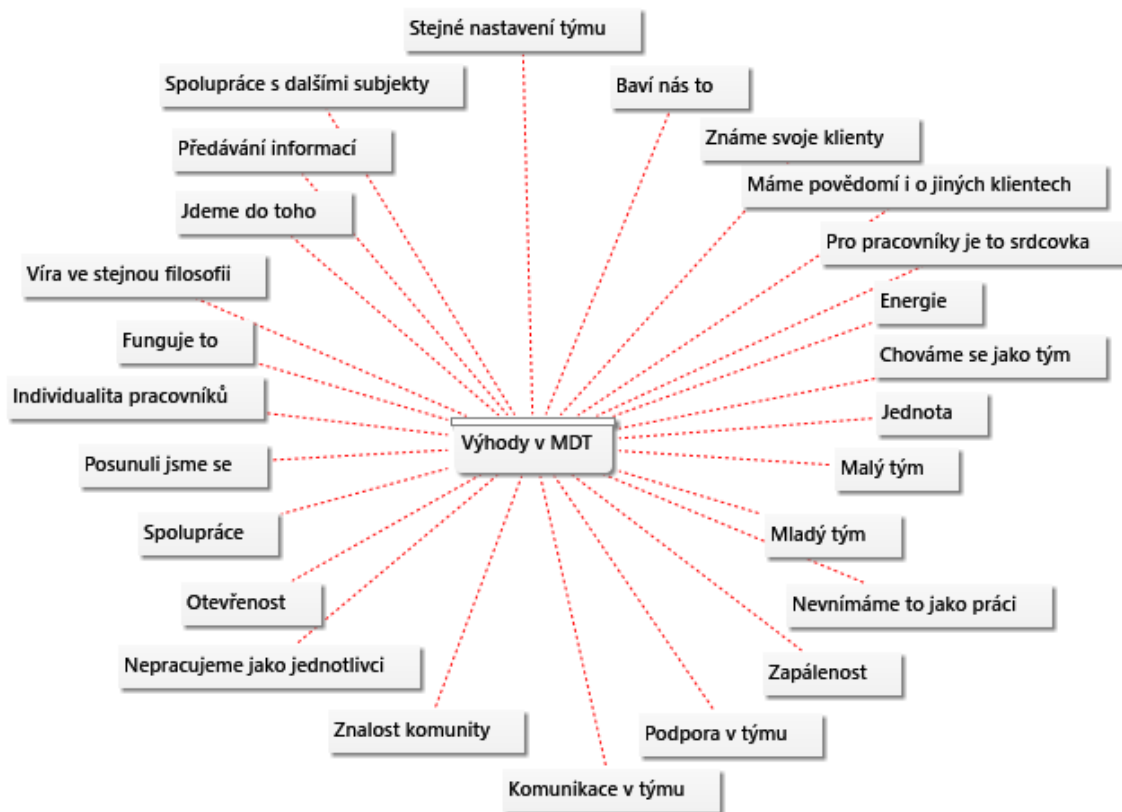
Nemůžeme zachytit všechnu sociální práci světa. Nejsme odborníky na vše. Nesuplujeme jednotlivé organizace, ale naše snaha spočívá v tom, že na dané subjekty odkazujeme. Protože oni jsou těmi odborníky na danou problematiku (KP1). Hlavní téma klientů často bývají finance a zadlužení. Přijdou k nám a jsou úplně ztraceni, neví, kudy kam (KP3). Velmi úzce spolupracují s Oblastní Charitou, která má zapsanou službu Občanské poradny, kde jsou odborníci na dluhovou problematiku či oddlužení. Snaha pracovníků dodržovat pracovní dobu je podpořena spoluprací s organizací Hodina H, kde se zaměřují na širokou škálu věkových kategorií a volnočasové aktivity a vyplní tak volný čas klientů mimo pracovní dobu zaměstnanců organizace Fokus. Mnohem častěji než v předešlých letech se pracovníkům daří zapojovat do péče

o klienta dobrovolníky, kteří mohou přispět k zotavení, socializaci a navázání nového vztahu mimo komunitní tým.

Většinou každý klient využívající služby Fokusu má svého ošetřujícího ambulantního psychiatra, ke kterému pravidelně dochází. Stejně tak má i své praktické lékaře, svého zubaře a další potřebné odborníky. Do spolupracujících subjektů jsou zařazeni také zaměstnavatelé. Společná práce s těmito subjekty podporující aktivní zapojení osoby s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce je velmi individuální. *Občas se nám stane, že je zaměstnavatel otevřený a má zájem vytvořit pro daného člověka například chráněné pracovní místo. Někdy se setkáváme i s neochotou a předsudky (KP2).* Pokud klient Fokusu je zatím ještě student, pracovníci se snaží kontaktovat výchovného poradce v dané škole. *Není vždy podmínkou spolupráce s rodinou, je to však velkou výhodou (KP3).* Do spolupráce mohou být zapojeni i přátelé, příbuzní a další blízcí osoby v klientově životě.

Výhody multidisciplinárního týmu v organizaci Fokus v Pelhřimově

Multidisciplinární tým je v tomto zařízení vedený jako sociální služba poskytovaná duševně nemocným lidem už od založení. Svou praxi jsem zde absolvovala před 5 lety a jejich metodika a filosofie se postupně změnila. Dříve pilířem služby bylo individuální plánování s klientem. Nyní všechny Fokusy v ČR propagují myšlenku zotavení. *Už neříkáme uzdravení, ale zotavení (KP1).* Výhody MDT v organizaci jsou vyobrazené na obrázku 6: Výhody multidisciplinárního týmu. Jedná se o základní prvky, které zmiňovali jednotliví komunikační partneři v prováděném výzkumu.



Obrázek 6: Výhody v multidisciplinárního týmu

Zdroj: Vlastní

Na otázku, co znamená „zotavit“, pracovník vysvětluje, že pro celý tým to znamená *navrátit zpátky osobu s duševním onemocněním do běžného života a umožnit mu žít plnohodnotný život* (KP1). Odlišnost od jiných organizací spočívá ve víře všech pracovníků ve stejnou filosofii. Ta je zaměřena na silné stránky klientů, na jejich přání a v případě potíží i na jejich řešení. Hodnocení pracovníků multidisciplinárního týmu, kde jsou plnohodnotnými členy, bylo vesměs velmi pozitivní. Oproti nevýhodám dokázali o výhodách hovořit mnohem déle. Několik komunikačních partnerů se shodlo na slově *funguje to*. KP4 nazval tento tým jako „*hvězdný tým*“, KP5 a KP6 zase jako „*ideální tým*“. V posledních letech prošla celá organizace přeměnou. V ČR běží reforma péče o duševně nemocné, počínaje v roce 2013 schválením strategického plánu. Více je uvedeno v teoretické části. S ohledem na tento fakt jsem se dozvěděla, že téměř celý tým Fokusu v PE se vyměnil. Nejdéle působí tomto zařízení sociální pracovník, a to po dobu více jak 5 let. *Dlouholetí starší pracovníci odešli a nastoupilo hodně mladých, tak se to omladilo. Ono to pak tak i funguje* (KP5, KP3). Při pohledu na výzkumný vzorek se všichni pracovníci pohybují v mladší a střední věkové skupině. Multidisciplinární

tým je zde tedy velmi mladý. To je propojeno i s výhodami spojenými s dobrým fungováním s prvky energičnosti týmu, zapálenosti, jednoty, spolupráce, otevřenosti, aktivity a dalších.

Za velkou výhodu považují to, že celkově jsou velmi malý tým o 12 lidech, v komunitním týmu pouze 8 lidí, což ulehčuje rychlejší přenos informací a potřebných faktů. ***Komunitní tým pracuje s komunitou, jezdí do komunity a zná zdejší poměry komunity. Myslím, že tohle to se tvoří hůře například v Praze (KP5).*** Jiný komunikační partner působil v Praze ve Fokusu a podotýká, že *tento tým v PE je nastavený jinak. Na začátku, když jsem nastupovala tak to nebylo. To až pak postupem se to nějak hezky vytvarovalo a ustálilo se to. Ted' je to úplně jinde (KP3).*

Práci nebereme jako práci, spíše je to pro všechny taková srdcovka (KP6). Nepoznamenala jsem během působení v této organizaci žádného pracovníka, který by si to šel do práce pouze odsedět a hlídal čas, kdy bude moci jít domů. *Všem nám na našich klientech záleží (KP2).* Aby se dosáhlo co nejvyšší míry kvalitní péče o klienta, je nutná spolupráce mezi členy týmu, ale i mezi dalšími subjekty. *Ten, kdo nás už zná, je s ním komunikace mnohem lehčí (KP2).* Spolupracující organizace, nebo nemocnice se na Fokus v dnešní době automaticky obracejí o pomoc jako na specialistu v oboru, kterým se Fokus stává. Ne vždy se však spolupráce daří. Tyto případy budou osvětleny v nevýhodách, které vidí MDT.

Předávání informací v MDT je velké téma, které do určité míry v zájmu klienta funguje. Vždycky najdeme zalíbení v nějaké metodě, kterou se snažíme aplikovat do praxe, ale vytahujeme z ní pouze to, co nám přijde efektivní a příjemné pro všechny členy týmu. Vedle metodiky CARE je postaven FACT model spočívající spíše v organizaci práce, založen především na multidisciplinarity. Podstatou je právě sdílení klientů na tzv. tabuli podle potřebnosti a závažnosti jeho stavu, ať už zdravotního nebo sociálního či jiného. *Je to hlavně o tom přepínání modelů (KP1).* Na tabuli jsou klienti vkládáni po posouzení klíčového pracovníka. FACT porady probíhají každé ráno a o všech sdílených klientech se diskutuje. *Tím pádem se klient stává klientem všech pracovníků týmu (KP1).* Po stabilizování stavu klienta přechází zpět do modelu CARE, kdy dochází k pravidelným schůzkám podle individuální potřeby klienta.

Všichni pracovníci pracují s evidenčním systémem Highlander, do kterého musí zaznamenávat každou schůzku, co bylo potřeba řešit v dané situaci, místo působení

a další potřebné a důležité informace. To je velkou výhodou, jelikož do tohoto programu má možnost nahlédnout každý člen týmu a téměř okamžitě zjistí stav klienta, co se dělalo, jak se mu daří. *Když si na někoho vzpomenu a dlouho jsem s ním nebyl v kontaktu, kouknu na něj do Highlanderu a vím o něm (KP2)*. Na každou schůzku by se měl pracovník připravit přečtením záznamů, aby mohl navázat na předchozí schůzku a byl řádně informován. Tím dojde k navázání kvalitnějšího kontaktu a hlubšího rozhovoru, kde se snadněji vytvoří bezpečnější prostor pro klienta.

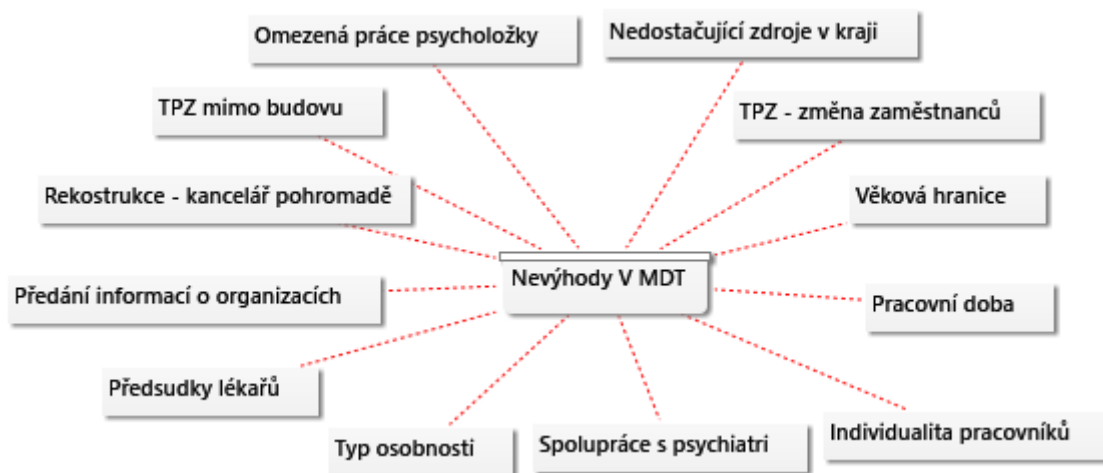
Když potencionální klienti budou mít v podvědomí tuto organizaci a její základní filosofii, může být navazování kontaktu jednodušší. U mnoha lidí je totiž přítomný strach a obavy v případě špatného stavu a prvního kontaktu s psychiatrem. Už jen z toho důvodu, že stigmatizace je v naší přítomnosti stále přítomná.

Komunikace s psychiatrickou nemocnicí jako s dalším subjektem, kde je možné navázat první kontakt s potencionálním klientem, je velkou výhodou. Jelikož někteří psychiatři jsou nakloněni nutnosti následné péče o osoby s duševním onemocněním, odkazují je právě na spádovou organizaci Fokus podle jejich působnosti. Kooperaci s psychiatry v psychiatrické nemocnici si komunikační partneři chválí a vnímají to jako velký posun v psychiatrické péči. Lidé nebyli nikde v jejich přirozeném prostředí mapováni. Při zhoršení jejich zdravotního stavu byli posíláni do psychiatrické nemocnice, kde celková hospitalizace trvala nejméně 2 až 3 měsíce, plus stabilizování stavu a léků trvalo ještě několik týdnů. Snaha MDT je zachytit zhoršení duševní nemoci již v domácím prostředí a vyhnout se tak hospitalizaci, což je pro daného nemocného člověka, ač nové, tak velmi příjemné zjištění v případě, že se tento ideální průběh podaří.

Nevýhody multidisciplinárního týmu v organizaci Fokus v Pelhřimově

Jak již jsem výše zmínila, základna střediska v PE je momentálně v rekonstrukci a celý tým sídlí na jiném pracovišti. V letošním roce se středisko zařadilo do reformy psychiatrie a plánuje se vytvoření nového centra duševního zdraví s hlavním cílem deinstitucionalizace péče osob s duševním onemocněním a působení na klienta v jeho přirozeném prostředí. To by mělo být vybudováno ve stejné budově, kde sídlil komunitní tým. Pilotní program v první vlně reformy psychiatrie a vytvoření centra duševního zdraví v loňském roce byl v Havlíčkově Brodě. Díky němuž se ve druhé vlně může předejít organizačním nedostatkům a vycházet ze zkušeností již běžícího centra a jeho pracovníků. Seznam nevýhod je vyobrazen v myšlenkové mapě níže v obrázku

7: Nevýhody v multidisciplinárním týmu. V textu jsou popsány i nevýhody mimo multidisciplinární tým se spolupracujícími odborníky.



Obrázek 7: Nevýhody v multidisciplinárním týmu

Zdroj: Vlastní

Jelikož budova Fokusu v PE je v rekonstrukci a prostory nebyly před rekonstrukcí kapacitně využity, bude snaha přemístit dobrovolnické, centrum pro duševně nemocné i TPZ do této budovy. Do této doby sídlilo TPZ v budově u náměstí a předávání informací nebylo na potřebné úrovni v zájmu klienta. To mnoho zaměstnanců vnímalo jako velkou nevýhodu. *Spolupráce s TPZ nám trochu vážne, ale mělo by se to zlepšit, protože se budou stěhovat za námi na Humpoleckou ulici (KP5, KP6, KP1).* V uplynulém roce bylo změněno obsazení celého týmu TPZ. Zatím práce v MDT funguje a zaměstnanci TPZ jsou otevření a pracovití, snad to bude i na dále. Hodně komunikačních partnerů zmiňovalo po předešlých zkušenostech, že pokud jsou přítomny nesympatie s nějakým členem v týmu, odvíjí se to i na předávání informací a péče o klienta přestává být kvalitní. *Pokud by mi osobně nebyl někdo sympatický a nesedl bych si s ním, nevím, jak moc dobře by se mi pracovalo s ním v týmu (KP7).*

V okrese Pelhřimov není k dispozici dostačující počet psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů a dětských psychiatrů. *Asi rok máme v našem týmu na pozici psycholožky nového člena (KP6). V rámci jeho kompetencí je možné s našimi klienty provádět intenzivní psychoterapii (KP1).* Na Pelhřimovsku není dostatek psychoterapeutů a terapie je lidem poskytována například jednou za tři měsíce. Jsou plně kapacitně naplněni a terapie tím ztrácí smysl. Ve Fokusu je terapie umožněna až

dvakrát za měsíc individuální formou. K tomu je snaha ještě přidat jednu skupinovou terapii. *I k psychologovi mimo MDT klienti dochází jednou za tři měsíce a dělají tam různé testy a podobně. Nikdy s námi nikdo tak intenzivně nepracoval jako tady ve Fokusu, mi často klienti říkají (KP7).* Ideálně by osoby s duševním onemocněním na terapii měly docházet minimálně jednou i vícekrát týdně. To jim bohužel zdejší komunita neumožňuje. *Čím jsem starší a mám více zkušeností, jsem přesvědčená, že čím častější terapie je, tak je lepší (KP7).* Je totiž mnohem větší šance, že dojde k možnému posunu nebo zlepšení. Jelikož má psycholog v PE ve Fokusu úvazek pouze na 5 dní v měsíci, je to mnohem náročnější na naplánování schůzek a předávání informací. *Bylo pro mě těžké předávat informace. Ze soukromé praxe jsme jako psychoterapeuti zvyklí si nechat vše jako tajemství, případně řešit jednotlivce na naší supervizi. Tady je to jiný. Každého je dobré probrat společně, protože všichni se na té péči podílíme. Vnímám, že je to mnohem efektivnější. Bohužel jsem zde pouze pár dní v měsíci, předání informací probíhá v malých časových úsecích mimo porady, většinou přímo se členem týmu, kterého se to týká (KP7).*

Nevýhoda organizace je věková hranice. Nyní jsou oslovovány i školy v rámci osvěty, není kam tyto osoby trpící duševní nemocí odkazovat. Dětská psychiatrie je hodně podhodnocená. Dětských psychiatrů na Vysočině je minimum a pokud jsou, je tam dlouhá čekací doba. To samé se týká psychologů. Na dětské oddělení do psychiatrické nemocnice je také delší čekací doba. Pokud je zdravotní stav akutní, hospitalizace je umožněna.

Někteří zaměstnanci se snaží být pro klienty i mimo pracovní dobu. Záleží však na individualitě jednotlivce. *Když vím, že ten klient toho nezneužije a je zrovna v situaci zhoršení jeho duševního stavu, nebo potřebuje větší kontakt a já jsem jeho klíčovým pracovníkem, domluvím se s ním, že mi může zavolat (KP3).* Pokud je to v mých silách a jeho stav to vyžaduje, jsem ochotná za ním přijet (KP5, KP1). Z důvodů předcházení syndromu vyhoření jsou prováděny v organizaci supervize, skupiny, porady a další opatření. *Pokud se cítím vyčerpaně, vedení mě vždy vyjde vstříc a dá se s nimi na všem domluvit (KP1, KP2, KP3, KP5, KP6).* Některými zaměstnanci je však práce mimo pracovní dobu striktně odmítána, a to z různých důvodů. Ať už to je jejich osobní ochrana, jiné zájmy nebo rodina, nedá se říci, zda je jedna či druhá varianta špatně nebo dobře. V různých organizacích jsem se setkala se službou krizové péče, kdy klienti

mimo pracovní dobu mohli volat na krizový telefon. Tato služba byla registrovaná a poskytovaná veřejně danou organizací podle potřeby.

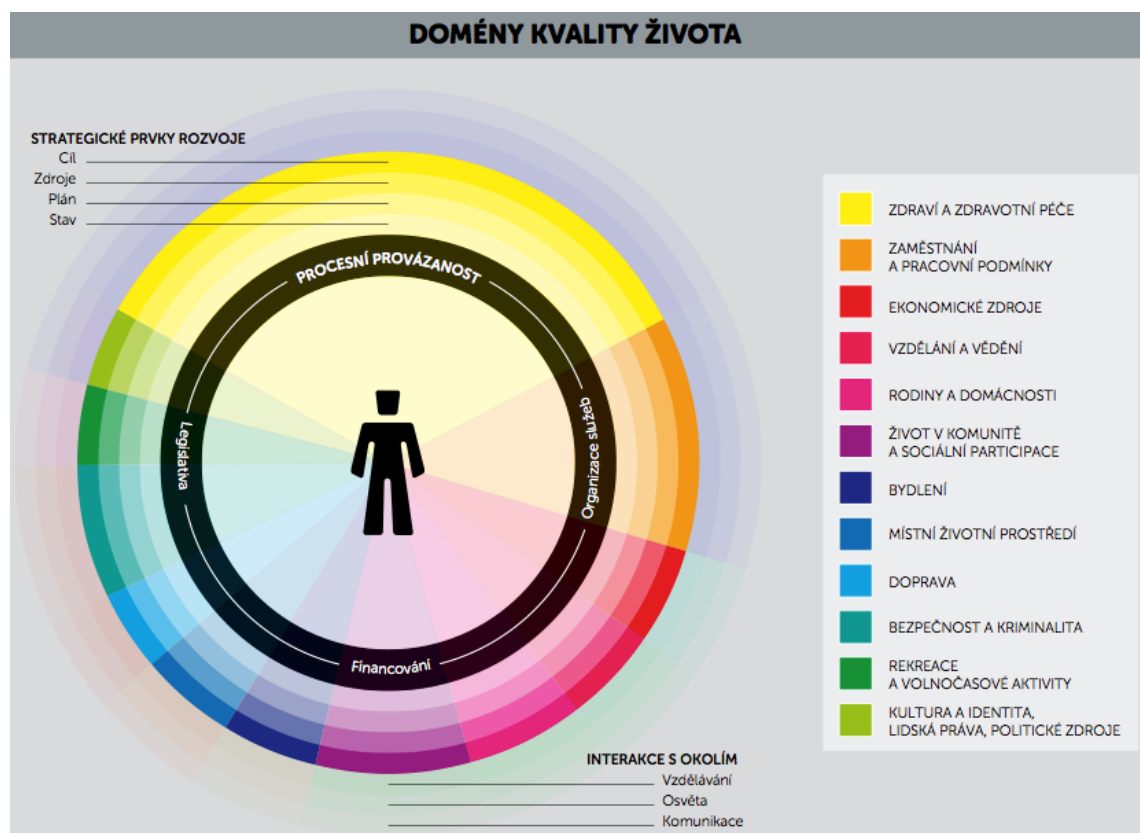
Při zaškolování nových zaměstnanců se ukázalo nedostačující předání informací v oblasti spolupracujících organizací. *Už se nám stalo, že jeden zaměstnanec šel do organizace, kde spolupráce běžela a byl překvapen širokou působností organizace, kterou pokrývá (KP2).* Došlo podle pracovníka k navázání spolupráce tam, kde už dávno probíhala. Pro zlepšení práce s předáváním informací by bylo vhodné vypracovat seznam s organizacemi s již vzniklou spoluprací. Také bych do ní zařadila i takové organizace, které nejsou vhodné, nebo se jim nepodařilo spolupráci navázat a z jakého důvodu. Síť v přirozeném prostředí je nutné rozšiřovat a umožňovat tak jedinci se aktivně zapojit a hledat nové zdroje. Proto se jeví tyto informace jako důležité při práci s klientem.

V rámci osvěty se stále ještě pracovníci Fokusu setkávají s odborníky, lékaři a specialisty s nedostatečnou informovaností a neznalostí možných služeb v komunitě. Při představování Fokusu docházelo k zajímavým zjištěním týkajících se postavení lékařů k duševní nemoci, práce s těmito lidmi a následnou péčí. U lékařů se objevily vysoké předsudky k lidem s duševní poruchou. *Lékař neví, jak tráví volný čas, jestli má kde bydlet, nebo jestli se chce naučit například jezdit na kole (KP4).* *Na to, že jsme v Pelhřimově už mnoho let, mnoho odborníků nás vůbec neznala (KP6).* I když třeba věděli, že už se před pár lety někdo za nimi dostal a navázala se koordinace péče, druhý rok už nikdo nepřišel. Vše tedy začíná opět od začátku. Komunikace s podílejšími se subjekty kolem člověka je důležitá. *Není příjemné stále vysvětlovat a opakovat věci, který už řekl nemocný člověk třeba 5 lidem (KP2).*

První kolo představení organizace Fokus proběhlo v naplňování cíle osvěty. *Je to však ještě běh na dlouhou trať. Teprve po roce psychiatři začínají snad vnímat, že nám jde také o zájem toho klienta. Je s nimi těžká komunikace. Pokud se tam objeví sociální pracovník, vzniká bublina a předsudky (KP1, KP3, KP5, KP6).* Snažíme se, aby k psychiatrům docházela zdravotní sestřička. Je zde však teprve tři měsíce a vše se stále vytváří a usedá.

4.2 Náplň práce zaměstnanců rozdělená do složek koordinované rehabilitace

Klientův svět je tvořen jednotlivými doménami, které ovlivňují kvalitu jeho života. Působící subjekty na klienta jsou vyobrazeny výše v kapitole Výsledky. V následujícím obrázku je kladen důraz spíše na prvky a jednotlivé vlivy působící na klienta samotného. *Kvalita života ovlivňuje i jeho zdravotní stav (KP4)*. Obrázek 8: Koncept kvality života je používán jako východisko v reformě psychiatrické péče. Veškeré domény kvality života jsou důležité obsáhnout.



Obrázek 8: Koncept kvality života

Zdroj: Holcát (2013)

U lidí s duševním onemocněním se hlavní problematika podle komunikačních partnerů týká především financí, duševního zdraví, duševního onemocnění, fyzického zdraví, trávení volného času, bydlení a rodiny. Tato témata řeší většina klientů. Vzájemně se jednotlivé prvky prolínají.

Pokud nejsou vyřešeny finance a klient nemá například zaměstnání nebo dohodnutý invalidní důchod, případně je zadlužený, odvíjí se na tom jeho duševní i zdravotní stav. *Často k nám přijdou klienti a neví kudy kam, padají pak například do těžkých depresí a my se snažíme najít cestu (R4).* Klienti nemají dostatek zdrojů a informací, neznají danou problematiku. Díky tomu, že komunitní tým zná zdejší poměry, je schopen vést klienta a poskytnout mu potřebnou podporu ve směru, který si klient zvolí.

Koordinovaná rehabilitace

Otázky zaměřené na pojem koordinované rehabilitace byly v průběhu rozhovoru vloženy podle potřeby a navozené atmosféry. Při předešlé neformální komunikaci jsem použila otázky hned na začátku. Jinak jsem je vkládala buď do průběhu nebo na konec rozhovoru. Při zjištění neznalosti koordinované rehabilitace mohlo dojít k navázání nedůvěrného vztahu a data mohla být ovlivněna trémou i jinými aspekty. Nikdo z komunikačních partnerů se s pojmem koordinované rehabilitace neseťkal. Otázka, co si pod tímto pojmem představí, nikdo nepopsal koordinovanou rehabilitaci jako fyzikální působení při poranění končetin nebo jiného somatického projevu.

Při neznalosti pojmu rehabilitace u všech komunikačních partnerů jsem vysvětlila potřebné náležitosti pro lepší pochopení jednotlivých složek a celkového uchopení rozhovoru a určení směru. Na závěr byly pokládány otázky, zda si komunikační partneři myslí, že je koordinovaná rehabilitace využívána v tomto zařízení. Všichni mi odpověděli souhlasně. V rámci psychiatrické rehabilitace poskytované jednotlivými pracovníky jsem pokládala doplňující otázku, zda se při péči dá nějaká složka koordinované rehabilitace vynechat. *Určitě ne (KP1). Všechny složky jsou na sobě závislé (KP4). Jedna oblast se neobejde bez druhé a vzájemně se podmiňují (KP3). Vždycky se snažíme zaměřit na všechny oblasti v klientově životě (KP2). I osobní plány obsahují všechny základní složky. I klient tyto oblasti vnímá za nejdůležitější pro kvalitu života (KP6). Někdy však může dojít k tomu, že jedna složka přesahuje ty ostatní. Ty jsou sice stále přítomné, ale nejsou v danou situaci tolik aktuální. Například při akutní fázi s přítomností projevů duševní nemoci se přestává řešit například volnočasové aktivity nebo invalidní důchod, ale zaměřujeme se pouze na stabilizování a zachycení člověka v danou situaci (KP5). Určitě koordinovanou rehabilitaci v Organizaci Fokus v Pelhřimově využíváme a naším výchozím kamenem je fungující multidisciplinární tým (KP7).*

Léčebná složka

Léčebná složka v péči o duševně nemocné je v holistickém pojetí klienta nezanedbatelná. V tomto zařízení je léčebná složka obsažena a pracovníci používají prostředky přesně cílené na klientův zdravotní stav.

Na klientově zdravotní oblasti se podílejí subjekty spolupracující přímo s komunitním týmem ve Fokusu. nejdůležitější úlohu hraje klíčový pracovník. Jak je již výše zmíněno, klíčový pracovník má z MDT ke klientovi nejbliže. Mluví s ním nejčastěji a koordinuje a plánuje další péči a spolupráci.

Někdy je navázána spolupráce s potencionálním klientem v psychiatrické nemocnici. Nejčastěji středisko v Pelhřimově jezdí do psychiatrické nemocnice do Jihlavy a méně také do Havlíčkova Brodu, kde je také Fokus s pilotním programem centra duševního zdraví. V těchto nemocnicích komunikuje klient především s psychiatry, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky či zdravotně sociálními pracovníky, terapeuty jako je arteterapeut, canisterapeut, hippoterapeut nebo muzikoterapeut a další. Klíčoví pracovníci nejvíce komunikují s ošetřujícím psychiatrem, který Fokus osloví z důvodu potencionálního klienta a nutné následné péči. Většinou jsou předány základní informace a osobu hospitalizovanou na oddělení již kontaktují sami sociální pracovníci přímo.

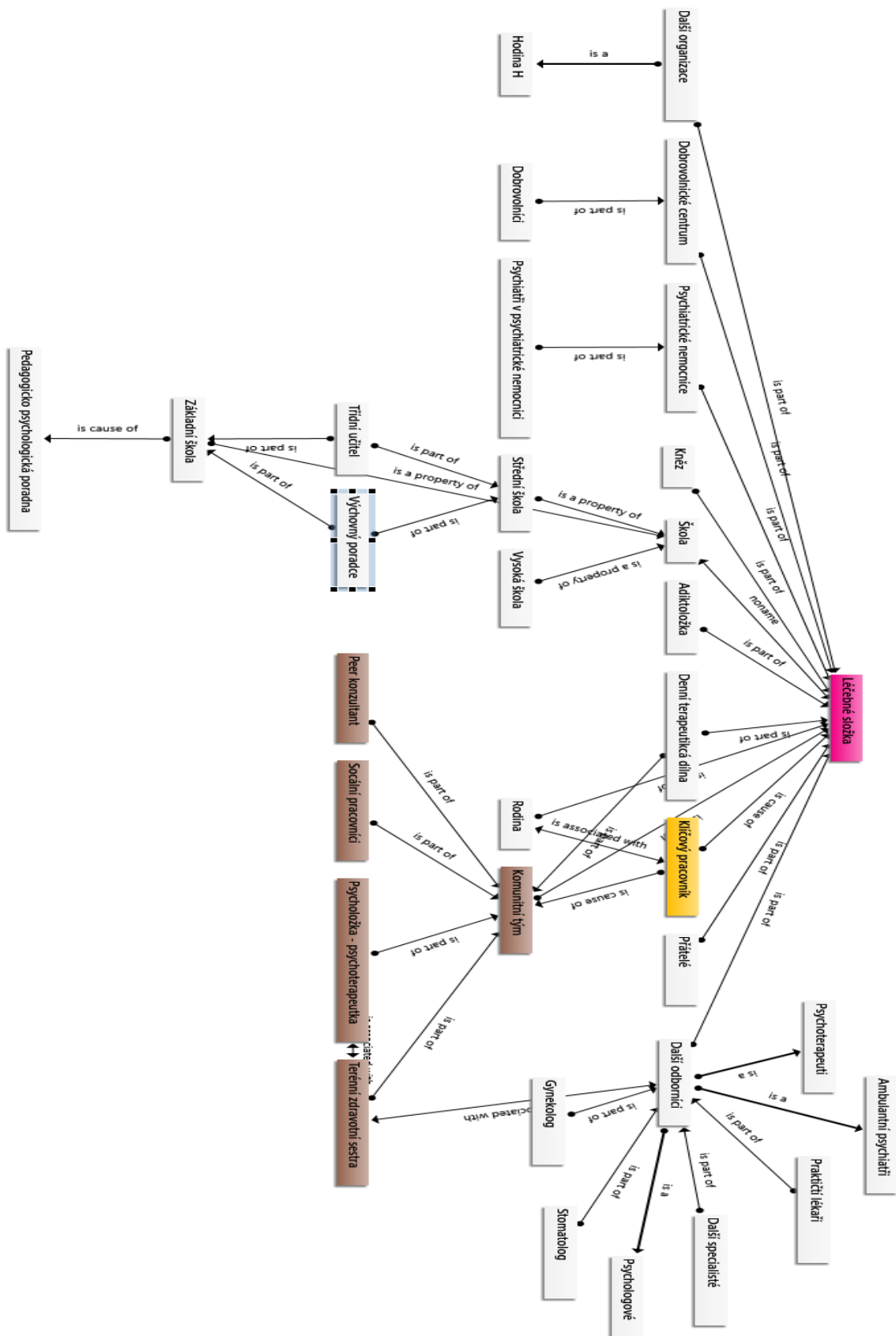
První setkání při hospitalizaci je především informativní. Představuje se klientovi celá organizace a setkání se spíše odvíjí v duchu možné spolupráce, na čem by chtěl klient pracovat, jaké by bylo jeho přání, nebo jestli vůbec má o spolupráci zájem. *Už se nám stalo, že nás klienti rovnou odmítli po první schůzce. Jejich přirozené prostředí a neblíží okolí spolupracuje a funguje do takové míry, že nás jednotlivec nepotřebuje. Respektujeme to, a dále ho nekontaktujeme* (KP3). V tomto případě je ale velmi nutné, aby jedinec měl tuto organizaci uloženou v povědomí a v jakékoli nepříznivé situaci mohl a věděl, kam se obrátit a měl jistotu, že na řešení nebude sám. Potencionálním klientům se předávají informační letáky. Při domluvení spolupráce se na další schůzce více mapuje jeho prostředí a jeho přání, od kterých se následná práce odvíjí.

Jako nejdůležitější nástroj pro předcházení hospitalizace byl vnímán dokument, při jehož tvorbě pracuje nejen klíčový pracovník nebo zdravotní sestra, ale i klient sám. Dokument se jmenuje seznam varovných příznaků, kde jsou zachyceny všechny

příznaky, co klient prožíval v krizovém stavu jeho nemoci nebo atace, jenž znamená akutní stav klienta a jeho duševní poruchy objevujícími se projevy nemoci. Pokud ataku člověk neprodělal, neumí většinou poznat, jaké projevy nemoc má. U každého člověka se porucha projevuje jinak. Může mít sice společné znaky, avšak je to opravdu individuální. Někdy je tento list pojmenováván jako krizový plán přiložený v příloze 11 pro lepší znázornění. Je také zaměřený na přání, jak by měla vypadat případná hospitalizace po předešlé zkušenosti, co zmírňuje projevy nemoci a zlepšuje jeho aktuální stav. Někdo má špatnou zkušenost s hospitalizací, jejíž průběh je opravdu náročný pro samotného člověka i jeho okolí. Někdy se stává, že je nutný doprovod policie. Na základě těchto zkušeností, si klient sám může určit, co přesně by chtěl, jak by vše mělo probíhat. *Někomu pomáhá být sám, s kamarádem, s peer konzultantem, projít se do přírody, často ho navštěvovat, zatažená okna, přítomnost rodiny a mnoho dalších věcí (KP6)*. Opět to vše záleží na individualitě. Tento dokument je označován jako semafor s cílem předcházet akutním stavům a hospitalizacím. Skládá se ze třech oddílů rozdělených podle barev. První oddíl je znázorněn barvou zelenou a je zde popsán stav, kdy je jedinec v naprosté pohodě. Jeho duševní stav je stabilizovaný a cítí se zdravý. Může fungovat ve svém prostředí a pracuje na základě svých schopností a dovedností. Spolupráce s komunitním týmem je v přiměřené míře. Druhá část vyznačená oranžovou barvou značí pozor pro klienta i pracovníky, něco se děje. Jsou zde popsány projevy nemoci a co klientovi pomáhá. Červená barva ve třetí kategorii značí již špatný duševní stav a akutní fázi rozjeté nemoci. Práce s klientem v této fázi je velmi časově náročná. Nutná je flexibilita týmu. *Ted' jsme měli klientku, která byla pořád dobrá a po roce se zhoupla do akutní fáze. Museli jsme tam docházet i třikrát denně. Asi po 14 dnech vidíme nějaké malé zlepšení. Její stabilizace bude ještě 3 nebo 2 týdny ještě trvat. Vystřídali jsme se tam skoro všichni (KP4)*. Je super, že zhoršení duševního stavu jsme schopni řešit u nich doma s ohledem na dlouhou dobu trvání hospitalizace v psychiatrické nemocnici (KP3). Až teprve po stabilizování stavu klientka dává zpětnou vazbu, jak je ráda, že nemusela do nemocnice (KP1). Dokument je vypracováván společně s klientem. V ideálním případě si to klient vypracuje sám, aby vše viděl znázorněné a lépe vše pochopil.

Ideálně by se tento dokument měl zpracovávat po prodělání ataky. Pokud se klientův stav zhorší dostává se do takzvaného FACT modelu poskytované péče ve Fokusu. To spočívá v předávání informací a koordinace nutné péče. Uživatel služeb s potřebou

vyšší míry poskytované péče a větší pozornosti je přesunut do seznamu na tabuli. Tabule je projektovaný seznam umístěný na viditelném místě – na zdi. Při ranních poradách, nazývaných FACT porady, všichni přítomní diskutují nad aktuálními informacemi jednotlivých klientů. Tyto porady probíhají každý den. Pokud se stav některého klienta zlepší a všichni se shodnou, že může být z tabule vyřazen, přesouvá se zpět do modelu péče CARE a dále se s ním spolupracuje podle potřeby. Předávání informací o všech klientech probíhá jednou za měsíc, tyto porady jsou označovány jako týmové porady. Jednou za 14 dní jsou také porady koučování osobního profilu. Ty jsem zařadila do sociální složky. Je zde však určitá provázanost se zdravotní složkou, jelikož se zde s klíčovým pracovníkem zabývají zdravotním stavem. Klíčový pracovník se v těchto případech snaží odkazovat na další pracovníky zabývající se přímo léčebnou složkou. Na obrázku 9: Podílející se subjekty na léčebné rehabilitaci, jsou vyobrazeny základní účastníci působící na klienta v oblasti jeho zdraví.



Obrázek 9: Podílející se subjekty na léčebné rehabilitaci

Zdroj: Vlastní

Do kruhové podpory na doporučení klíčového pracovníka je v rámci MDT zapojována zdravotní sestra. Hlavní téma v této složce je opomíjení fyzického zdravotního stavu, přijetí a pochopení duševní nemoci. *Velmi často se setkávám s klienty, kdy duševní onemocnění se stalo střetem klientova života a dochází tak k opomíjení fyzického zdraví a preventivních prohlídek (KP4).* Duševní stav převýšil všechny další důležité prvky jeho zdraví. *Je důležité vše zmapovat, protože pokud se zhorší jeho fyzický stav, například činnost srdce, plic či jiných orgánů, velmi často dochází ke zhoršení nejen zdravotního stavu, ale i psychického stavu (KP4).* Klient se zdravotní sestrou zjistí, kdy a jaké preventivní prohlídky proběhly, a jaké je nutné podstoupit. *Zdravotní sestra hraje v této složce velmi důležitou roli. Lékaři komunikují raději se zdravotníkem než se sociálním pracovníkem. Zdravotník rozumí lékařské komunikaci a dokáže adekvátně reagovat, jelikož obsah pochopí (KP1).* Pro uživatele Fokusu může být zdravotní sestra také v roli, kdy ho doprovází k lékařům. Vše je nutné provádět opět se souhlasem klienta, nejlépe na jeho přání a vždy za jeho přítomnosti. Společně s lékařem domlouvají další postup, kdy sestra je pro klienta také oporou v důvěře případných pochybností a zapamatování si dalších postupů. Náplň práce zdravotní sestry je úzce provázaná s pedagogickou složkou. Mezi důležité odborníky, se kterými komunikuje klient a zdravotní sestra nebo klíčový pracovník, je zařazen právě praktický lékař, stomatolog, u žen gynekolog, kde je nutné absolvovat preventivní prohlídky. Po dosažení určitého věku preventivní prohlídka přibývají i u dalších odborníků, například návštěva mamografu v rámci prevence rakoviny, kolonoskopie, kardiologie.

Nutná a nejčastější kooperace v péči o duševně nemocné je právě spolupráce s ambulantním psychiatrem. Po ukončení hospitalizace v psychiatrické nemocnici je navázán kontakt na ambulantního psychiatra. Všichni pracovníci vnímají nevýhodu v komunikaci s psychiatrem, protože vnímá člověka s duševním onemocněním z jiného úhlu pohledu a jeho práce je rozdílná. Práce psychiatra je spíše diagnostická a zaměřená na medikaci. Nyní se podařilo domluvit se na aplikaci předepsané medikace ve formě injekcí v domácím prostředí z důvodu nemožnosti návštěvy psychiatra v ambulanci kvůli zhoršení stavu klienta. *Ne vždy to ale jde. Psychiatři jsou hodně striktní a nevnímají nás jako partnera při péči o klienta (KP6).* Existují však případy

dobré praxe. Bude to ještě dlouhá cesta, než se oba tyto rezorty napojí. *Ideální ambulantní psychiatr by měl být otevřený a nejlépe nakloněný naší filosofii zotavení. Pacienty vnímají jako diagnózu s nějakými projevy a omezeními. My stavíme naopak na silných stránkách a plném zplnomocnění jednotlivce (KP1, KP2).*

Z psychiatrické nemocnice je u všech pacientů zaveden léčebný režim. Všichni pacienti ho musí dodržovat. Ambulantní psychiatři na něm podle odpovědí také velmi lpí. Podle zaměstnanců je režim dne důležitý. Na druhou stranu, *pokud je člověk nezaměstnaný a nevstává například až ve 12 hodin, kdy se mu opravdu může kvůli dávkování léku rozkolísat hladina účinné látky obsažená v medikaci rozházet a zhoršit jeho stav, nenutíme ho vstávat v 6 hodin a hned vykonávat činnost. Ano, režim je vhodný u těchto osob dodržovat, ale nejsme tak striktní, jako v nemocnicích (KP6).* Trávení volného času je spojené s dalšími složkami koordinované rehabilitace podle zaměření.

Peer konzultant jako plnohodnotný člen týmu se zapojuje do zdravotní oblasti. I on sám má zkušenost s nemocí a dokáže tak předat důležité informace na základě jeho zkušeností v běžném životě. Nejen, že umí poradit a vést klienta, navodit příjemnou atmosféru a pracovat na jeho zdravotní stránce. V jeho náplni práce jsou obsaženy i například workshopy kreslení na způsob arteterapie léčebnými prvky. Využívá metodu dechového relaxačního cvičení nazývajícím se „win hof“, kdy dochází k vnímání celého těla a navození klidového stavu. Také se hodně provází s pedagogicko – spirituální složkou.

Psychoterapeut – psycholog provádí, jak jsem zmínila již výše, individuální i skupinovou psychoterapii. Nejvíce se zaměřuje na zdravotní stav člověka. *Stává se mi, že s jedincem řeším jiné věci, než které řeší s dalšími pracovníky (R7).* V takovém případě musí fungovat efektivní předávání informací. V případě nenalezení společného tématu k řešení se psychoterapeut může doptat dalších pracovníků, jaké téma je aktuální a na čem je potřeba více pracovat. Takto může fungovat i naopak. Psychoterapeut navrhuje činnosti týmu jak a na čem s daným člověkem pracovat. Pokud se vyskytuje nějaké téma týkající se například preventivních prohlídek, invalidního důchodu, bydlení, zaměstnání, má

psychiaterapeut více možností. Informaci předá klíčovému pracovníkovi klienta, pracovníkovi podle kompetencí, například zdravotní sestře při preventivních prohlídkách, podá informaci na FACT poradě. Pokud nemá dostatečnou časovou dotaci, je možné schůzku pouze napsat do evidenčního systému Highlander a informace si každý zjistí individuálně. Také psychoterapeutka zakládá a vede svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním a také pro osoby s duševním onemocněním. Silně je zde propojena pedagogická, spirituální a léčebná složka. Vzájemně jsou složky provázané. Informace řečené na skupinách mohou mít dopad na jejich psychický i fyzický stav v podobě například uvolnění napětí a navození klidu. Dále se jim budu věnovat ve rehabilitační složce pedagogicko spirituální. Jedna ze založených svépomocných skupin je nazvána Sebepojetí a sebeláska. *I zaměstnancům se toto téma líbilo natolik, že sami navrhli založit skupinu pro ně (KP7). Pracovníci tento námět svépomocné skupiny vnímali jako užitečný i pro ně samotné. Vnímání sebe má každý z nás nějakým způsobem jiné, někdy i na nezdravé úrovni. Zaměstnanci by mohli toto téma a absolvování programu považovat za seberozvoj a dojít ke zdravějšímu vnímání svého já (KP1).*

Jako nejhlavnější témata týkající se a ovlivňující zdravotní psychický stav je téma samoty a zranitelnosti. Uživatel služeb se mnohokrát ocitne v situaci, kdy se může cítit sám. Je vhodné s ním vypracovat pomocí dalšího nástroje ve spolupráci s klíčovým pracovníkem nebo jiným zaměstnancem, okruh blízkých osob. Z toho může vyplynout aha efekt uvědomí, kdy klient dojde k pochopení a uvědomění si, že se má na koho obrátit a s kým sdílet své pocity. Toto téma s ním nejčastěji probírá na terapiích psychoterapeutka, někdy i klíčový pracovník.

Denní terapeutická dílna poskytována ve středisku v Pelhřimově fungovala v předešlých letech každý den ve stanoveném čase. Nyní se aktivizační pracovník i další členové snaží snížit počet hodin této dílny. U dlouhodobých klientů docházelo k dosahování jiného cíle, než ke kterým byly dílny předurčeny. Dílna klientům sloužila k socializaci a navazování kontaktů. V denní terapeutické dílně je možný nácvik běžných denních činností. Tato dílna obsahuje prvky ergoterapie při zvládnání základních činností, jako je například nácvik pracovní doby, šití, vaření. Záleží opět na potřebě a přání daného člověka.

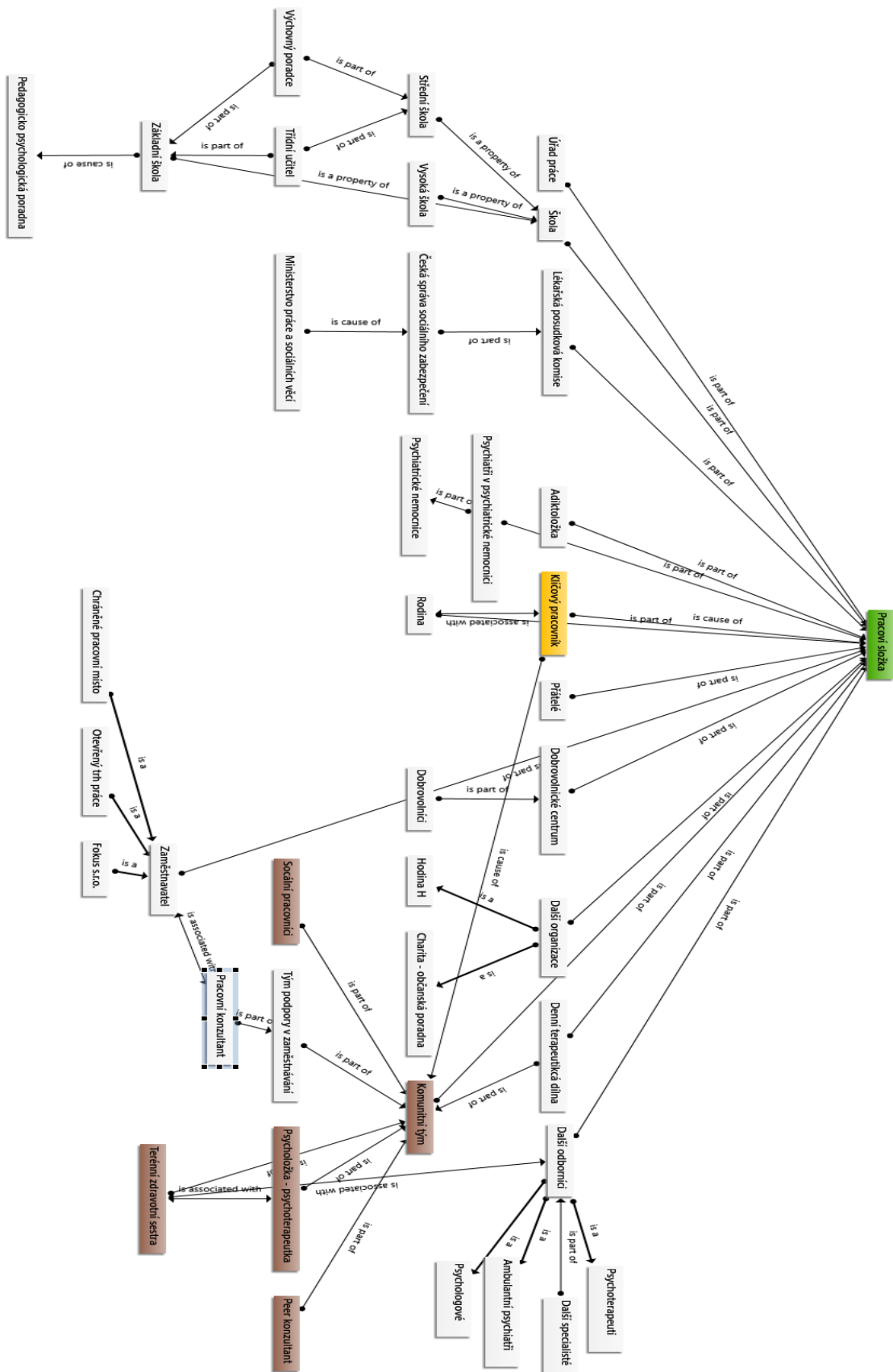
Nově je navázána spolupráce ve Fokusu v Pelhřimově s adikologem. Většinou se kontaktuje v případě, kdy klienti mají duální diagnózu a jako přidružená duševní porucha je diagnostikovaná závislost na návykových látkách. Obvykle se zaměstnanci setkávají se závislostí na alkoholu nebo na pervitinu. S adiktologem klienti diskutují o abstinenci na návykové látky, alkoholu i patologickém hráčství. Její působení přesahuje i do jiné složky. Například u abstinčních příznaků s uživatelem pomohou prodiskutovat v rámci edukační složky a vysvětlit si vše potřebné. Ve zdravotní složce řeší například první pomoc při začátku abstinence, alternativní možnosti při chuti si opakovaně alkohol či látku užít, jak snížit úzkostné stavy. Je dobré klientům předat základní informace o důsledcích a zdravotních rizicích.

Škola, kam klient *dochází*, může předejít nebo alespoň poznat zhoršení zdravotního stavu. *Ozvali se nám už nějaký studenti, kteří mají duševní onemocnění a chtějí spolupracovat. V některých případech je komunikace navázaná i s rodinou, což je u studentů hodně důležité, protože vliv rodiny a její působení na jeho potomka je neopomenutelný a rodina je nedílnou součástí jeho života (KP3).* Bohužel zde dochází k otázce, zda bude věková hranice cílové skupiny v této organizaci upravena a snížena. Jedná se většinou o lidi na střední škole, doposud nezletilé. Věková hranice ve středisku v Pelhřimově je až od 18 let, nemůže být tedy s mladšími lidmi podepsaná smlouva o spolupráci. Spolupráce je tedy založená na ústní domluvě. Pokud organizaci osloví osoba mladšího věku, je nutná dětská psychiatrie. Ta však není v kraji Vysočina dostačující. Problematika duševního onemocnění u dětí je velmi zanedbávaná. Na základní škole působí výchovný poradce s možností odkázání dítěte a rodičů na jiné organizace. Nejblíže má k pedagogicko – psychologické poradně.

Působící další subjekty znázorněné na obrázku 7 se také podílejí na léčebné složce klienta. Po domluvě s klíčovým pracovníkem se navazují a rozšiřují kontakty a zdroje klienta. Jejich kvalitní působení může mít nezastupitelný vliv na zdravotní stav člověka. Každý úspěch, každá maličkost může podpořit psychickou i fyzickou kondici.

Pracovní složka

Osoby se zdravotním znevýhodněním či postižením mají právo na pracovní rehabilitace, viz zákon č. 435/2004Sb. o zaměstnanosti. Pověřeným orgánem je Úřad práce, kdy jeho související činnost je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Na žádost zabezpečují pracovní rehabilitace krajské pobočky Úřadu práce hradící náklady s ní spojené. V součinnosti s daným člověkem sestavují individuální plán pracovní rehabilitace. Další subjekty podílející se na pracovní rehabilitaci jsou znázorněny na obrázku 8, který je následně popsán pod obrázkem s vysvětlením vzájemného působení.



Obrázek 10: Podílející se subjekty na pracovní rehabilitaci

Zdroj: Vlastní výzkum

Klíčový pracovník klienta ve Fokusu může doprovázet na krajskou pobočku Úřadu práce. Veškeré činnosti by měly být se souhlasem a vědomím člověka, kterého se to týká. V případě, že není schopný komunikovat, klíčový pracovník při doprovodu může vše vyřídit. *Snažíme se, aby s námi dotyčný šel a byl u všeho přítomen (KP3)*. V tomto případě dochází k nácviku dovedností klienta, kdy názorně vidí a má možnost si zkusit s podporou pracovníka prakticky situaci zvládnout. Pokud se naskytne další příležitost k řešení na Úřadu práce, dokáže si klient reálně představit, co se od něho očekává, co bude následovat a jaké činnosti bude muset zvládnout. V důsledku toho může dojít k přípravě v domácím prostředí až k soběstačné komunikaci na případném úřadě. Pokud klient potřebuje, doprovod pracovníka může vždy, když si to klient přeje a kdy sociální pracovník hodnotí situaci jako vhodnou pro doprovod. Avšak snaha pracovníků je zaměřena na dosažení nejvyšší možné míry soběstačnosti a zplnomocnění klienta. Snaží se nedělat činnosti za klienta. Pokud vnímají, že klient dokáže zvládnout situaci sám vlastními silami, pracovníci mu dají dostatečný prostor pro provedení činnosti, například vyplnit formulář. I přes navázanou a probíhající spolupráci klienta s TPZ, klíčový pracovník se také dotazuje na pracovní oblast. Základní informace dostává klíčový pracovník přímo od pracovních konzultantů jako zpětnou vazbu. Doptáváním se klienta dochází k ověřování informací a pracovníci se tak ujišťují, že klient tyto informace má, pamatuje si je a dále se v této oblasti má zájem rozvíjet. Považují to za důležité se zeptat klienta na spolupráci *s TPZ a její fungování a jak se získanými informacemi dále nakládá (KP6, KP1)*. Může to být pracovníky vnímáno jako ověřování adekvátního směru práce s klientem a navázané spolupráce ve vzájemné rovnováze s přáním klienta.

Pracovní rehabilitaci má v našem týmu na starost tým podpory v zaměstnávání (TPZ). V tomto týmu jsou dva sociální pracovníci na pozici pracovního konzultanta. Pokud se v komunikaci objeví téma práce, komunitním tým se vždy snaží odkázat právě na tyto zaměstnance v TPZ. Tým podpory v zaměstnávání spadá do komunitního týmu působícího ve středisku v PE ve Fokusu. Pokud při vypracovávání osobního profilu je oblast zaměstnání nedostačující a klient si sám přeje ji zlepšit a rozvíjet, nebo vnímá potřebu podpory v uplatnění svých práv v této části, nakontaktuje se dále na spolupracovníky. TPZ má širokou působnost ve své náplni práce. Jsou to profesionálové se svým oboru a umí komunikovat na velmi dobré úrovni se zaměstnavateli klientů či potencionálními zaměstnavateli dalších osob s duševním onemocněním. Mohou

poskytnout klientům podporu přímo na pracovišti v daní organizaci. Jejich náplň práce se úzce prolíná s edukační složkou. *Pomáháme jim s přípravou na budoucí povolání, ke zjišťování, jaká práce by je bavila, jakou mají představu, zda mají nějaké zkušenosti, ze kterých můžeme vycházet (KP4)*. Pokud onen člověk nemá zpracovaný životopis a motivační dopis, podporují ho ve vypracování. Motivují ho k dalšímu růstu v této oblasti. *Velmi často si nejsou vědomí svých silných stránek. Ty se mu snažíme připomínat a stavět na nich (KP2)*. Při vypracovávání těchto dokumentů je znovu připomenutí těchto stránek důležité, jelikož pozitivní zkušenosti mohou využít a zahrnout je tak do svého pracovního profilu. Mezi silné stránky jsou zahrnovány například předchozí zkušenosti na trhu práce, dosažené vzdělání, zkušenosti z praxe získané během studia nebo pracovní činnosti, kterého ho baví v domácím prostředí. Snaha pracovních konzultantů směřuje k využití klientova potencialu a hledání takového pracovního uplatnění v souladu s klientovou představou a přáním.

Pro vhodné vytvoření pracovního místa na otevřeném trhu práce za kooperace se zaměstnavatelem, dochází k vytvoření prostoru umožňující osobám se zkušeností s duševním onemocněním dosáhnout co možná nejvyšší míře v socializaci v pracovním prostředí, ale i v jeho přirozeném prostředí. Pokud je zaměstnanec otevřený a chce umožnit těmto lidem pracovat, TPZ jim je nápomocný. Vzniká tak podporované zaměstnávání se zdravým okolím.

Fokus s.r.o. je nyní, jak již jsem výše zmínila, samostatná jednotka nazývána „dceřinou firmou“ Fokusu v Pelhřimově. S porovnáním s předchozími roky jsou prostory přestěhovány, vylepšeny a jsou větší. V rámci transformace může Fokus s.r.o. nabídnou širší škálu pracovních míst s různou náplní práce a možnosti uplatnění více osob. Chráněné dílny Fokus Vysočina, s. r. o. mají prozatím zaplněnou kapacitu a čekací lhůta na zapojení klientů do této firmy se prodlužuje. S ohledem na budoucí změnu v psychiatrické péči a vedení klientů k co nejvyšší míře soběstačnosti by bylo přínosem i navýšení kapacity zaměstnanců. Nejen, že vedoucí chráněných dílen přijímá zakázky od firem pro své zaměstnance na chráněných pozicích v chráněném pracovním trhu, součástí je i keramická dílna, kde jednotlivé výrobky jsou tvořeny a určeny k následnému prodeji. Zisk se zpět vrací do provozu a chodu organizace. Také se zde zvětšuje šicí dílna s ohledem a potřebností zakázek. *Každý umí něco jiného, je to individuální, někdo zvládá šití, výrobu z keramiky, vymývání beden. Je to různý. Využití tady je (R1)*. Jelikož ještě tento objekt byl nedávno součástí střediska v PE a umístěn byl

ve stejné budově jako komunitní tým, je zřejmý blízký vztah jednotlivých pracovníků, kteří mají na starosti proces práce pracovníků zaměstnaných v chráněných dílnách. Vedoucí chráněných dílen má možnost se účastnit ranních FACT i jiných porad. *To je pro nás skvělý, protože víme, jak se chovají v práci a máme o nich další informace (KP6).*

Už se mi stalo, že mě z dílen volali kvůli jednomu z klientů. Jeho stav se najednou zhoršil a bylo nutný okamžitě zakročit (KP2). I v takových případech spolupracují nejenom s klíčovým pracovníkem klienta. Může zde být využitý jakýkoliv pracovník ve vztahu s klientem například peer konzultant, sociální pracovník i zdravotní sestra. Záleží nejenom na vztahu ke klientovi, zda s ním byly provedeny schůzky s pracovníky. Také závisí na časové dostupnosti členů v MDT. Pokud klientův klíčový pracovník nemá dostatečný časový prostor, je osloven jiný člen MDT, který v dané situaci může přijet pomoci. *Nikdy nenecháme klienta samotného a snažíme se ho podchytit a přijet, pokud nás potřebuje (KP1).*

Adiktolog spolupracující s doporučenými klienty od MDT ve Fokusu, se snaží o abstinenci nutnou k provádění zaměstnání. Také je velmi prolutá s dalšími složkami koordinované rehabilitace. Fungování v práci bez návykových látek je nutné s daným klientem prodiskutovat. Nejlépe s člověkem, který se touto problematikou zabývá a ví, jak s osobami se závislostí komunikovat a jak je motivovat. Adiktolog disponuje vědomostmi, vzděláním, zkušenostmi a kompetencemi ho motivovat a udržet v takovém stavu, aby pozitiva abstinence převyšovala její negativa. Pro klienta může abstinence znamenat silnou vůli, odpírání si blaženého pocitu po užití látky, abstinenci příznaky a další okolnosti týkající se tohoto tématu.

Škola pro studenta zaujímá pozici přípravy na budoucí povolání. Pokud klient vnímá naši spolupráci s jeho školou nebo budoucí školou s navazujícím studiem, jako důležitou, domlouváme se společně s klientem na průběhu spolupráce, čeho by se měla týkat a jaký další okolnosti s tím souvisí. Někdo z důvodu vzniklé nemoci nebo propuknutí duševní nemoci musí nebo musel přerušit či ukončit studium. Pracovník Fokusu mu může nápomocen v řešení jejich zdravotního stavu a v komunikaci se školou, rodinou a žáky. *Občas jsme na pozici mediátora a prostředníka (KP2).* Stává se, že po stabilizování poruchy se chce dotyčný navrátit zpět do školy. *My, jako Fokus můžeme připravit jeho prostředí a pomoci pedagogům s případnými opatřeními*

potřebnými k pokračování a úspěšnému dokončení studia (KP2, KP6). Opět zde může dojít k propojení s edukační složkou, například pokud jsou vzdělávání a připravování pedagogové ve směru zapojení nemocného člověka do třídy, připravení jeho spolužáků a školního prostředí. Vše opět probíhá se souhlasem nemocného člověka, obvykle bez jeho přítomnosti. Vše se odvíjí individuálně podle vyhodnocení situace a přání klienta.

Při nástupu hospitalizace do psychiatrické nemocnice, se musí vykomunikovat doklad o pracovní neschopnosti. Sociální pracovníci provádějí první mapování, kde dotyčný pracuje, zda vůbec pracuje, nebo kde pracoval. S therapy působící na oddělení mohou rozvíjet pracovních schopnosti, stejně tak i v denní terapeutické dílně jako ambulantní službu ve Fokusu.

Další zdravotničtí pracovníci jsou zapojeni do pracovní rehabilitace také. *Stává se nám, že klienti přijdou k nám s nepříjemnou zkušeností od psychiatrů, který jim řekli, že pracovat již nikdy nebudou schopni (KP2).* Je těžké je znovu namotivovat po negativnímu postoj lékaře. *Všichni zde věříme v klientovy schopnosti a nevnímáme slabé stránky, ani je neznáme, nepotřebujeme je znát (KP5).* Medikace je také velmi důležitá, jelikož ovlivňuje celkový zdravotní fyzický i psychický stav. Jsou podávány léky tlumící, kdy klient například není schopen ráno vstát do práce. To může například trénovat s klíčovým pracovníkem i jiným členem v MDT. Fokus je zde vnímán jako přesah pro klienta v jeho prostředí s notnou dávkou podpory, pomoci, víry a naděje. *Nevzdáváme se jako tým a snažíme se najít jiné možnosti, pokud nějaký selhávají (KP2).* Lékaři, pokud člověk není schopen jít do práce, vypisují doklad o pracovní neschopnosti.

Další spolupracující organizace mohou hrát významnou roli v pracovní rehabilitaci při náviku pracovního procesu a činností. Nejenom v denní terapeutické dílně, kde k náviku dochází pravidelně, ale také ve volnočasové si může jedinec zvolit podle zaměření jeho budoucího povolání, a tak se lépe připravit na pracovní pozici a jeho náplň. Nutný je také nácvik péče o vlastní osobu, schopnosti komunikovat a udržení pracovní doby, kde musí být v práci přítomen.

Klientova zdravotní způsobilost je posuzovaná posudkovou lékařskou komisí. Ta má ve své kompetenci stanovit a posoudit zdravotní způsobilost k nástupu do zaměstnání. V případě nemožnosti určí zdravotní omezení či invalidní důchod v 1. až 3. stupni podle míry schopností člověka na trhu práce, ať už na chráněném či otevřeném. Invalidní

důchod pro jednotlivce znamená pravidelný příjem v nemožnosti vykonávat práci v zaměstnání za finanční odměnu. Pokud dostane invalidní důchod, i nadále může chodit do práce. *Pokud si to klient přeje, je snaha mu umožnit se zapojit alespoň v minimální možné míře jeho schopností (KP7).*

Pedagogicko – spirituální složka

Pedagogická a spirituální rehabilitace ovlivňuje přímo kvalitu života jednotlivce a jeho míru soběstačnosti a sebepojetí. Každý, kdo se na klientově světě podílí, má určitý podíl na nácviku a rozvoji nemocného člověka. Každá interakce i mezi zdravými lidmi má na každého nějaký svůj vliv. Z mezilidských vztahů si můžeme odnést jak zkušenosti a naučení se nových věcí, tak i poznatky o nových možnostech v řešení podobných situací. Pokud má někdo upřímný zájem o danou věc, je přítomna přirozená chuť se o tom dozvědět více a více se rozvíjet. Někdy nám do cesty život přinese i překážky těžce přijatelné. To však neznamená, že nejdou zvládnout. Přirozeně vyplývá, pokud dostaneme více informací o problému, je pro nás, tedy i pro osobu s duševní nemocí ve vztahu s duševní poruchou, lépe situaci zvládnout, kvalitně s ní dále pracovat, poznat jí a přijmout jako součást sebe samého. To nám usnadní v životě mnoho věcí. Jelikož známe nemoc a samy sebe, můžeme s tím dále pracovat. Tyto informace, pokud chceme, mohou klienti předat spolupodílejícím se lidem na jejich životě s očekáváním, že se na základě jejich doporučení zajímají o podobnou věc, vědí, jak se chovat, ví, jak se zachovat v daných situacích, co má člověk rád a na čem zakládat spolupráci. Na obrázku 9 je znázorněné nejbližší působící okolí na klienta Fokusu v Pelhřimově. Objevují se i subjekty výše zmíněné, ale s jinou rolí a pozicí v rámci pedagogicko – spirituální složky zobrazené na obrázku 9.

Jedna z hlavních činností Fokusu je osvěta a destigmatizace osob s duševním onemocněním. Zaměstnanci pravidelně dochází do škol a představují v prvním kole tuto organizaci. *V jedné škole už jsme obešli všechny třídy, první kolo máme tedy za sebou. Zrovna se zamýšlíme nad tím, jak pojmem druhé kolo návštěvy ve třídách. Více se budeme snažit zaměřit na žáky a jejich zkušenosti (KP2).*

Velmi často chce rodina pomoci, ale nemá o tom dostatek informací a není edukována, stejně jako další subjekty. Pokud se s rodinou podaří navázat alespoň nějaká spolupráce, pracovníci týmu se snaží předat základní důležité informace. To jim umožní lépe se svým potomkem pracovat na jeho rozvoji a zlepšení jeho holistického stavu.

Pro rodiny v rámci jejich vzdělávání a poskytnutí podpory byly v prováděny svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky. Ty vedla psycholožka a poskytla jim psychotherapeutickou skupinovou podporu. *Chtěli jsme jim ukázat, že v tom nejsou sami (KP7).* Této skupinové práce jsem se měla možnost účastnit. Jednotliví rodiče si zde předávali zkušenosti a dostávali tak zpětnou vazbu od dalších zúčastněných rodinných příslušníků klientů Fokusu, buď s podobnou situací a zkušeností, nebo s návrhem jiného přístupu, jiné metody, jak reagovat na svého syna či dceru s duševní nemocí. Měli možnost otevřeně hovořit o jejich životních zkušenostech a kam se společně posunuli. To vše v rámci uvědomění, navození klidu a zažití pocitu pochopení a uvědomění na základě informací a uvolnění. Toto je provázáno také s léčebnou složkou rodinných příslušníků. To, že rodiče si uleví a zkouší nové metody, může klientovi velice pomoci a v jeho domácím prostředí může dojít až k úlevě. Pokud si to klient i rodič přeje, mohou udělat skupinové sezení s psycholožkou/psychotherapeutkou. Ta může sloužit nejen k vyjasnění si a pochopení nemoci na základě informací, ale také k poznání jednotlivých rolí v rodině.

Při navázání vztahu s knězem na základě přání klienta za spolupráce s klíčovým pracovníkem, se jeví velký a pozitivní vliv na celkový stav klienta. *Dochází k panu faráři pravidelně ve svém volném čase a účastní se i mší, kde působí jako pomocník. Na klientovi je zřejmé, že ho to baví a uspokojuje. Jeho zpětná reakce je vesměs pozitivní. Spolupráce vyhodnocuje jako nalezení klidu a smíření (KP3).* Hodně se klient od pana faráře naučil a poznal. Jelikož to bylo přání klientů, napojit se právě na faráře v místním kostele, je zde základní prvek motivace silnější a klienti se chtějí o této tématice více dozvědět. Hodně je toto přání vyslovováno u osob se schizofrenií, není to však

pravidlem. Místní křesťanská komunita je příjemná. Farář a další pracovníci jsou velmi otevření. I sám farář dává zpětnou vazbu pracovníkům jako libost a nadšení vycházející z nově navázaných kontaktů. Hodnotí spolupráci s těmito lidmi přínosný pro něho samotného i pro klienty, jelikož poznávají další komunitu ve svém místním prostředí. Jejich duše je v holistickém pojetí člověka nedílnou součástí. Musíme se o ni starat (KP2). V této spolupráci může dojít k naučení se chování ve společnosti pro klienta nejpřirozenějším, přispět k lepšímu poznání sebe samého a lépe poznat a vnímat i jiné roviny naší společnosti i mimo naši společnost.

I psychoterapeut umožňuje klientovi lépe porozumět své vlastní osobě. Je mnohem těžší rozeznat příznaky nemoci a svou povahu či charakter. *S těmito lidmi jsem se hodně naučila trpělivosti a otevřenosti různým směrům* (KP7). Poznání a porozumění vlastního já je nedílnou součástí uchopení a zkvalitnění života dotyčného člověka. Role psychoterapeuta v pedagogické oblasti je velmi důležitá. Umožňuje klientům na sebe samého pohlédnout z jiného úhlu pohledu. Psychoterapeut dokáže zrcadlit klientovo chování a reakce. Tím klient má možnost jeho chování pochopit. Za pomoci nácviku, hraní rolí, modelových situací se může klient rozvíjet a naučit novému vzorci chování, uvědomit si, například proč se tak chová, dosáhnout změny v chování, ale i v prožívání. Edukace za pomoci psychoterapeutky se po zavedení terapie u jednotlivých klientů velmi osvědčila a je zde vnímán velmi pozitivní přínos pro klienta v jeho rozvoji a zlepšení jeho duševního zdraví. *Používám různé přístupy podle vhodnosti a vyhodnocení klientovi situaci, často využívám například kognitivně behaviorální terapii* (KP7).

Zdravotní sestra v MDT působí na tuto složku pravidelně. Její, pomocným nástrojem je kufřík obsahující informace s obrázky umožňující laicky vysvětlit klientovi trpící duševní poruchou, co se v jeho těle děje, co to znamená, jaké příznaky a projevy nemoc má, jak má reagovat v dané situaci, například pokud se mu zhorší stav nebo medikace, její vliv a případné ukončování. Jako zásadní je předání informace, kam se může klient kdykoliv obracet, případně kam se obracet v akutních situacích. Edukace a rozhovor na téma duševní zdraví a duševní nemoc může na začátku spolupráce obsáhnout každý pracovník, podle vlastního posouzení. Do toho je vhodná i osvěta spojená se zdravým životním stylem. Snaha pracovníků je odkazovat klienty ohledně správné životosprávy, medikace, vysvětlení nemoci, snížení či vysazení léku na zdravotní sestru. Podle potřeby se mohou na schůzce dotknout tohoto tématu opravdu všichni. Pokud do

zdravého životního stylu zařadí sport, který se klient chce naučit, mohou společně s nějakým pracovníkem začít běhat, cvičit nebo chodit plavat. V případě řešení jídla a správné volby a jeho zpracování se společně s klientem hledá jídlo a informace o něm na internetu, jde se společně například koupit a poté ho společně mohou uvařit. I to občas dělá zdravotní sestřička, ale i jiní pracovníci podle časové dotace a možnosti jednotlivých členů MDT.

Peer konzultant na základě své životní zkušenosti s duševním onemocněním předává informace o svých dovednostech, možnostech řešení. Hodně se také angažuje při nácviku a hledání činností ve volném čase. Mnoho klientů má invalidní důchod a režim dne jim může dělat problémy. Peer konzultant je tzv. průvodcem a pomocníkem u činností, který si klient stanoví. Jako nácvik dovedností používal často relaxační cvičení výše již zmíněné. Nácvik komunikace s dalšími orgány podle jeho zkušeností může hrát významnou roli při jeho činnosti. V pedagogické složce peer konzultant se snaží s klienty hledat nové řešení situací v přítomnosti jejich nemoci. Diskutují například o projevech nemoci, jejich poznání, naučení se vnímat změny projevující se na somatickém zdraví a další důležité prvky spojené s duševním onemocněním.

Při podporování samostatného bydlení je někdy potřebná asistence a edukace. *Klienti neví, co mají použít za mycí prostředek, nikdy samy nebydleli a neví, co na co je, nebo co koupit (KP4)*. Základní věci, které jsou běžné a běžně je využíváme, tito lidé nemusí znát. Důvodem je pouhá nezkušenost v samostatném bydlení. V této oblasti mnohdy působí pracovník v MDT na pozici asistent samostatného bydlení. Ten má na starosti chráněné bydlení jako poskytovanou službu ve středisku v PE ve Fokusu. Je tedy určena pouze pro osoby s duševní nemocí. Asistent dochází do bytů minimálně jednou týdně a řeší s nimi nejenom nácvik práce v domácnosti, stravování. Pomáhá jim i s finanční gramotností společně se sociálními pracovníky a klíčovým pracovníkem.

Organizace ve vztahu s klientem a zařízením se podílejí na trávení volného času klienta. To umožňuje člověku naučit se správně využít volný čas, naplánovat si den a dále nakládat s časem. V organizacích se ve volnočasových aktivitách rozvíjí jednotlivé složky klienta podle působení. Mnoho věcí se mohou lidé naučit a odnést si do života jako dobrou zkušenost. V poznání dalších zdrojů ve svém okolí tak získávají nové možnosti a příležitosti.

Jako vedlejší část Fokusu je dobrovolnické centrum. Tam působí koordinátor dobrovolníků, který má na starosti jednotlivé dobrovolníky, jejich rozvoj, vzdělávání, supervize a další věci. Podle přání klienta se může vztah s dobrovolníkem navázat podle využití schopností dobrovolníka, které nabízí. *Jeden z klientů se chtěl naučit hrát na kytaru, našel se tedy dobrovolník, který hraje a naučí ho to (KP5).*

Pro nácvik dalších činností pro využití v běžném životě nebo pracovním uplatnění je možné se naučit a trénovat v denní terapeutické dílně. Tam klienti mohou podle jejich uvážení dělat činnosti jako je keramika, tvoření mýdla a košíků, šití, vaření, mytí nádobí a mnohé další. Tu má na starosti aktivizační pracovník. Dílna je zaměřena na kvalitu provedení práce, schopnost trávení času na daném pracovišti a podobně.

Nově by měla být denní terapeutická dílna pomalu rušena a má vznikat nový projekt s názvem Recovery klub. Tam by si klienti sami měli zvolit činnost pro ně důležitou. Na základě jejich přání za podpory pracovníků bude tato klientova oblast rozvíjena.

Sociální složka

Sociální složka klienta je nedílnou součástí při práci sociálních pracovníků a klíčových pracovníků. Obsah této složky je rozsáhlý. Pokud má klient vyjasněné potřeby jako je financování, bydlení, rodinné vztahy, školu a další okolnosti, zabývají se pracovníci uplatňováním práv jednotlivce a navazováním nových vztahů a kontaktů v jeho prostředí. Práce s klientem v této složce může být také pouze o podpoře v klienta ve stávající situaci. Vše je podmíněno jeho souhlasem a přáním. Jednotlivé aspekty jsem zahrнула v obrázku 12: Podílející se subjekty na sociální rehabilitaci.

Prostředky koordinované rehabilitace v sociální složce jsou především vázány na zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, kde je jasně sociální rehabilitace definována. Ve výzkumu vyplývá z odpovědí, že náplň práce sociálních pracovníků je v souladu s tímto zákonem. Obvykle je jejich práce zaměřena na nácvik dovedností klientů, zprostředkování a pomoc kontaktu se společenským prostředím a uplatňování zájmů a práv. Do nácviku dovedností prováděných s klientem je zahrnuto zvládání péče o vlastní osobu, orientace, nácvik péče o domácnost a nácvik samostatného pohybu. I přesto, že se jedná o činnost obsaženou v zákoně o sociálních službách, komunikační partneři ji spíše řadili do pedagogické složky. Klienty jednotlivě seznamují, informují a vzdělávají v jednotlivých tématech a prakticky vše s dotyčným provádějí v jeho domácím a přirozeném prostředí. Pro sociální fungování je nutné znát základní věci například z chodu domácnosti, aby se dosáhlo stanoveného cíle klienta samostatného bydlení.

Společně s klientem vypracovávají dokumenty výše zmíněné. Jako hlavní nástroj vyhotovují osobní profil a plán osobní podpory. Všechny dokumenty slouží k zmapování životní situace klienta, jeho silných stránek, jeho zkušeností, dovedností, možností nebo příležitostí. Zjistí se tak i jeho nejbližší kontakty v přirozeném prostředí. S kým nejčastěji komunikuje, na koho se může spolehnout, na koho se obrátit. Osobní profil a jeho návod pro vypracování, co by v něm mělo být doplněno, jsem vložila níže do příloh jako přílohu 6. Veškerá spolupráce by po ústní dohodě navázání kooperace by v co nejkratším čase měla být podle možností podložena smlouvou písemnou. První společnou prací by měl být zhotoven osobní profil. Ten může zůstat u klienta, aby do něho mohl kdykoliv nahlédnout. *Osobním profilem mapujeme a zaznamenáváme osy životních domén. To je bydlení, zdravotní stav, práce, pocit bezpečí, dosažené vzdělání, zkušenosti, a právě ty silné stránky (KP1).* Více je rozepsaný v předešlém textu. *Je fajn, když ho má klient u sebe a udělal si ho sám (KP5).* Vedle něho se vypracovává osobní plán, který je vložený do seznamu příloh. K těmto dvou dokumentům jsou vypracovány kontrolní listy, sloužící pracovníkům ke kontrole. Ty jsou k jednotlivým dokumentům jsou přiloženy v přílohách. Příloha 7 zobrazuje kontrolní list pro osobní profil, jako příloha 8 je uvedený osobní plán a příloha 9 je kontrolní list pro osobní plán. Pokud klient nechce, nebo není ve stavu, kdy je možné plánovat, tak si tvoří pracovníci plán osobní podpory. V případě, že se u klienta střídá více profesí, plán osobní podpory znázorňuje nutné informace pro spolupráce a zjednodušuje tak navázání kontaktu

s daným klientem. *Tak je vlastně pokryta ta koordinace té péče (KP3)*. Pracovník si v něm zaznamenává, co se vlastně děje, jaké oblasti a koho do nich zapojuje. Plán osobní podpory je spíše určen pracovníkům než klientům, aby věděli, kam ta spolupráce opravdu směřuje a jakým způsobem. Tento dokument jsem uvedla v příloze 10. Sociální pracovníci tyto dokumenty používají nejčastěji podle vlastního úsudku a různorodosti situací jedinců. Jsou i další možnosti, které v případě potřeby mohou v dané metodice využít. V léčebné složce je uveden plán časných varovných příznaků, který se vypracovává po atace duševní nemoci. Ten je uveden v příloze 11, jako poslední nástroj pro sociální pracovníky, v ojedinělých případech i pro zdravotní sestru.

Sociální fungování v této složce hraje velkou roli, na kterou působí také peer konzultant, předávající klientům naději důležitou pro jejich život na základě svých osobních zkušeností s duševní nemocí. *Každý máme naději žít kvalitní život (KP2)*. Peer hodně pracuje také se zranitelností, tedy s nemocí zmíněnou v léčebné složce, stejně jako téma samoty. *Otevřeně si hovoříme o tom, co ta nemoc dělá, jaké jsou příznaky, jaké jsou varovné příznaky. Učíme klienty, jak s těmi varovnými příznaky pracovat, aby je uměli zachytit včas, aby si jich všimli (KP4)*. Pokud se cítí člověk sám, může se s ním zapracovat na kruzích jeho okolí. I když se sám může cítit, nemusí to tak být. *V těchto případech je dobré to s ním zopakovat a dojít k aha efektu, kdy si klient uvědomí, že opravdu na to není sám a jeho kruh podpory je mu nablízku a může se na ně obrátit (KP2)*. Tato oblast je zaměřena na sociální fungování člověka v jeho přirozeném prostředí a ve společnosti ovlivňující nejen okolí, ale také jeho osobní vnímání ve vztahu se sebezpojetím a zdravotním stavem. Přínosem je si určit bezpečné prostředí ze kterého může vycházet. *V metodice CARE je obsažena velká baterie nástrojů. Nejsou však povinné (KP1)*. Popsány jsou hlavní využívané nástroje vyjmuté z této metodiky. *Pokud pracovník uzná za vhodné, může kdykoliv sáhnout do šuplíku, do kterého potřebuje a volí si takové nástroje, které se mu hodí (KP1)*.

Sociální pracovníci se zaměřují na finanční gramotnost a zmapování finančních zdrojů jedince. Při nedostatku klienta informuje o dalších možnostech získání například invalidního důchodu, dávek. Při zadlužení volí se spíše odkazování na odborníky v Občanské poradně v Charitě v PE. Tam se dluhovou problematikou zaobírají ve větší šíři. Dochází tedy spolu s klientem na příslušné úřady. *Dříve jsme dluhové problémy našich klientů řešili našimi silami, nebylo to však dostatečné. Občanská poradna řeší*

dluhy lidí, oddlužení a celou tuto problematiku téměř denně. Jsou na to už odborníci a ví co a jak, na koho se obrátit, a jak individuální situaci řešit (KP2).

V oblasti bydlení mohou mapovat možnosti v klientově komunitě při hledání nového bydlení. V případě zájmu je možné ho zapsat do pořadníku do chráněného bydlení.

Zajímají se také, jak nakládají s časem v rámci režimu dne a sociálního fungování. Volnočasové aktivity ve spojení s navazováním vztahů s jeho okolím jsou otázkou každodenního života. Je tedy součástí všech složek koordinované rehabilitace. Pokaždé však s jinými prvky.

Cíle klienta

Jednotlivé cíle stanovené klientem nebo ve spolupráci se zaměstnancem Fokusu jsou spíše velké a v dlouhém časovém horizontu. Za hlavní cíl je komunikačními partnery považováno zotavení. Klienti kladou vysoké cíle a pracovníci by je měli směřovat k vytvoření menších cílů směřujících k dosažení velkého cíle, na kterých práce klienta bude postavena. *Cíle jsou zaznamenávány do osobního plánu, který si klienti mohou vzít domů, a průběžně do něho nahlížet a doplňovat si do něho (KP2).* Někomu může tento plán připadat irelevantní a zbavující svéprávnosti z důvodu podcenění stavu klienta. Jeho užití je na posouzení klíčového pracovníka, zda jednotlivé cíle musí být rozepsané nebo si je stačí pouze ústně opakovat v průběhu schůzky. U osob ovlivněných léky, s potřebou názorně věci vidět před provedením dané činnosti, či u lidí, kteří zapomínají, je tento nástroj vnímán za velmi efektivní. *Cíle plánujeme ze schůzky na schůzku (KP1).* Pokud se domluvíme, že splní určité kroky a na další schůzce je zhodnotíme jako úspěšné, mohou se připravit další kroky, nebo se naopak zopakovat při neúspěšnosti kroky co nebyli splněny. Při stanovení příliš vysokého cíle může dojít k selhání a demotivaci jednotlivce. *Je nutné přistupovat, při práci s lidmi s duševním onemocněním, trpělivě a důkladně. Hodně lidí s duševním onemocněním jsou spíše nedůslední a laxnější. O cílech s dotyčným stále mluvíme. Pokud si ho klient zvolí sám, je postaven na mnohem větší motivaci klienta, jelikož stojí na upřímném přání klienta, čeho chce dosáhnout (KP6).*

5 DISKUZE

Téma mé práce vyvolávalo u jednotlivých pracovníků v dané organizaci nejenom zájem, ale také rozpaky z důvodu neznalosti pojmu koordinované rehabilitace, se kterým se nikdo v praxi ani teoreticky nesešel. Pracovníci využívají jednotlivé složky koordinované rehabilitace. Zda tuto rehabilitaci využívají, mi v závěru všichni řekli, že ano. Toto téma jsem si zvolila na základě zkušeností s duševním onemocněním ve svém okolí. Spojitost s koordinovanou rehabilitací jsem zvolila právě proto, že myšlenky a kontext tohoto konceptu mi připadá jako ideální obraz pro možné praktické využití v rámci poskytovaných sociálních služeb. Každý z nás si uvědomuje nelibost v situacích, kdy se nám stalo něco nepříjemného a svůj příběh říkáme už poněkolidáté dalšímu a dalšímu odborníkovi s nedostačující důvěrou v odborníka ani v sebe. V tomto případě je za situaci považována přítomnost duševní nemoci. Lidé při ztransparentňování svého stavu zažívají stud a úzkost. Možná je důvodem i dlouho přítomná stigmatizace v naší společnosti osob s duševním onemocněním. Běžně jsou nazývány „blázny“, „šilenci“ a lidé v této skupině nesou i jiné prapodivné nálepky. Široká veřejnost a zdravotní odborníci by si podle Alonsa et al. (2009) měli uvědomit základní zjištění přítomnosti stigmatu s návazností na řešení ve výsledku naznačených priorit v oblasti veřejného zdraví, kde by měl být přítomen proces boje proti stigmatizaci. Možná je také důvodem stále se tvořícím obrazem naší společnosti prostřednictvím médií. Bohužel zobrazují obraz a nemoci v negativním světle, kdy bychom se asi měli i bát osob duševně nemocných.

Jak jsem poukázala výše v textu na to, že má-li člověk duševní nemoc, nemusíme ji poznat na první pohled ani při dlouhodobém vztahu. Běžně s ním mluvíme a nemusíme vidět ani vědět, že má například schizofrenii, deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy a mnohé další. Vůči tomu jsme takřka slepi. Vnímání svého okolí a dostatečné podvědomí každého z nás může pomoci a podpořit celkový pohled na toto téma. Domnívám se, že vznikající stigmatizace těchto lidí vzniká z nedostatečného podvědomí a nedostatečných informací týkajících se duševních onemocnění a jejich okolností jako jsou například projevy. Alonso et al. (2009) ve své studii týkající se domácností s neinstitucionalizovanými dospělými osobami s duševní poruchou odpovídali na stigmatické otázky spojené s diskriminací a rozpaky s pohledem na kvalitu života spojenou s omezováním práce a sociálního omezení. Výsledky studie podle Alonsa et al. (2009) ukazují vnímání osob s duševní poruchou v různých zemích

různě, souvisí stigma s nízkou úrovní vzdělání, bez zaměstnání a s žijícím partnerem. Vnímání stigma se ukazuje také se značným poklesem fungování role ve společnosti a kvality života (Johnová, © 2014).

První dílčí výzkumná otázka, „*Jak funguje Multidisciplinární tým v organizaci Fokus v Pelhřimově?*“ byla zodpovězena v první části empirického výzkumu v této diplomové práci. Na kladené otázky zaměřující se na multidisciplinární tým, se odpovědi komunikačních partnerů v mnoha ohledech shodovaly a doplňovaly. Popis základních prvků a znaků MDT se stává ideálním popisem nastavené spolupráce. Nastavený stav, kde všichni členové včetně rodiny se účastní péče o duševně nemocného, jsou ve vzájemném vztahu jako rovnocenní partneři a pracují s ohledem na vymezené role jednotlivých členů, stanovených úkolů a náplní práce to se shoduje s tvrzením Pfeiffera et al. (2014). Dle autorů Hollandera a Winklerna (2016) popisuje pracovníky využívající tuto metodiku za „pracovníka CARE“, který komplexní péči zaměřuje na přítomnost, zplnomocňování, vychází z přání klientů a jeho silných stránek a pomáhá klientovi dosahovat vlastních cílů stanovených klientem. Tyto teoretické základy se shodly s odpověďmi jednotlivých pracovníků naplňující body fungujícího multidisciplinárního týmu a práce v souladu s jejich filosofií. Tento popsáný ideální stav má za sebou dlouhou cestu spojenou s dlouhodobou a pečlivou přípravou a prací se zaměřením na zainteresování všech potencionálních komunitních subjektů, nastolení důvěry a vztahu, odstranění relevantních bariér a přiblížení principů práce. Hodnocení od komunikačních partnerů jejich spolupráce a komunikace v týmu obsahují nejenom výhody a pozitivní zkušenosti. Také byly popsány negativní zkušenosti, případné nedostatky týmu, organizační nevýhody a další možné příležitosti, na kterých by mohli dále v týmu pracovat a dále se rozvíjet.

Peč a Probstová (2014) řadí v psychiatrické rehabilitaci do MDT ošetřujícího lékaře, psychiatra, psychoterapeuta, psychologa, sociální pracovníky, zdravotně sociální pracovníky, zdravotní sestry a psychiatrické zdravotní sestry. Kruhová podpora ve Fokusu je znázorněna v kapitole týkající se MDT. Mezi základní kruhovou podporu ve Fokusu v PE je zařazen peer konzultant, zdravotní sestra, psycholog/psychoterapeut, sociální pracovníci, pracovní konzultanti a aktivizační pracovník. S postupnou transformací a vytvoření nového centra duševního zdraví, by do základní kruhové podpory měl být zapojen v rámci MDT ve Fokusu v PE ambulantní psychiatr, psychiatrická sestra a zdravotně sociální pracovník. Podle Čevely a Čeledové (2011b)

jsou komunitní týmy považovány za synonymum multidisciplinárního týmu, spolupracující úzce s poskytovateli všech sociálních a zdravotních služeb pro duševně nemocné. Shoduje se s tvrzením komunikačních partnerů. Centrum duševního zdraví by mělo sídlit ve stejné budově jako komunitní tým. Provázanost týmu bude intenzivní a prospěšná v zájmu klienta. S tím souvisí i navyšování počtu zaměstnanců i klientů. Už nebude muset být natolik využíván ambulantní psychiatr, který nemá dostatečnou časovou dotaci a kapacitu mimo MDT. Cílem reformy psychiatrie je uvolnit jednotlivé psychiatry do těchto ambulantních center, stejně jako psychiatrické sestry a propouštění pacientů po dokončení léčby co nejdříve do domácího prostředí. Podle Jacobse et al. (2017) se v konceptu obnovy duševního zdraví zmiňuje podpora vztahu představující partnerství mezi pečovateli, poskytovateli služeb a spotřebovateli, tedy klienty. Hlavní filosofický směr Fokusu spočívá v metodice Care obsahující Recovery, jež klade důraz na víru v zotavení všech lidí s duševním onemocněním (Hollander, Wilken, 2016). Dle Jacobse et al. (2017) jsou názory o obnově duševního zdraví v praxi neprozkoumány. Stejný autor ve své studii postavené na prozkoumání konceptu u jednotlivých objektů, kdy výsledky naznačují, že zotavení z duševních chorob je vícerozměrný proces. Účelem tohoto procesu je dosažení co nejkvalitnější péče vyžadující pružné postoje a otevřenost k přijetí této filosofie zúčastněných stran. To se v některých případech zaměstnancům podaří. Někdy se však setkávají s odmítnutím jejich filosofie a neotevřenosti vůči jejich spolupráci. Cílem multidisciplinární koordinace péče spočívá v objektivním a důkladném zmapování klientovy situace a následného společného nalézání optimálního řešení podle přání klienta podmíněno vyšší motivací. To se shoduje s vymezením práce v metodice CARE podle autorů Hollandera a Wilkena (2016).

Dílejší výzkumné otázky 2 až 5 jsou zaměřeny na zmapování jednotlivých složek koordinované rehabilitace v rámci psychiatrické rehabilitace poskytované v organizaci, Fokus. Ty byly popsány v druhé části praktické části. U každé složky koordinované rehabilitace byl pomocí programu Atlas.ti vytvořen obrázek znázorňující vztahy podílejících se subjektů na péči o osobu s duševním onemocněním i mimo zařízení. Jednotlivé složky koordinované rehabilitace přítomné v organizaci Fokus v Pelhřimově jsou vzájemně podmíněny a provázány. Je nutné zmínit výsledek, že jedna část klienta například zdraví je podmíněná a závislá s další oblastí, například dostatek financí a bydlení. V každé složce jsou vypsány jednotliví aktivní členové klientova života.

Jednotlivé podílející se subjekty na péči mohou využívat všechny složky koordinované rehabilitace. Rozdělení do těchto složek záviselo na využívání různých prostředků zaměřující se pokaždé na jinou oblast klienta.

Druhá dílčí výzkumná otázka: Jaké léčebné prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

Definice duševního zdraví podle WHO s důrazem na blahobyt a osobní produktivitu autor Galderis et al. (2015) mění. Galderisi et al. (2015) se snaží ve své studii vysvětlit nepřesnost této definice v souvislostech a navrhuje novou definici, která duševní zdraví popisuje jako dynamický stav vnitřní rovnováhy umožňující jednotlivcům využívat své dovednosti a schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Kdy různé životní epochy přináší změnu a výzvy k dosažení rovnováhy obsahující harmonický vztah mezi myslí a tělem přispívající v různé míře ve složkách duševního zdraví k rozvoji (Galderisi et al., 2015). Základní činnosti pracovníků v léčebné složce směřuje na duševní zdraví a často u těchto lidí opomenutého fyzického zdraví. Síť člověka s duševní poruchou je rozvinutá a rozpracovaná do takové míry, aby se předcházelo zbytečným hospitalizacím v psychiatrické nemocnici. To je jedním z hlavních cílů MDT ve Fokusu i reformy psychiatrie. Léčebná složka je ve Fokusu přítomná. Jednotliví zaměstnanci podle jejich specifické náplně práce se na léčebné rehabilitaci podílejí všichni. Nejvíce se na tuto oblast zaměřuje zdravotní sestra. Do budoucna se očekává působení v této složce také psychiatr a psychiatrická sestra. Je další nejdůležitější pracovník v této složce je považován psycholog/psychoterapeut, který je součástí MDT ve středisku Fokusu v Pelhřimově. V kapitole týkající se této výzkumné dílčí otázky jsou znázorněny i subjekty podílející se na léčebné rehabilitaci mimo organizaci Fokus.

Třetí dílčí výzkumná otázka: Jaké pracovní prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

Pracovní rehabilitace je prováděna v souladu se zákonem č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti týkající se pracovní přípravy, chráněného pracovního trhu a uplatnění osob se zdravotním znevýhodněním nebo postižením na otevřeném trhu práce. Pokud klient nemá vyřešenou oblast zaměstnání, za pomoci klíčového pracovníka je s klientem navázána spolupráce s týmem podpory v zaměstnávání v rámci Fokusu, kteří tuto rehabilitaci provádí. Pracovní konzultanti komunikují s dalšími subjekty a podporují

klienta při hledání vhodného zaměstnání a vytvoření bezpečného a přizpůsobeného prostoru pro výkon práce. Jejich činnost se shoduje s tvrzením autorky Mojžíšové et al. (2019), která definuje pracovní rehabilitaci jako souvislou činnost MDT s cílem získání a udržení vhodného zaměstnání pro jednotlivce podle jeho individuálních potřeb a požadavků. Pracovní konzultanti vykonávají poradenství, pracovní přípravu, tvoření životopisů a dalších důležitých aktivit. Dle Mojžíšové et al. (2019) se pracovní rehabilitace poskytuje formou poradenství zaměřenou na volbu zaměstnání, přípravu ro zaměstnání, udržení a změnu práce, zprostředkování a vytvoření vhodných podmínek. Dalším důležitým členem MDT podílejícího se na této složce jsou určitě všichni zaměstnanci, ale především je to specialista pro volný čas, který má na starosti denní terapeutickou dílnu. Tam klienti dochází podle potřeby a nacvičují si například základní činnosti potřebné pro výkon dané práce, pracovní režim, pracovní dobu, zkvalitnění jeho výrobků a další aktivity.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka: Jaké pedagogické a spirituální prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

Dalším pilířem koordinované rehabilitace je složka pedagogická. Ta je podle Mojžíšové et al. (2019) zaměřená na výchovu a vzdělání s ohledem například na profesní přípravu a rekvalifikace. Do této složky jsou řazeny i spirituální prostředky (Pfeiffer et al., 2014). Získané data odpovídaly na volnočasové aktivity a potřeby klientů získat dovednosti týkající se nakládání času a režimu dne. Švestková (2019) volný čas vnímá ze sociologického a psychologického pohledu. Sociologický přístup analyzuje činnost člověka ve volném čase a psychologické pojetí volného času poukazuje na prožití, pochopení a co pro klienta daná činnost znamená (Švestková, 2019). Do této složky zasahují všichni pracovníci Fokusu jak v rámci terapeutických dílen, týmu podpory v zaměstnávání tak mezi jednotlivými pracovníky. Zdravotní sestra používá kufřík k názornému ukázání jejich nemocí pomocí pomůcek, peer konzultant učí lidi vnímat nemoc z jiného pohledu na základě jeho osobní zkušenosti s duševní nemocí. Klíčový pracovník ho provádí běžnými i specifickými činnostmi, se kterými se klient setkává denně. Někdy se vzdělávání týká péče o domácnost, zdravého životního stylu, sportu sociálního zabezpečení. Ve spirituální části této složky je zapojen kněz mimo MDT a psychoterapeuta v rámci týmu pomáhají pochopit prožívání jednotlivce. To se shoduje v popisu této složky v přítomnosti jednotlivých členů s Pfeifferem et al. (2014). Velmi

obsáhlé působení vzdělávání je zaměřena v rámci MDT také na rodinné příslušníky za pomoci klíčových pracovníků, zdravotní sestry a psychologa.

Pátá dílčí výzkumná otázka: Jaké sociální prostředky jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově?

Wang et al. (2017) ve své práci vypracoval pět domén zahrnující všechny koncepty týkající se sociální izolace ve smyslu duševního zdraví, kdy za hlavní domény jsou považována struktura sociální sítě, sociální síť – množství, kvalita sociálních sítí, hodnocení vztahů a zdrojů a hodnocení vztahů na emocionální úrovni. Pracovníci v sociální složce se zaměřují na širokou oblast ovlivňující celostní stav klienta. Mapují vztahy klienta a jejich kvalitu, množství sítí v klientově životě, jejich základní struktury, kam dochází, co potřebuje či jaké další sítě kontaktů by pro něho byly potřebné a přínosné v souladu s jeho přáním. Snížením stigma, popsané výše v textu, se zabývá Evans – Lacko et al. (2014) u lidí s duševní poruchou ovlivňující sociální fungování s dopadem na jejich duševní zdraví, popisuje mechanismy snižující stigma a podporu sociálního začleňování nebo faktory podporující odolnost a ochranu před stigmatizací.

Cíl mé práce byl splněn. Podařilo se zjistit, že v organizaci Fokus v Pelhřimově pracovníci využívají koordinovanou rehabilitaci v podobě psychiatrické rehabilitace obsahující základní složky koordinované rehabilitace. Dle Pfeiffera et al. (2014) nesmí být v poskytované rehabilitaci vynechána žádná ze základních složek. Komunikační partneři považují všechny složky koordinované rehabilitace za podstatné a žádnou z nich by nevynechali. Maximálně může v určitých situacích dojít k tomu, že jedna složka převažuje všechny ostatní složky. To však nemusí trvat dlouho a podle potřeby mohou být všechny složky vyrovnané nebo aktivizované podle přítomnosti a potřeby klienta. Anders (2017) v rámci reformy týkající se psychiatrie zachycuje systém institucionální v komunitní péči s hlavním znakem tvořící páteř obsahující mimo nemocniční specializované psychiatrické služby. Jedná se podle stejného autora o komunitní týmy, kdy jde o multidisciplinární tým spolupracující úzce s poskytovateli všech sociálních a zdravotních služeb pro duševně nemocné. To se shoduje s výsledky v první výzkumné otázce v provázání se složkami s koordinovanou rehabilitací, jelikož subjekty do nich průběžně zasahují.

Námětem, pro zkvalitnění péče v tomto zařízení a zlepšení jejich činností mohou být využité další příležitosti, například přednášky pro zaměstnance právě v tomto směru.

Širší povědomí a informovanost pracovníků může podpořit větší propojení jednotlivých složek koordinované rehabilitace a rozvoj fungování multidisciplinárního týmu, který je základním kamenem kvalitní péče.

Díličí výzkumné otázky zaměřené na jednotlivé složky koordinované rehabilitace, jsou rozděleny dle Pfeiffra (2014) v této práci na léčebnou, pracovní, sociální a pedagogicko spirituální složku. Z výzkumu vplynuly základní nástroje používané při práci s cílovou skupinou ve Fokusu v Pelhřimově. Z odpovědí zaměstnanců byly vymezeny činnosti jimi prováděné. Základní nástroje a činnosti byli následně rozděleny a popsány v jednotlivých složkách. Jako důležitý faktor, nutný zmínit pro udržení věrohodnosti, je propojenost jednotlivých složek. Vzájemné podmínění faktorů jedné složky může silně ovlivnit další oblast týkající se klientova světa. Jeden zaměstnanec může svou činností a nástroji zasahovat do všech základních složek podle zvoleného působení a potřeby klienta.

Pro zlepšení a zkvalitnění služeb je doporučováno jednotlivci, tvořící výzkumný soubor, doporučení, dát této organizaci větší reklamu, například se spojit s médii. V probíhající osvětě se razí myšlenky, že jsou pracovníci pro lidi a pokud má kdokoli životní událost spojenou s duševní stránkou, mohou se na ně obrátit. Když je jim špatně, mohou se na ně obrátit.

Švestková a Pfeiffer (2008) uvádí potřebu návaznosti u rehabilitace ve zdravotnictví na rehabilitaci sociální, pracovní a pedagogicko výchovnou. Podle stejných autorů je právě proto nezbytné přijmou zákon o koordinované rehabilitaci. Bohužel se dostavil v minulých letech zatím neúspěch i přes značnou potřebnost a dostatečnou připravenost ve společnosti. I v této práci se ukázalo, že koordinovaná rehabilitace je potřebná a nutná v zájmu občanů s disabilitou především v sekundární a terciální prevenci (Švestková, Pfeiffer, 2008).

6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat složky koordinované rehabilitace v organizaci Fokus se zaměřením na středisko v Pelhřimově. Hlavní výzkumná otázka zjišťovala, jaké složky koordinované rehabilitace jsou využívány v organizaci Fokus v Pelhřimově. Dílčích výzkumných otázek bylo stanoveno 5 a odvíjely se od hlavní výzkumné otázky. Jedním z limitů této práce je malý počet komunikačních partnerů.

Celý výzkum byl prováděn kvalitativním šetřením na základě zakotvené teorie. Celkový proces zkoumání, počínající předvýzkumem, byl prováděn se sedmi komunikačními partnery pracujícími v zařízení, na které byl výzkum zaměřen. Ve výzkumu byly provedeny individuálně polostrukturované rozhovory zkoumající jednotlivé složky rehabilitace u osob s duševním onemocněním v dané organizaci. Výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky se odvíjely od cíle diplomové práce. Po zpracování rozhovorů ve formě audionahrávky do písemné formy, byly v programu Atlas.ti vytvořeny v rámci zakotvené teorie otevřené kódy, kterých bylo kolem sta. Z toho vznikala kategorizace podle zaměřených odpovědí a kladených otázek. Výsledky kódů a kategorizace jsem vkládala do schémat tvořených ve stejném programu.

Výsledek zakotvené teorie mi na základě získaných dat potvrdila hlavní výzkumná otázka. Organizace Fokus v Pelhřimově využívá koordinovanou rehabilitaci při péči s klienty s duševním onemocněním. Limitem MDT ve Fokusu v rámci poskytované koordinované rehabilitace byl zjištěn nedostatek, týkající se nevyužívání Mezinárodní klasifikace funkčnosti. Ta je pro koordinovanou rehabilitaci výchozí klasifikace pro hodnocení funkčního zdraví. Při otázce, zda by pracovníci mohli nějakou složku poskytované péče o člověka s duševní poruchou vynechat, se shodli v potřebě působit v rámci psychiatrické rehabilitace na každou složku koordinované rehabilitace. Neopomenutí jednotlivých složek dochází k výsledku zkvalitnění života klienta a efektivnější práci. Za hlavního koordinátora jednotlivých služeb je považován klíčový pracovník mající na starosti několik klientů. U každého klienta koordinuje spolupráci s dalšími subjekty podle potřeby klienta a dle jeho přání. Všichni pracovníci lpí na rovnocenném přístupu, partnerském vztahu a respektu k druhému. V rámci střediska Fokusu v Pelhřimově je vytvořena komunitním týmem kruhová podpora. Do ní je zahrnutý klient, rodina, a pracovníci Fokusu jako je zdravotní sestra, peer konzultant, sociální pracovníci. Nejblíže ke klientovi má klíčový pracovník.

Jako další doporučení plynoucí z nevýhod, je potřebnost služby krizové péče pro případ zhoršení nebo akutního stavu uživatele služeb. Nedostačující síť služeb týkajících se duševně nemocných na Vysočině, ukazuje potřebu transformace a rozvoje sociálních služeb a zdravotního propojení. S pracovníky ve Fokusu u klientů na smlouvě v aktivní spolupráci je navázán kvalitní a profesionální vztah. Z toho vyplývá, že klienti jsou schopni a v akutních případech ochotni ve zhoršeném stavu se obrátit o pomoc a podporu od zaměstnanců organizace.

Poděkování v závěru této práce bude věnováno všem zaměstnancům v této organizaci, za ochotu spolupracovat a za jejich práci spojenou s vírou v každého člověka, se kterým pracují. Jejich pozitivně postavená filosofie a jednotnost celého multidisciplinárního týmu působí pozitivně nejenom na klienta, ale na celé jejich okolí a komunitu. Znalosti, dovednosti a schopnosti jsou na vysoké úrovni. To je možné vyzorovat ve výsledcích, kde komunikační partneři prokazují znalost jejich poslání a filosofie, jejich komunity a jejich klientů.

Tato diplomová práce může být využita jako reflexe pracoviště pro zaměstnance a úrovně jejich práce. Na základě zjištěných informací může být tato práce využita v praxi jako první krok při využívání koordinované rehabilitace. Na sociálních sítích a jejich webových stránkách je stále uváděna především činnost sociální rehabilitace. Podle zákona a složek koordinované rehabilitace může dojít k upřesnění a vyjasnění jednotlivých činností a jejich práce.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ALONSO, J. et al. 2009. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord.* 118 (1 – 3), doi: 10.1016/j.jad.2009.02.006.
2. ANDERS, M., 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* © Psychiatrická společnost ČLS JEP. Galén s. r. o., 15. s.
3. ARMSTRONG, M., STEPHEN, T., 2015, *Řízení lidských zdrojů. Moderní pojetí a postupy.* 13, vydání. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
4. COHEN, M., R., 1999. The presentations of clinical psychiatry. *Quay Books: a division of M.A. Healthcare Ltd.* 190 s. ISBN 978-1856421034.
5. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011a. *Osud koordinované rehabilitace.* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2018-14-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
6. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2011b. *Koordinovanost ucelené rehabilitace. Pro lékaře.* [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-11/koordinovanost-ucelene-rehabilitace-36665>
7. ČEŠKOVÁ, E., RADOVAN, P., 2013. *Praktická psychiatrie.* Maxdorf. 144 s. ISBN 9788073453169.
8. DERSIOVÁ, A., 2011. *Svět za světem.* [online dokument]. Česká televize [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10319536622-svet-za-svetem/21156326208/>
9. EMMEROVÁ, M., 2012. *Co je to koordinovaná rehabilitace.* In: VÁLKOVÁ, M., et al., *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR.* Praha: MPSV. 44 s. ISBN 978-80-7421-052-5.
10. EVANS-LACKO, S. et al., 2014. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: a systematic mapping of the literature. *Eur Psychiatry.* 29(6), 381–389, doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.02.007.
11. FIHEL, A., PECHHOLDOVÁ, M., 2017. Between ‘Pioneers’ of the Cardiovascular Revolution and Its ‘Late Followers’: Mortality Changes in the Czech Republic and Poland Since 1968. *Eur j Popul.* 33(5), 651-678. doi 10.1007/s10680-017-9456-y.

12. FOKUS ČR, © 2019. *Komunitní služby*. [online]. Fokus ČR, z.s. [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/komunitni-sluzby>
13. FOKUS Vysočina, © 2019. *O nás*. [online]. FOKUS Vysočina z.ú., Havlíčkův Brod. [cit. 2019-01-11]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/o-nas>
14. FRANCOVÁ, H., 2014. *Sociální rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 149-156 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
15. GALDERISI, S. et al., 2015. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 14(2): 231 – 233, doi: 10.1002/wps.20231.
16. GEBHART, J., 2011. Revizní lékařství a budoucnost. *Revizní a posudkové lékařství*. (14)1, 24-30. ISSN 1214-3170.
17. GEBHART, J., DOLANKSÝ, H., 2011. Názory revizních lékařů na svoji práci (první výsledky dotazníkového průzkumu). *Revizní a posudkové lékařství*. (14)3. 95-100. ISSN 1214-3170.
18. GOLDSTEIN, F., W., 2007. *Combating resistance in a challenging, changing environment*. *Clinical Microbiology and Infection*. 2–6 pages. doi: 10.1111/j.1469-0691.2007.01721.x.
19. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
20. HARTNOLL, R. et al., 2003. *Příručka k provádění výběru sněžové koule*. Praha: Úřad vlády ČR. 108 s. ISBN 80-86734-08-0.
21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HOLCÁT, M., 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Reforma péče o duševně nemocné. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 78 s. ISBN 978-80-87142-21-9.
23. JACOB, S. et al., 2017. Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian*. 24(1): 53–61, doi: [org/10.1016/j.colegn.2015.08.001](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.001).
24. JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*, 2. doplněné vydání. Praha: Triton. 176 s. ISBN 807254-730-5.
25. JANKOVSKÝ, J., 2014. *Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému*

- rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 49-120 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
26. JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
27. JOHNOVÁ, M., © 2014. *Proč a jak posilovat přirozenou podporu* [online]. Časopis Sociální práce Brno [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=1026&fbclid=IwAR0q1aOZNK1c368s_Q0gKsuKTKy0Ye9eV5DJyidiT24BMUc5SZFP8XOaC0I
28. KOCMAN, D., 2016. *Přirozená podpora a nezávislý život lidí s postižením: rešerše literatury*. Praha: Quip. 22 s. [online]. [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003894.pdf?seek=1475212393>
29. KODYMOVÁ, P. et al., 2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. *Sešit sociální práce*. 3 (2015). 7-12. ISBN 978-80-7421-088-4.
30. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
31. KOLÁŘ, P. et al., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
32. KONDRÁTOVÁ, L., WINKLER, P., 2017. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Čes a slov Psychiatr*. 113 (3), 132-139. ISSN 1212-0383.
33. KŘOVÁK, J., 2009. *Předpis č. 101/2009 Sb.* In: Sbírnka mezinárodních smluv. Částka 39. [online]. [cit. 2018-15-12]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/ss09101>
34. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
35. LINHARTOVÁ, V. 2013. *Týmová práce je efektivnější*. In: Linkos.cz [online]. 10.06.2013 [cit. 2018-23-11]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/pomoc-zdravotnikum/tymova-prace-je-efektivnejsi/>
36. LÜTZ, M., 2017. *Kdo je tu vlastně blázen? Zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-363-1203-4.
37. MAHROVÁ, G. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

38. MASLOW, A., H. 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
39. MATOUŠEK, O. et al., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 310 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
40. MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
41. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
42. MKN – 10, 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Tabelární část*. Aktualizované 2. vydání, desátá revize. Bomton Agency, spol. s r.o., 860 s., ISBN 80-301865-4-9.
43. MOJŽÍŠOVÁ, A. et al., 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. ZSF JU v Českých Budějovicích. 118 s. ISBN 978-80-7394-738-5.
44. MPSV, 2015. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2015: Informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. 2. vydání. Praha: MPSV. 32 s. ISBN 978-80-7421-090-7.
45. MPSV, 2016. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. Praha: MPSV [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28419>
46. NEHYBA, S., et al. 2011. Program komplexní ambulantní rehabilitace u pacientů po operaci chlopenních srdečních vad. *Medicina sportiva Bohemica & Slovaca*. Roč.20. 2-9 s. ISSN 1210-5481.
47. NEIL, M., SANDERSON, H., 2012. *Circles of Support and Personalisation*. Associates to facilitate the circle. 19 p. [online]. [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <http://allenshea.com/wp-content/uploads/2017/03/circlesofsupportandpersonalisation-3.pdf>
48. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
49. OREL, M., et al. 2016. *Psychopatologie*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Publishing, a.s. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
50. PEČ, O., 2019. *Mental health reforms in the Czech Republic*. [online]. BJPsych International, Royal College of Psychiatrists 16(1), 4–6, doi: 10.1192/bji.2017.27.

51. PEŠTOVÁ, B., 2017. Peer pracovníci jako součást interdisciplinární spolupráce v systému péče o duševní zdraví. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií Brno.
52. PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích, 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
53. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*: MKF. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
54. PLOG, K., DÖRNER U., et al. 2019. *Irren ist menschlich*. Psychiatrie Verlag. 25 Auflage. 992 p. ISBN 978-3-88414-610-1.
55. PROBSTOVÁ, V., PĚČ. O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
56. PROTOPOPOVÁ, D., 2018. *V ČR máme vysokou míru diskriminace lidí s duševním onemocněním*. In: ozdravotnictví.cz [online]. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2018/06/18/o-reforme-psychiatrie-s-gestorkou-projektu-deinstitutionalizace/>
57. RABOCH, J., et al., 2012. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. TRITON, s. r. o., 240 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
58. SILVESTRO, D., et al. 2017. Educational action in the rehabilitation of severe acquired brain injuries: the role of self-awareness. *Ann Ist Super Sanita*. 82-85 p. doi: 10.4415.
59. STROSSOVÁ, I., KURTINOVÁ, R., 2016. *Metodika multidisciplinárního týmu*. [online]. Foku-Opava,z.s. [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf
60. SVOBODA, M., et al., 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
61. ŠESTÁK, J., 2010. *Chráněné dílny v Jihočeském kraji a Horním Rakousku jako součást systémových nástrojů podporujících pracovní uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. CHDNET. Jihočeská rozvojová. 77 s.
62. ŠESTÁK, J., 2014. *Pracovní rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, s. 157-65. ISBN 978-80-7394-461-2.

63. ŠKODA, J., 2007. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. 267 s. ISBN 978-80-7044-8588.
64. ŠŤASTNÝ, J., 1998. *Základy komprehenzivní rehabilitace. Atestační práce ve veřejném zdravotnictví*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Škola veřejného zdravotnictví. 60 s.
65. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 2 vydání. 377 s. ISBN 978-80-262-06446.
66. ŠVESTKOVÁ, R., 2019. *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky pro sociální pracovníky*. ZSF JU v Českých Budějovicích. 56 s. ISBN 978-80-7394-739-2.
67. Usnesení vlády č. 1046. 2002. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online]. [cit. 2019-2-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
68. ÚVN PRAHA. © 2017. *Duševní zdraví*. [online]. [cit. 2019-11-20]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/podpora-zdravi-pacientu/dusevni-zdravi>
69. ÚZIS ČR, © 2019. *MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. ÚZIS ČR [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn?fbclid=IwAR3OoXEk1Z8GS-zVANLUkyRQ14zxHgomEpK6tWgPGNZO7FTdhn7339PGJyk>
70. VELEMÍNSKÝ, M. et al. 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. ZSF JU v Českých Budějovicích. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
71. VÍTKOVÁ, M., 2008. Ucelená rehabilitace neurologických pacientů a význam ergoterapie. *Sborník XV. sjezd Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny*. Luhačovice. 10-11.
72. VOJTKO, T. 2010. In NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M. NEUBAUER, K. 2012. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 136 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
73. VOKURKA, V. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf s. r. o., 1128 s. ISBN 978-80-7345-456.

74. VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
75. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164. ISSN 1211-1244.
76. Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20/2011. ISSN 1213–2241.
77. WANG, J. et al., 2017. *Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 52(12). 1451-1461, doi: 10.1007/s00127-017-1446-1.
78. WHO, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
79. WHO, 2013. *European Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO: Regional Office for Europe. 19 p. ISBN 978-92-890-5095-1.
80. WHO, 2019. *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution* [online]. WHO [cit. 2019-25-02]. Dostupné z: <https://who.int/about/mission/en/>
81. WOHLGEMUTH, M., 2004. *Sociální pracovník v procesu ucelené péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Diplomová práce, České Budějovice: ZSF JU.
82. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1257 – 1289, ISSN 1211-1244 62.
83. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–1289, ISSN 1211-1244 62.
84. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 22, 842-904 s. ISSN 1211-1244.
85. ZEMAN, M. 2013. *Základy Fyzikální terapie*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. 106 s. ISBN 978-80-7394-403-2.

8 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Kruhová podpora

Obrázek 2: Organizační struktura Fokusu

Obrázek 3: Členové multidisciplinárního týmu tvořící kruhovou podporu v rámci Fokusu v PE

Obrázek 4: Kruhová podpora ve středisku v PE

Obrázek 5: Kruhová podpora tvořena spolupracujícími subjekty (Klientův svět)

Obrázek 6: Výhody multidisciplinárního týmu

Obrázek 7: Nevýhody v multidisciplinárním týmu

Obrázek 8: Koncept kvality života

Obrázek 9: Podílející se subjekty na léčebné rehabilitaci

Obrázek 10: Podílející se subjekty na pracovní rehabilitaci

Obrázek 11: Podílející se subjekty na pedagogicko – spirituální rehabilitaci

Obrázek 12: Podílející se subjekty na sociální rehabilitaci

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Scénář pro rozhovor

Příloha 2: Kazuistika 1

Příloha 3: Kazuistika 2

Příloha 4: Informovaný souhlas pro vedoucího střediska

Příloha 5: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha 6: Osobní profil

Příloha 7: Kontrolní list k osobnímu profilu

Příloha 8: Osobní plán

Příloha 9: Kontrolní list k osobnímu plánu

Příloha 10: Plán osobní podpory

Příloha 11: Plán časných varovných příznaků

10 SEZNAM ZKRATEK

ČR – Česká republika

DC – dobrovolnické centrum

CHB – chráněné bydlení

KRHB – koordinovaná rehabilitace

KT – komunitní tým

MDT – multidisciplinární tým

Metoda CARE – Comprehensive Approach to Rehabilitation – komplexní přístup k rehabilitaci

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Model FACT – Flexible Assertive Community Treatment – flexibilní asertivní komunitní léčba

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

PE – Pelhřimov

Recovery – zotavení

OSN – Organizace spojených národů

TPZ – tým podpory v zaměstnávání

ÚVN Praha – Ústřední vojenská nemocnice Praha

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Příloha 1 - Scénář pro rozhovor

Kritéria výzkumného souboru

- Jak dlouho pracujete v organizaci Fokus?
- Na jaké jste pozici?

Koordinovaná rehabilitace

- Nejdříve bych se vás chtěla zeptat, zda znáte pojem koordinovaná rehabilitace či ucelená rehabilitace?
- Co si představíte pod pojmem koordinovaná rehabilitace?
- Uplatňuje se koordinovaná rehabilitace v praxi ve vaší organizaci?

Multidisciplinární tým

- Jak byste ohodnotila spolupráci a komunikaci v multidisciplinárním týmu ve Fokusu v PE?
- Napadnou vás nějaké výhody/nevýhody multidisciplinárního týmu v tomto zařízení?
- Jak často, a kde se se schází multidisciplinární tým nad vybraným klientem?

Spolupracující subjekty

- Spolupracujete i s jinými odborníky nad vybraným klientem? Se kterými?
- Popište mi prosím, jak probíhá vzájemná spolupráce s odborníky?

Spolupráce s rodinou

- Popište mi prosím, jak je zapojena do spolupráce rodina a jaká spolupráce probíhá?

Složky koordinované rehabilitace a práce s klientem

- Jak dlouho pracujete s klienty?
- Kde se scházíte s klientem?
- Jaké nástroje využíváte při poskytování služeb zaměřených na zdravotní stav a léčebnou složku klienta?
- Jaké další činnosti využíváte v pracovní složce při práci s klientem?

- Jaké další činnosti využíváte v sociální složce při práci s klientem?
- Jaké další činnosti využíváte v edukační a psychologické složce při práci s klientem?

Organizace Fokus

- Když se vrátíme na úplný začátek, proč jste si vybrala právě organizaci Fokus?
- Jak byste jednou větou vystihla tuto organizaci?

Příloha 2 – Kazuistika 1

Kazuistika vybraného klienta

Představení klienta

V následující kazuistice přiblížím příběh jednoho vybraného klienta z organizace Fokus. Tímto klientem je pětadvacetiletý muž a v následujícím textu vás chci podrobně seznámit s jeho příběhem. Aby byla zachována mlčenlivost o osobních údajích, budu ho v této kazuistice nazývat jako Jardu. Jarde se narodil v Pelhřimově, kde žil několik let společně s rodiči. Po rozvodu rodičů začal žít s matkou. Otec si do péče vzal druhého syna. Momentálně je v péči otce stejně jako jeho bratr a nadále žijí v Pelhřimově. Služby ve Fokusu využívá již dva roky.

Je mu diagnostikovaná paranoidní schizofrenie. S Fokusem spolupracuje rád a pravidelně. Schůzky probíhají většinou v jeho bytě. Mimo jeho byt, který považuje za bezpečné prostředí, nekomunikuje. Při schůzce musí být zavřena všechna okna, aby nikdo jiný neposlouchal.

První kontakt s klientem

První informace jsem o Jardovi získala na každodenních ranních poradách nesoucí název FACT rady. A to právě z důvodu v nutnosti nebo zhoršení jeho stavu se dá na tabuli, a každé ráno se opět shlédne, zda se na něčem pracuje, kam se to posunulo nebo i opakování kontaktování klienta. Poprvé jsem se s Jardou setkala během prvního týdne na praxi, a to při návštěvě klíčového pracovníka v bytě Jarde otce, se kterým tam žil. Bratr, který zde taky žije, tráví svůj čas na školské koleji mimo Pelhřimov. Před návštěvou Jarde jsem dostala potřebné informace k vedení rozhovoru nebo případnému vyhnutí se nedorozumění v komunikaci.

S Jardou jsme si vstřícně podali ruku a nabídl nám posezení v obývacím pokoji. Schůzka probíhala v rámci 45 minut. I přesto, že Jarde má těžkou paranoidní schizofrenii, mé obavy spojené se setkáním s tímto klientem mě postupně opouštěly po vlídném přijetí od klienta. Jarde nezpamatoval a já měla možnost mu vysvětlit moji přítomnost při schůzce a tím došlo k přímému navázání prvního kontaktu. Jelikož mě viděl poprvé, byl o to méně komunikativní. Poznala jsem, že je Jarde nervózní při

komunikaci před více lidmi. I přes počáteční nervozitu jsem z otce i syna vnímala postupně přicházející úlevu spojenou s tím, že jsme všichni obyčejní lidé, kteří mají podobné vlastnosti a potřeby. Žádná pracovnice ke klientům nepřistupuje jako nadčlověk. Je upřednostňován přátelský rovnocenný vztah s jasně vytyčenými hranicemi. Na schůzce, která dopadla dobře, byly domluveny další kroky a další setkání. Hovořilo se o tom, na čem by on sám chtěl pracovat.

Již při loučení se, si Jarda něco mumlal. Při otevření dveří nám už neřekne ani slovo. Mlčky pokývne na rozloučenou bez očního kontaktu. Při odchodu z jeho bytu za námi zavřel. Asi za deset sekund pootevřel dveře a v mumlání pokračoval. Téměř neslyšitelné a nesrozumitelné vyslovování slov a vět nás doprovázelo cestou z bytovky. Sociální pracovnice mi naznačila, ať nastoupím do výtahu a nic neříkám, ať ho nechám. Následně mi bylo vysvětleno, že toto mumlání nazvali s Jardou takzvaným „zaklínadlem“ směřovaným k nám. Jelikož během schůzky mu hlasy nedovolí nic moc říct, Jarda všechny myšlenky, co ho během rozhovoru napadaly, držel stále v sobě. Klíčová pracovnice mi popisuje, že vnímá komunikaci s ním jako velký souboj v jeho hlavě, než k nám může promluvit. Tento okamžik mumlání vnímá jako ventilaci toho, co nám chtěl říct po dobu schůzky. Takže to vlastně mumlá pootevřenými dveřmi, ze kterých jsme zrovna vyšly. Je to ale nesrozumitelné. Je možné, že mu to přináší úlevu?

Anamnézy

Osobní anamnéza:

Jarda se narodil v roce 1991 v Pelhřimově. Je mu tedy 27 let. Je střední štíhlé postavy a má delší černé vlasy. Na jeho tváři má delší černé vousy. S Fokusem spolupracuje od roku 2016. Celý život je introvert. Má rád svůj osobní a bezpečný prostor. Samota mu vyhovuje. Je velmi inteligentní a cílevědomý. Jeho zájmy jsou matematika a fyzika. Ve volném čase rád čte knihy. Ještě do nedávna si chodil do městské knihovny půjčovat spoustu knih. Jednou týdně chodí do denní terapeutické skupiny ve Fokusu. Jeho jediný kontakt s okolím je kontakt s jeho otcem a bratrem. Jenom vůči bratrovi dokáže vyjadřovat emoce. To je považované za velký pokrok, že vůbec dokáže projevit emoce. Jako další kontakt mimo rodinu je organizace Fokus. V jeho bytě ho navštívili již různí pracovníci z komunitního týmu. Má rád klid a většinou je ve svém pokoji. Působí klidně a vyrovnaně. Při komunikaci jsem na něm vypožadovala mírnou nervozitu a obavy. Odpověď mu trvala déle. Jako neutrální téma je považována tematika týkající se knih.

Mezi jeho oblíbený žánr patří sci-fi. Dokáže být všímavý, příjemný i přátelský. Mnoho věcí mu jde. U nějakých činností je nutné mu věci připomínat, jako je zvládání běžných denních činností a péče o vlastní osobu.

Rodinná anamnéza

Od narození žil Jarda s rodiči v Pelhřimově. Po rozvodu rodičů zůstal Jarda u matky a bratra byl převzat do péče otec. Jardův bratr je nejvýznamnější osoba v jeho životě. Je to jediná osoba, ke které je schopný vyjadřovat pozitivně laděné emoce. Jeho bratr je zdravý, nyní studuje a bydlí na koleji. Momentálně dochází ke změně chování u Jardy. Při příjezdu bratra ze školské koleje domů, ho Jarda vítá a radostně na něho vyskočí.

Otec i bratr se shodují na tom, že po celou dobu soužití je manželka, matka Jardy a bratra psychicky týrala. Po rozvodu a ponechání Jardy v péči matky docházelo ke stupňování týrání. Psychického týrání přecházelo do fyzického násilí, ponižování, zesměšňování, využívání synových vydělaných peněz, házení popela a dalších věcí na hlavu a do vlasů Jardy, a dalším otravným věcem. Při studiu Jardy na Karlově univerzitě docházel také do práce. Jeho matka měla, možná i nadále má, dluhy. Jarda po výplatě musel odevzdávat všechny své finance matce a nezbývalo mu nic. I přesto Jardu otec u matky nechal.

Po jeho zhoršení zdravotního stavu Jardy a následné hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, si vzal Jardu do péče jeho otec, který má v péči i jeho bratra. S matkou se Jarda téměř nevidá. Ze styku s matkou má strach a obavy. Nechce ji vidět. Otec je spíše dominantní osoba a na Jardu klade příliš vysoké nároky. Říká mu, ať se nemoci postaví a začne fungovat. U otce Jardy jsem vnímala nedostačující porozumění nemoci. Jako následek nepochopení Jardy docházelo ke kladení vysokých cílů a povinností směřující k Jardovi, který nebyl schopný vyhovět otci a splnit jeho požadavky. Při nedosažení stanovených cílů nedocházelo k pozitivně motivujícímu přístupu. Je lepší brát ohledy na klienta a stanovit takový cíl, který pro něho bude samostatně zvládnutelný, případně zvládnutelný s určitou dopomocí. Podpora otce a jeho druhého syna je. Viditelná při stanovení a hledání Jardových hodnot, jsou viditelné jasné nedostatky v běžném životě. Jarda vnímá ve svém životě pouze tři okruhy, a to matematiku a fyziku, bydlení a rodinu.

Školní a pracovní anamnéza

Jarda je velice chytrý, vnímavý a cílevědomý. Většinou si práci, záliby a různé činnosti zvládá dělat sám. Vnímám, že pracovat samostatně je pro něho příjemnější. Vystudoval střední školu – obchodní akademii. Dále pokračovat na Vyšší odborné škole se zaměřením na ekonomii, kterou dostudoval a úspěšně získal titul Dis. Po VOŠ se dostal na Karlovu univerzitu v Praze. Při studiu Vysoké školy Karlovy univerzity ještě pracoval ve výrobním podniku v Pelhřimově, kde je třísměnný provoz. To bylo asi před dvěma lety. V tu dobu se mu zhoršil zdravotní stav a musel být poprvé hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Nyní má studium přerušené a pobírá invalidní důchod v plné výši. Rád by studium dokončil.

Zdravotní anamnéza:

Jardovi byla diagnostikovaná paranoidní schizofrenie, která je řazená v MKN – 10, pod kód F20-29. Před dvěma lety byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici po dobu 1,5 měsíce. Jeho stav se zhoršil a teprve tehdy se mu stanovila tato diagnóza. Před hospitalizací jeho bratr udává, že již v práci v Pelhřimově, ale i v běžném životě v přirozeném prostředí, měl různé návyky a stereotypní chování. Jardy nutkavé chování označují pracovníci Fokusu jako obsedantně kompulzivní chování, kdy měl a stále má nutkavou potřebu dělat různé věci, jako je například při příchodu do kuchyně musí spočítat všechny kleště. Při kontaktu s Jardou je možné u něho vidět psychomotorický neklid. Za důležité informace ve zdravotní anamnéze považují fakt, že Jarďa má a pravidelně užívá léky. Ty mu byly navedeny při hospitalizaci. Pravidelně užívá antipsychotika, ale jeho pozitivní projevy schizofrenie, jako jsou hlasy a bludy, nadále přetrvávají.

Kvůli paranoidním myšlenkám spojeným s tematikou nacismu, trpí Jarďa silným strachem z nacistické strany a z lidí. Myslí si, že se kdokoliv může proměnit v druhého Hitlera. Při rozhovoru musí svádět boj s udržení pozornosti, s hlasy, které mu nedovolují mluvit, a s tím, že někdy promluví. Jediné místo, kde dokáže bez obav odpovědět je, je jeho byt. Musí však být zavřené okna i venkovní dveře, aby ho nikdo neslyšel. Kdyby ho někdo slyšel, byl by ovlivněn nacistickou stranou a mohl by se z něho stát druhý Hitler. Jarďa mimo byt nekomunikuje. Používá minimální prvky neverbální komunikace. Někdy reaguje alespoň pokývnutím. Musí se tedy vše domluvit

v jeho bytě. Schůzka mimo jeho prostor musí být tedy naplánovaná. Pravidelně dochází k ambulantnímu psychiatrovi.

Ve svém zdravotním stavu považuje problém s pozorností. Pozornost mu neumožňuje věnovat se tomu, co ho baví.

Sociální anamnéza:

Jarda bydlí společně s otcem a jeho bratrem v bytě v Pelhřimově. Jeho bratr však nejčastěji bydlí na koleji mimo město. Jarde je samostatný a zvládá péči o vlastní osobu. Pobírá invalidní důchod v plné výši. Žádost o invalidní důchod byla podaná s pomocí Fokusu v roce 2016. O přiznání a pobírání invalidního důchodu docházelo v průběhu roku 2017.

Jarda začíná se spoluprací s organizací Fokus se střediskem v Pelhřimově po první hospitalizaci v psychiatrické nemocnici v roce 2016. Organizaci vyhledal jeho otec, který přišel rovnou se zakázkou pro pracovníky týkající se jeho syna Jarde. Prvotní zakázka byla udržení, edukace zdravotního stavu a výpomoc po návratu z psychiatrické nemocnice. Po městě je schopen Jarde chodit sám. Často se mu musí připomínat běžné denní činnosti, jako je vyčištění zubů, osprchování se. Svůj volný čas tráví především čtením knih a prohlížením internetu.

V případě krizových situací se obrací především na sociální pracovníky ve středisku v Pelhřimově. Nejvíce komunikuje se svou klíčovou pracovnící, která je i jako prostředník mezi rodinou, Jardou a lékaři. Již výše jsem zmínila, že Jardu navštívilo více pracovníků jako je zdravotní sestra, další sociální pracovníce, peer konzultant. Jarde to nevnímá za překážku. Naopak, postupně se seznamuje a navazuje vztahy s dalšími osobami a členy komunitního týmu ve Fokusu. Od pracovníků je motivován k aktivní účasti a spolupráci na svém životě. Je mu zde v plné míře poskytována podpora emocionální a sociální. Pracovníci využívají techniku naslouchání a rozhovoru. Díky společnému pohledu na jeho nepříznivou životní situaci, se mu dostává objektivní a subjektivní zpětné vazby. Tým pak společně hodnotí, že spoustu věcí se jim společně podařilo, na čem by on sám chtěl pracovat, a co je pro něj důležité. Pracovníky či dalšími osobami v blízkém okolí jsou mu poskytnuty příklady, které se jiným podařily, který se ostatním osvědčily. Okolí mu poskytuje podporu ve zvládnání úkonů a dosažení

cílů. Klient, v tomto případě Jarda, je motivován k tomu, aby si on sám uměl říci o zakázku, která by pro něho byla zajímavá a mohl z ní v dalších situacích vycházet.

Sociální diagnóza

Jarda trpí paranoidní schizofrenií, která mu byla diagnostikována v roce 2016 při první hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Nyní se daří podchycovat jeho zdravotní stav v domácím prostředí. Zatím nebyla nutná další hospitalizace. Při pochybení a konzultaci s dalšími pracovníky je možné v krizové situaci ho převést do psychiatrické nemocnice a zařídit mu tak hospitalizaci. V těchto případech se spolupráce s klientem i nadále udržuje a pracuje se v tuto chvíli na aktuálních věcech klientova života. Nadále je podporován v rozvoji jeho osobních vlastností a je pozitivně motivován do života, například při hledání smyslu existence. Jarda je zatím se spoluprací s Fokusem spokojený. Poznal, a pochopil více o své nemoci, seznámil se s osobou s podobnou zkušeností a s možností pracovat na sobě, která ho může dovést ke zlepšení.

S.dg.: Jarda potřebuje navazovat vztahy s lidmi a tvořit tak vazby na své okolí. Je nutná edukace o jeho nemoci. Jelikož je Jarda bez příjmů, je potřeba podat žádost o invalidní důchod a případně příspěvek na péči. Je nutný doprovod k lékařům a na úřady. Na úřad práce se musí s pracovníkem dojit nahlásit. Do budoucna se možná bude řešit samostatné bydlení nebo zvážit možnost chráněného bydlení. Jako nejdůležitější vnímám udržení jeho stabilizovaného zdravotního stavu.

Plán intervence:

- pravidelná konzultace s klíčovým sociálním pracovníkem a komunitním týmem;
 - dle potřeby, minimálně 1x za týden, případně telefonický kontakt;
- žádost o plný invalidní důchod;
 - edukace o invalidním důchodu, jejího stupni, nároky a podmínky pro přiznání;
- přerušování studia ze zdravotních důvodů;
 - možnost ji při stabilizaci zdravotního stavu dokončit;
- zažádání o průkazku ZTP;
 - uplatnění slev vztahujících se na ZTP průkazku;
- žádost o příspěvek na péči;

- pomoc druhé osoby je v některých věcech nutná. Jelikož mimo byt nekomunikuje vůbec, nedomluví se na další schůzce k lékaři, nekoupí si jízdenku a podobné věci;
- přihlášení se na Úřad práce;
 - placení zdravotního a sociálního pojištění. Doposud odpracovaná doba a doba placení zdravotního a sociálního pojištění;
- denní terapeutická skupina v hlavní budově Fokusu v Pelhřimově;
 - adaptování se v cizím prostředí, navázání nového kontaktu. Poznávání Pelhřimova a samostatná cesta Jardy s předcházejícím mapováním si jeho trasy, tvoření, komunikace v DTS;
- peer konzultant;
 - životní příběh peer konzultanta, učení se cvičení „win hof“ – dechové relaxační cvičení;
- udržení stabilizovaného zdravotního stavu edukace, zlepšení;
- edukace rodiny;
- spolupracovat s rodinou;
- naučit se samostatnému cestování;
 - pomoc při cestování, koupit jízdenku;
- doprovod k ošetřujícímu ambulantnímu psychiatrovi do ordinace;
- doprovod k stomatologovi;
- návštěva knihovny.

Cíle klienta:

- udržet svůj zdravotní stav stabilizovaný;
- najít vhodnou medikaci, která by zaléčila a potlačila pozitivní příznaky onemocnění;
- chodit do knihovny;
- naučit se samostatně cestovat veřejnou dopravou;
- zlepšit pozornost;
- po zlepšení pozornosti se věnovat věcem, které ho baví – knížky, internet;
- docházet do Denní terapeutické skupiny;
- účast na volnočasových aktivitách;
- začlenit se do společnosti;

- dosáhnout co nejvyššího stupně samostatnosti;
- zlepšit finanční hospodaření – přispívá na nájem, většinu peněz si spoří.

Přání otce:

Na schůzce s Jardovou psychiatrickou, kde byl účasten i klíčový pracovník Jardy a otec, vyšlo najevo několik skutečností. Otec vnímá Jardu jako neschopného. Klade mu příliš vysoké požadavky, které Jarda není schopen zvládnout. Otec vyslovil přání, že by byl rád, kdyby se Jarda osamostatnil. On sám to už nezvládá a je to pro něho náročné. Chtěl by, aby se Jarda přestěhoval a osamostatnil se. Bratr souhlasil.

Jarda vnímá rodinu jakou nejdůležitější součást svého života. Nepochopil přání otce. Klade si otázku, čím je jim na obtíž, když od nich vlastně nic nechce. Jarda je opravdu velice šikovný muž, u kterého věřím, že malými krůčky může dosáhnout všech cílů, které si Jarda stanoví.

Nyní je z něho cítit vztek a nepochopení vůči přání otce. Osamostatnit se a postavit se na vlastní nohy je sice velký a postupně zvládnutelný cíl, ale toto přání nevychází z přání Jardy. Je tedy pro Jardu velmi náročný požadavek od okolí těžko. Jarda vnímá spolubydlení s otcem za uspokojující. Otec ale vidí situaci spíše tak, že je Jarda neschopný, a on sám je velice unavený a moc to nezvládá. Musí ho hlídat, aby se umyl, aby si uklidil věci, aby se převlékl a další, pro otce běžné, denní činnosti.

Zhodnocení intervence

Na začátku spolupráce s organizací Fokus se Jarda do komunikace nezapojoval. Jelikož spolupráce začala na základě žádosti otce Jardy o pomoc v náročné životní situaci. Fokus tedy navázal spolupráci s otcem, jako s rodinným příslušníkem osoby s duševní nemocí.

Pravidelná konzultace s klíčovým sociálním pracovníkem a komunitním týmem

Po několika setkáních s klíčovou pracovnící a propuštění z nemocnice byl vnímán pokrok v navázání pracovního vztahu s navozenou důvěrou mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Jarda se spolupráci s Fokusem nebrání. Někdy, když si musí danou věc promyslet, nastává situace, kdy Jarda nezvedá telefony, nebo neotevírá dveře od bytu. Je tedy navázaný kontakt přes otce, který mu vše vyřídí. Léky, které bere na potlačení pozitivních příznaků nemoci, jako jsou bludy, nemoc stabilizují. Bohužel se u některých

lidí stává to, že nemoc se nezhoršuje, ale příznaky jako jsou hlasy, nadále přetrvávají. Bohužel v případě Jardy, předepsané léky nepotlačily hlasy v hlavě ani bludy. Jarda se tedy musí s nimi učit žít. U Jardy jsou hlasy spíše negativně laděné. Setkala jsem se i se schizofrenikem, který slyší hlasy, které mu říkají, že ho mají rádi a dokáží ho naplnit láskou v situaci, kdy se cítí osamoceny. Jako velký pokrok u Jardy je pozorovatelný právě v komunikaci. Nyní Jarda s pracovníky v jeho bytě komunikuje. Sice pomaleji, ale někdy zvládá i složitější souvětí. Pracovnice z komunitního týmu vidá rád. Klíčový pracovník se v dalších krocích bude snažit o přenesení jeho nemoci do pozitivního naladění. Ráda by s Jardou uzavřela dohodu, že i když jí řekne určité věci, které mu hlasy zakazují říct, nezmění se v druhého Hitlera. Tím by se mohlo dojít k tomu, že se důvěra mezi Jardou a klíčovým pracovníkem prohloubí. Myslím si, že kdyby se tato dohoda podařila uskutečnit, Jardovi by se mohlo ulevit a získat tak zkušenost, že se opravdu v Hitlera nepromění. Bude to sice pro něho náročné, ale i malý krok pozitivně nastavený je důležitý.

Žádost o plný invalidní důchod.

Ještě během hospitalizace byla podaná žádost o invalidní důchod na Městském úřadu v Pelhřimově. Po propuštění proběhlo posudkové řízení, které dopadlo ve prospěch Jardy a invalidní důchod mu byl přiznán v plné výši. Příští rok bude probíhat další přezkum o přiznání invalidního důchodu.

Prerušení studia ze zdravotních důvodů

Momentálně má studium na Karlově univerzitě přerušené. Má hotový rok studia. Je na oboru bakalářském v ekonomickém směru. Rád by školu dokončil, ale nechce hned. Až zvládne věci doma a bude více schopný se soustředit, začne o tom uvažovat.

Zažádání o průkazku ZTP, Žádost o příspěvek na péči.

Obě žádosti společně s Jardou byly vyplněny a Jarda žádosti odnesl na Městský úřad s doprovodem pracovnice. Při nemožnosti mluvení a kladení otázek, mu pracovnice poskytovala podporu, případně za něho odpověděla.

Přihlášení se na Úřad práce

Při hospitalizaci ho sociální pracovnice nahlásila na Úřad práce, kde je i nyní. Do práce zatím chodit nezvládne, ale rád by. Je mu poskytována edukace ohledně pracovního

uplatnění na veřejném trhu práce. Byl navázán kontakt na Tým podpory v zaměstnávání v Pelhřimově.

Denní terapeutická skupina v hlavní budově Fokusu v Pelhřimově

Do denní terapeutické skupiny dochází jednou za týden, někdy i méně. Před první návštěvou Fokusu společně s pracovníkem probrali cestu, kudy půjde. Nyní už dochází pravidelně a bez problému sám. Největší překážkou byla komunikace s pracovníci v denní terapeutické skupině. Klíčový pracovník prvně podal zakázku, co by si Jarda představoval, co by chtěl v této dílně dělat. Nyní, když přijde do dílny, je tam připraven počítač. S pracovníci komunikuje pomocí písemného dokumentu v počítači. Jako možnost komunikace při pravidelném navštěvování mimo jeho byt, tato metoda funguje. Po celou dobu mu je počítač s dokumentem na psaní poskytnut a může tam kdykoliv něco napsat, když bude něco potřebovat. To zatím nevyužívá. Pracuje stále na výrobě košíků. Zatím činnost změnit nechce.

Peer konzultant

S peer konzultantem, pracovníkem organizace Fokus, nacvičují meditační cvičení stavěné na dechovém cvičení působící harmonizačně na celé tělo. Toto cvičení se rozhodli využívat pro zlepšování pozornosti. Jarda sám hodnotí cvičení jako pozitivní, a začal ho trénovat i sám doma. Při pravidelném cvičení vnímá pokroky. Toto cvičení je využíváno u Jardy ke zvyšování koncentrace (prvně edukační videa, trénink, a poté cvičení). Po dechovém cvičení popisuje Jarda projevy jako je brnění hlavy, prstů u rukou a tlaku na chodidle. Plán domluvený s peerem vychází z přání Jardy – cvičit sám doma, další schůzka cvičit společně, další schůzka cvičit na koncentraci pomocí textu. Na tom se společně domluvili.

Využití metody a techniky sociální práce

Pracovníci organizace Fokus využívají v procesu s klientem individuální přístup. Klient je v této organizaci vnímán jako expert na svůj život. Pracovníci pracují s tím, co chce klient. Sociální pracovníci by neměly postupovat podle svého přesvědčení, co by pro něj bylo určitě nejlepší. Každý člověk je jedinečná bytost, která zná nejlépe svou situaci. Každý má jiné obranné mechanismy, vyrovnávací techniky nebo metody pro řešení problému. Podle charakteru, osobnosti klienta se dále hledá řešení z problému tak, aby bylo napasované na uživatele, podle jeho vlastností a schopností. Zvládnání jeho

situace by mělo být posazená tak, aby to pro něho bylo pozitivně motivující a zvládnutelné. Celý přístup je zaměřený na úzkou spolupráci s komunitním týmem jako celkem, ale i s jednotlivými pracovníky podle jejich zaměření. Klíčový pracovník tvoří nedílnou součást ve společné práci s klientem. Společně tvoří individuální plány krátkodobé, případně i dlouhodobé. Služba není časově omezena. Mezi jejich nejsilnější stránky při využívání technik sociální práce je aktivní naslouchání. Téměř vždy využívají techniku rozhovoru. Mně se při práci s touto cílovou skupinou osvědčilo využívat techniku zrcadlení. Dále jsou pracovníci školeni v přístupu CARE, který je pro Fokus výchozí metodikou. Je stále vnímána jako novinka, ale již využívána asi po dobu 1,5 roku. Jde o pozitivně laděný přístup, ve kterém vychází individuální plány tvoření z přání klienta a dále formované do zakázky od klienta. Mezi základní pojmy, které jsou využívány, a na kterých je stavěno, patří „recovery“ neboli zotavení. Pracovnice se při prvních schůzkách snaží uživatelům služeb tento pojem vysvětlit, tak aby ho pochopili, případně si ho osvojili. To na začátcích s Jardou vysvětloval klíčový pracovník. Povídali si, o co se jedná, že by to měl být výchozí bod, na kterém se staví, a o který budou společně usilovat.

Fokus využívá také práci se skupinou, s komunitou a s rodinnými příslušníky. Ve Fokusu se uskutečňují i setkání svépomocných skupin. Nyní je novou členkou komunitního týmu psychoterapeutka, která dává nový rozměr vztahu mezi klientem a organizací. S dalšími klienty se Jarda má možnost setkat v denní terapeutické skupině, která je otevřena každý den mimo pondělí. Dále Fokus pořádá různé společné akce, jako je návštěva kavárny, pálení čarodějnic, procházky, výlety a další aktivity. Další součástí jsou chráněné dílny, které jsou téměř samostatná jednotka a nesou název Chráněné dílny Fokus Vysočina, s.r.o.

Klient společně s klíčovým pracovníkem vypracovávají i krizový plán, určený k ochraně klienta i pracovníků v případě, že dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Krizový plán je stavěný přímo na míru klienta. Každý krizový plán je jedinečný. Jarda, jelikož měl málo zkušeností s tzv. atakou nemoci, bude jeho krizový plán postupně doplňován. Týká se například toho, jak by si představoval převoz do nemocnice, čemu by se při zhoršení stavu chtěl vyhnout, anebo naopak, co by potřeboval od pracovníků, aby se jeho zhoršený stav zlepšil a nešlo o akutní krizi vedoucí k převozu. S každým klientem společně pracovník sestaví popis nepříznivých sociálních situací, které slouží jako mapující nástroj směřující k tomu, co klient potřebuje.

Využití prostředků ucelené rehabilitace

Ve spolupráci s Jardou se využívá především *sociální rehabilitace*. Ta se skládá ze souboru činností, které směřují k dosažení co nejvyššího stupně samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti Jarde. Při kontaktu s ním je práce směřovaná k rozvoji jeho schopností a dovedností. Zaměřuje se především na jeho silné stránky, co se mu povedlo, s čím má již zkušenost, jaké má schopnosti a dovednosti, a z toho materiálu se dále vychází v dalších krocích. Pracuje se na tom, co ho baví a o co má zájem. Většinou byla popisovaná minulost a popis nepříznivé životní situace. Tento přístup je postaven na negativním postoji. Tím myslím, že otázky jsou kladeny na to, co nefunguje, co klientovi nejde, co ho nebaví, co by chtěl zlepšit, co se nepovedlo nebo čeho se chce vyhnout, jaké jsou negativní projevy nemoci. Tato rozdílnost mě zaujala a osobně se mi pozitivní přístup lépe provádí a je i pro mě příjemnější, než vědět co klientovi nejde, nebo co neumí. Komunikace s Jardou založená na novém pozitivně laděném přístupu se mi osvědčil během rozhovoru. Měli jsme o čem hovořit, Jarde dále rozvíjel myšlenky týkajících se věcí, které jsou v jeho životě důležité, a co ho baví. V tomto přístupu je Jarde zaktivizovaný a musí jednotlivé věci vymýšlet sám a také si na ně sám přijít. Pokud je potřeba, můžeme mu říci náš nápad, jak to vidíme my, nebo co nás k tomu napadlo. O to větší mají slova, na které si sám přišel, větší hodnotu a jsou mu bližší. Dále se v sociální rehabilitaci posilují návyky a nacvičují se úkony nezbytné pro samostatný život a pro zvládnání běžných denních činností. Sociální rehabilitace je stejně jako pedagogická rehabilitace celoživotní proces. Jarde se pomocí rodinných příslušníků a pracovníků z Fokusu zapojuje do běžných činností jako je úklid, nácvičení vaření, posilování návyků spojené s péčí o vlastní osobu. S hospodařením peněz nemá až takový problém, možná i proto, že matematika je pro něho životní smysl. Určitá edukace od pracovníků spojená s financemi bude prováděna. Základní informace o hodnotách peněz sice má, ale v tento moment přispívá na nájem otcí a zbytek peněz z invalidního důchodu si šetří. Možná na dovolenou? Jako úspěch při nácvičení a rozvoji jeho dovedností bych zmínila to, že Jarde momentálně dochází samostatně každý den do jídelny pro oběd, který si sní doma. Se všemi úkony mu mohou pomoci či poradit pracovníci Fokusu. Vedou však Jardu k samostatnému jednání. Zatím se pomoc neomezuje, ale při zvládnání nynější úkonů a spojenými povinnostmi, může Jarde postoupit k dalšímu cíli, ve kterém si není až tolik jistý, a který by chtěl zlepšit nebo změnit. Pracovníci za Jardu nic nedělají, pokud vnímají, že Jarde je v takové kondici, že

to zvládne. Když je mu hůře, mohou se domluvit na zkrácení schůzky, nebo si jen povídat a nic neřešit.

Sociální rehabilitaci úzce doprovází *pracovní rehabilitace* a její prostředky. Výše zmíněný tým podpory v zaměstnávání, který je součástí organizace Fokus, je s Jardou v kontaktu. Nejvíce se snaží komunikovat se zaměstnavateli a najít tak pro znevýhodněné osoby pracovní uplatnění na volném trhu práce. Jarda již v minulosti pracoval a má tedy zkušenost s touto tematikou. Nyní je rád, že může navštěvovat denní terapeutickou skupinu a zkusit, zda zvládne například dvě hodiny v celku pracovat na určité činnosti. Návuk a upevňování zásad potřebných pro práci si osvojuje právě v denní terapeutické skupině. Dalším krokem bude následovat další pracovní prostředek. Při diskuzi o práci se nejdříve skoro u každého klienta vypracuje motivační dopis k práci. Ten pak mohou zaměstnavateli při žádosti o práci předložit. Na tomto úkolu bude tým podpory v zaměstnávání s Jardou pracovat.

Na pracovní a sociální rehabilitaci navazuje, díky nové člence komunitního týmu, v jímž je psychoterapeutka, zdravotní rehabilitace. Nyní je Fokus registrovaný jako zdravotně sociální ústav. Zdravotní sestra je součástí komunitního týmu. Je sice již v důchodu, ale celý život pracovala jako sestra, staniční sestra a vrchní sestra na neurologickém oddělení a je aktivní. Ve Fokusu pracuje na plný úvazek. Jednotlivé složky se vzájemně propojují se složkou *zdravotní rehabilitace*. Ve spolupráci s Jardou se výše zmíněné složky rehabilitace využívají. Ve zdravotní rehabilitaci se s Jardou pracuje na edukaci o své nemoci. V tomto směru mu zdravotní sestra poskytla potřebné informace, a jelikož Jarda velmi rád čte a o nemoci si hodně přečetl, rád si o zjištěných věcech promluvil. Z pohledu peer zaměstnance byla využita také zdravotní složka rehabilitace, a to ve formě sdílení projevů nemoci u peera. Jarda na to reagoval svými zkušenostmi s nemocí.

Jelikož sociální pracovnice využívají edukaci na jednotlivá témata s daným klientem dle potřeby, využívají i *pedagogickou rehabilitaci*. Pedagogická složka rehabilitace je vnímaná jako celoživotní proces, kdy každá potřeba má potřebu se nějak rozvíjet a učit se novým věcem. Tento proces je u Jardy využíván téměř na každé schůzce, kdy se vede k tomu, aby poznal, pochopil, vnímal nové věci. Tím dochází k učení se určitým věcem spojeným s jeho životem. Relaxační techniky, které se Jarda učil s peer konzultantem si natolik osvojil, že je rád používá i bez spolupráce s peerem.

I přesto, že organizace Fokus registruje pouze sociální rehabilitaci, po čtyřtýdenní praxi jsem viděla pracovníky využívat všechny prostředky *koordinované rehabilitace*.

Příloha 3: Kazuistika 2

Kazuistika vybraného klienta

Krátké představení klienta

Následujícím text bude věnován kazuistice týkající se klientky z organizace Fokus, se kterou jsem se setkala na praxi. Klientka spolupracuje s organizací Fokus již dva roky. V rámci ochrany osobních údajů a mlčenlivosti jsem některé informace musela vynechat a případně pozměnit. V kazuistice bude klientka uváděna pod jménem Alena. Alena je osmadvacetiletá žena a má jednu dceru, která dochází do 6. třídy. Alena na pohled působí přátelsky a soběstačně, má však diagnostikovanou duální poruchu. Nejen že užívá návykové látky, jako přidruženou nemoc má stanovenou diagnózu paranoidní schizofrenii. V organizaci Fokus využívá několik služeb. Momentálně bydlí s rodiči a její dcerou v bytě jejich rodičů. Má za sebou několik hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Nyní k ní chodí sociální pracovnice z OSPODu. Málem jí bylo odebráno dítě z péče z důvodu hospitalizace.

První kontakt s klientem

S vedoucí komunitního týmu jsme se domluvili na konkrétní klientce, které dělá klíčového pracovníka, a se kterou bych mohla nadále spolupracovat. S Alenou jsem se znala již dřívější doby. Byla jsem trochu nervózní z udržení oddělení pracovních a osobních hranic. První schůzka, kde jsme se měli setkat probíhala v hlavní budově organizace Fokus. Na schůzku jsem přišla až v průběhu. V první části jí klíčový pracovník podal informace a dostal souhlas o mé účasti. Cílem bylo, aby se klientka během schůzky cítila příjemně. Po představení jsem spíše pozorovala průběh schůzky. Klienta na mě působila přátelsky, ale také trochu nervózně. Rty měla stažené a stále si mnula ruce. Oční kontakt se mnou vynechávala. Komunikovala s klíčovou pracovnící. Klíčová pracovnice však schůzku udržovala v příjemné a přátelské atmosféře. Celá schůzka byla zaměřená na klientku a její stanovený cíl. Dále vyprávěla o její aktuální situaci a plánování jednotlivých dnů. Dále bylo v řešení další aktivity společně s Fokusem. Rozhovor byl veden v motivačně laděném rozhovoru, ve kterém se hledali pozitiva i kladné stránky. Pokud klientka v něčem neviděla pozitiva, nechávalo se to u toho, co si klienta myslí a co potřebuje. Ukončení probíhalo shrnutím

a závěrečným ujištěním klíčové pracovnice, zda Alenu ještě něco napadá, co by chtěla nebo co by potřebovala probrat.

Anamnézy

Osobní anamnéza

Alena se narodila v roce 1987 v Pelhřimově. Je menšího vzrůstu a je trochu zavalitější postavy. Má středně dlouhé blondáté až hnědé vlasy. S organizací spolupracuje již dva roky, tedy od roku 2016. Je společenská, komunikativní a aktivní. Zapojuje se do běžného denní života a účastní se na domácích pracích. Její zájmy je péče o svou dceru, čtení, běhání, procházky, povídání a dokumenty o vesmíru. Jako největší motivací je pro ni její dcera. Při času oběda zmiňuje, že kvůli sobě nevaří. Ráda vaří jen pro někoho jiného, pro mamku a dceru. Několikrát byla již hospitalizovaná s psychiatrické nemocnici, kvůli rozjíždějícím se schizofrenním atakám. Také kvůli nadměrnému užívání pervitinu. Režim dne se stal pozitivní faktorem v jejím životě a vnímá ho za součást života. Tomu se učila v psychiatrické nemocnici, a po propuštění si ho chvíli dodržovala. V tuhle chvíli o jejím režimu nemluví pozitivně.

Rodinná anamnéza

Alena žije v bytě 4+1 s jejími rodiči. Otec s matkou spolu nejsou již ve vztahu, ale nejsou rozvedení a žijí spolu v jedné domácnosti. Otec pracoval s osobami s mentálním onemocněním asi 4 roky. Nyní má uznaný invalidní důchod druhého stupně kvůli cukrovce. Bude se možná jednat o plný invalidní důchod, jelikož jeho zdravotní stav se zhoršuje. Bolí ho více záda a klouby. Je zavalité postavy, zarostlý blondák s dlouhými vousy, na kterých má upletené copánky. V průběhu návštěvy Aleny u ní doma přišel její otec a začal nám asi po pěti minutách nabízet panáka alkoholu. O matce mluví Alena hezčeji. Její matka má také částečný invalidní důchod kvůli depresím. Alena si myslí, že momentálně již takovými depresemi netrpí a je zaléčené. S matkou Fokus nespupracuje, pouze s Alenou. Deprese se u její matky nastartovali po úmrtí jejich syna při autonehodě. Aleny bratr byl o několik let starší. Domnívali se, že to byla autohavárie, ale v mobilu našli zprávu o tom, že tahle jízda je jeho poslední. Alena mluví o smrti svého bratra jako o sebevraždě.

Školní a pracovní anamnéza

Po úspěšném dokončení maturitního studia na obchodní akademii, nastoupila na hotelovou školu, kterou úspěšně dokončila. Obchodní akademie jí nebavila, hotelová škola ano. Má dokončené vyšší odborné vzdělání s dosaženým titulu DiS. – diplomovaný specialista v oboru hotelnictví. Má snahu se zapojit do pracovního procesu. Pracuje na minimální úvazek jako šatnářka v kině. Když mluví o práci, vždy se usmívá.

Zdravotní anamnéza

Při vedení rozhovoru skáče z jedné věci na druhou. Neoceňuje se. Několikrát se pokoušela přestat kouřit. Momentálně dva měsíce abstinuje od návykových látek. Vyzkoušela několik návykových látek, uvádí například LSD, lysohlávky, extázi, marihuanou. Největší problém má s pervitinem. Alena uvádí, že pervitin užívá proto, aby mohla fungovat v běžných denních činnostech. Vnímá ale rozdíl, že po účinku drogy je mnohem více vyčerpaná a nezvládá běžné úkony dne a stále spí. Při otázce, kdy její nemoc začala a kdy začala užívat drogy, uvádí, že začala až po úmrtí jejího bratra.

Sociální diagnóza

S Alenou byl navázán první kontakt pomocí asertivního kontaktování při její hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Fokus byl kontaktován nemocnicí na základě možné spolupráce. Alena v tu dobu potřebovala fungovat v jejím přirozeném prostředí. Její duševní onemocnění, kterým byla paranoidní schizofrenie, jí to velmi ztěžovalo. Když byla doma, její zdravotní stav se nadále zhoršoval v důsledku užívání návykových látek.

Plán intervence

Cíle klienta

- Prvotní cíl Aleny se týkal snižování užívání návykových látek. To vnímala jako za nejdůležitější.
- Druhotný cíl byl stabilizovat její duševní a zdravotní stav a udržet ho v dobré kondici.

Po asertivním kontaktováním byla domluvena *spolupráce*.

1. Pravidelná konzultace s klíčovým sociálním pracovníkem a komunitním týmem.
2. Abstinence nebo snížení užívání návykových látek, především pervitinu.
Pervitin užívá, protože:
 - chce být více aktivní a udělat více věcí
 - chce zhubnout – sebeláska
3. Hledání samostatného bydlení pro ni a její dceru s přijatelným nájmem.
4. Podat žádost o sociální byt na Městském Úřadě v Pelhřimově
5. Edukace o zdravé výživě a hubnutí
6. Najít možnosti sportovního vyžití a začít sportovat
7. Najít si práci a pravidelně do ní docházet
8. Udržet si režim dne naučený v psychiatrické nemocnici
 - Je schopná celý dny ležet, pozdě vstávat a celý den nic nedělat
9. Spolupráce s rodinou a její edukace
10. Vytvořit takové podmínky, aby její dcera nebyla ohrožena a nehrozilo jí odebrání OSPODem a umístění do dětského domova.

Zhodnocení intervence

1. *Pravidelná spolupráce – komunitní tým*

Po dobu spolupráce byl, na žádost Aleny, klíčový pracovník vyměněn, a to z důvodu ustrnutí spolupráce a nedosahování stanovených cílů. I přesto se podařilo pokračovat ve spolupráci s jiným klíčovým pracovníkem. Schůzky probíhají pravidelně. S klíčovým pracovníkem se schází v jejím přirozeném prostředí, doma, venku a v budově Fokusu. Nyní je plán zaměřený pouze s jedním cílem, týkající se kouření a omezení cigaret na 10 cigaret na den. Trénuje se tak kontrola nad závislostí. Lépe si tím trénuje a uvědomuje den a nutí jí to si den správně rozvrhnout. Někdy má dny, kdy nevyjde s počtem cigaret a poleví. Má tendence přestat se kontrolovat úplně. Je nutná stálá motivace a ujišťování že to má smysl. Jako motivace je zde použita forma odměňování, chválení a například udělání si radosti i společně s klíčovým pracovníkem. Alena spolupracuje s velkou částí komunitního týmu. Začala docházet s psychologe, která je také součástí komunitního týmu. Z komunitního týmu spolupracuje s peer konzultantem, s dalším sociálním pracovníkem, zdravotní sestřičkou, a především tedy s klíčovým sociálním pracovníkem.

2. *Abstinence*

Hospitalizace v nemocnici probíhaly u Aleny s velkým procesem a děláním z toho velkou aférou. Většinou docházelo k hospitalizaci z důvodu nadměrného užívání pervitinu s probíhajícími atakami schizofrenie. Nejvíce těmito stavy ohrožovala svoji dceru. Nebyla schopná se o ní starat a občas jí někde i zapomněla. Hospitalizace většinou probíhala za pomoci odchytové služby a policií ČR. Poslední hospitalizace byla prováděna za pomoci pracovníků organizace Fokus. Pracování s Alenou a přesvědčování o tom, že je nutná hospitalizace okamžitě, probíhala jeden celý den. Nakonec byla Alena hospitalizovaná i pod vlivem pervitinu. Po propuštění z psychiatrické nemocnice Alena stále abstinguje. Na otázku, proč by měla abstinovat uvádí, důvody jako je zničení nosní přepážky, snižování schopnosti při výkonu běžných denních činností a jiné. Překvapilo mě, že důvodem abstinence není její dcera. Sociální pracovník při vedení rozhovoru navrhl, že důvodem abstinence může být i její dcera a Alena přitakala a nacházela další motivační body spojené s její dcerou, proč abstinovat. Momentálně začala probíhat spolupráce s adiktoložkou z jiného města. Při běžné komunikaci se sociálním pracovníkem, Alena zjevně odmítá pojem závislost. Reaguje na něj naštvane a odmítavě.

3. *Bydlení*

Alena by si přála v budoucnu žít sama s dcerou. Vnímá to jako volnější postavení v jejím životě. Spolu s klíčovým pracovníkem podala žádost o městský byt. Bohužel se kouká na to, že momentálně žije v 4+1, a že je to pro ni dostačující. Proto jí byt stále nebyl přidělen. Má tedy v bytě u rodičů jeden pokoj společně s její dcerou. Její rodiče nejsou sice rozvedení, ale jsou domluveni, že spolu už nemají vztah a nadále spolu bydlí. Matka má tedy v bytě další místnost pro sebe. Aleny otec žije v bytě ve dvou místnostech, v ložnici a obýváku. Otec má tendenci shromažďovat veškeré harampádí, kterým naplnil celou ložnici a dále se byt plní. I proto Alena chce bydlet sama s dcerou, aby měli prostor pro sebe. Aby dcera mohla mít svůj vlastní pokoj. Aby mohli mít i nějaké soukromí. A také aby její matka nemusela stále hlídat dceru Aleny a stále se o ně starat. Alena by musela být soběstačná a závislá pouze na sobě. Donutilo by jí hospodařit s penězi a aktivně se účastnit běžného života. Možná by neměla čas na užívání návykových látek, nebo by naopak využila volnosti a svobody a s užíváním by zase začala.

4. *Hubnutí a krása*

Aleně je vysvětlována tematika hubnutí spojená se zdravou stravou. Je zde nutná osvěta o držení diet a hladovění. Občas Alena užila návykovou látku s cílem zhubnutí, jelikož po požití neměla chuť k jídlu a cítila se lépe. Látku požila i když měla vyjít ven a byla nervózní. Vnímala sama sebe jako hezčí. Muselo jí být vysvětleno, že po užití vypadá hůře a má určité projevy spojené s užitím. Její váha naopak rostla. Má strach, že po skončení s kouřením také přibere. Jelikož se Alena nemá moc ráda, nerada pro sebe vaří. Uvaří pro ostatní, ale sebe se ošidí o bohatou stravu. Při návštěvě jsem se jí ptala, co jedla a uvedla, že pouze snídání. Při otázce na oběd, pokrčila rameny, že nemá hlad, že pro sebe nerada vaří, že si dá pak třeba rohlík. Je dobré do budoucna stanovit i cíl zaměřený na vaření spojené s hubnutím a sdílení zkušeností s dalšími lidmi.

5. *Sportování*

Na začátku chodila se sociální pracovnící nebo s peer konzultantem běhat, cvičit na workoutové hřiště nebo na procházky. Alena nyní i sama navrhla, že by docházela na jógu, kterou předevíčuje jedna z klientek Fokusu. Dobré je, že jóga probíhá pravidelně v určitý čas a den. Je dobré, že se chce účastnit sama není závislá na spolupráci sociálních pracovníků. Když jsem s ní byla doma v meziřečí podotkla, že včera cvičila sklapovačky, že jich udělala určitý počet, a že se po tom cítí potěšená ze sebe samý.

6. *Práce*

Jelikož Alena chce pracovat, našla si práci v kině, kde dělá šatnářku před představením. Zatím dochází na večerní promítání filmů. Nyní bude moci docházet do práce i v dopoledních hodinách. O to se snažila i dříve, ale ze zdravotních důvodů jí to nešlo. Nyní to zvládá a cítí se dobře.

7. *Režim dne*

Klientka po ukončení hospitalizace v psychiatrické nemocnici měla naučený režim dne stanovený přímo v nemocnici. Její přání bylo dodržovat ho i v domácím prostředí. Alena však má sklony k polevování a prokrastinaci. U dodržování režimu jí pomáhá její dcera, se kterou musí každý ráno chodit do školy a pak na kroužky. Při plánování schůzek se sociálním pracovníkem velmi přemýšlí, kdy by schůzka mohla proběhnout a kde. Je potřeba jí nechat dostatek času, aby si uvědomila plán a rozvrh týdne či dne. Je

dobrý stálý trénink paměti, mozku a nácviku denních aktivit běžného dne v životě dalších lidí. V důsledku schizofrenie má často dny, kdy se cítí opravdu unavená, není schopná vstát z postele. Při rozjždění schizofrenní ataky vnímá veškeré symboly a nejvíce času věnuje přímo atace. Režim dne jí usnadňuje kontrolu nad sebou a poznávání sebe a své nemoci.

8. Rodina

S rodinou je spolupráce o něco horší. Žijí společně sice v jednom bytě, ale spolupráce s Fokus nebyla navázána. Je možnost navštěvování svépomocné skupiny pro rodiče dětí s duševním onemocněním. Je také možnost docházet k psychologce s rodičem. Na začátku spolupráce nikdo z jejich rodičů nevěděl o tom, že Alena užívá drogy. Když to matka zjistila, hodně jí to zasáhlo a byl viditelný vztek na Alenu.

9. OSPOD – Dcera

Po poslední hospitalizaci Aleny matka zavolala na sociálku, že se už nemůže starat o dceru Aleny. Myslím si, že vztek a rozhodnutí zavolat na OSPOD tkvěl v tom, že její matka zjistila, že užívá drogy. Malá dcera nebyla odvezena, ale je zde stále riziko, že Aleně vezmou dceru z péče. Pravidelně k nim domů chodí sociální pracovnice z Městského Úřadu v Pelhřimově na kontrolu a mapování. Zatím si Alena vede velmi dobře. Dceru vodí do školy a na gymnastiku, na kterou dochází třikrát v týdnu. Každý den s ní dělá domácí úkoly, ale ty její dceru nebaví. Občas si neví rady s výchovou. Je ale ráda, že je se svou dcerou.

Ukončení případu

Jak již jsem výše zmínila je stanovený s klíčovým pracovníkem nový cíl zaměřený na kontrolu nad počtem vykouřených cigaret za den. Když bylo stanoveno více přiměřených a dosažitelných cílů, Alena se cítila více ve stresu. Vyhovuje jí se zaměřit pouze na jeden cíl. Tento cíl jí pomáhá si rozvrhnout den a podvědomě přemýšlet nad mírou užívání látky. S tím mi přijde spojená i kontrola a přemýšlení nad abstinováním pervitinu a jiných látek. Jako velký úspěch vnímám navázanou spolupráci s uváděnou adiktoložkou, se kterou se mohou přímo zaměřit na její pocity a prožívání v závislosti. Začíná si sama vyhledávat možnosti jejího uplatnění. Každý den pracuje na režimu dne. Má i slabší dny ve kterých je nutná podpora okolí. Velmi ráda spolupracuje s peer konzultantem, kdy společně tráví jasně stanovený čas různými aktivitami. Mezi jejich

časté téma a zájmy patří sport, povídáním si, věnování se osobnímu růstu Aleny, duševní hygieně a sebelásky. Je nutné postupně udržovat a hledat určité zdravé návyky, ze kterých bude mít radost. Podporovat jí v dodržování režimu aktivit. Naučit ji odměňovat se za dobře odvedenou práci, i dosažení malého cíle či aktivity. Její sebeláska je velmi poškozená a práce na tomto tématu má zjevné výsledky. Popisuje dobrý pocit a úlevu při děláni činností, které jí prospívají, jako je věnování času dceři, sportování, docházení do práce, vaření pro ostatní.

Využití metody a techniky sociální práce

Pracovníci organizace Fokus využívají v procesu s klientem individuální přístup. Klient je v této organizaci vnímán jako expert na svůj život. Pracovníci pracují s tím, co chce klient. Sociální pracovníce by neměli postupovat podle svého přesvědčení, co by pro něj bylo určitě nejlepší. Každý člověk je jedinečná bytost, která zná nejlépe svou situaci. Každý má jiné obranné mechanismy, vyrovnávací techniky nebo metody pro řešení problému. Podle charakteru, osobnosti klienta se dále hledá řešení z problému, tak aby byl napasovaný na uživatele, podle jeho vlastností a schopností. Zvládnání jeho situace by měla být posazená tak, aby to pro něho bylo pozitivně motivující a zvládnutelný. Celý přístup je zaměřený na úzkou spolupráci s komunitním týmem jako celkem, ale i jako s jednotlivými pracovníky podle jejich zaměření. Klíčový pracovník tvoří nedílnou součást ve společné práci s klientem. Společně tvoří individuální plány krátkodobé, případně i dlouhodobé. Služba není časově omezena. Mezi jejich nejsilnější stránky při využívání technik sociální práce je aktivní naslouchání. Téměř vždy využívají techniku rozhovoru. Mně se při práci s touto cílovou skupinou osvědčilo využívat techniku zrcadlení. Dále jsou pracovníci školeni v přístupu CARE, který je pro Fokus výchozí metodikou. Je stále vnímaná jako novinka, ale je využívána asi po dobu 2let. Jde o pozitivně laděný přístup, ve kterém jsou individuální plány tvořeny z přání klienta a dále formované do zakázky od klienta. Mezi základními pojmy, který jsou využívány, a na kterých je stavěno je pojem „recovery“ neboli zotavení. Pracovnice se při prvních schůzkách snaží uživatelům služeb tento pojem vysvětlit, aby ho pochopily, případně si ho osvojily. To na začátku s Jardu vysvětloval klíčový pracovník. Povídali si, o co se jedná, že by to měl být výchozí bod, na kterém se staví a o který budou společně usilovat.

Fokus využívá také práci se skupinou, s komunitou a s rodinnými příslušníky. Ve Fokusu se uskutečňují i setkání svépomocných skupin. Nyní je novou členkou komunitního týmu psychoterapeutka, která dává nový rozměr vztahu mezi klientem a organizací. S dalšími klienty se Jarda má možnost setkat v denní terapeutické skupině, která je otevřená každý den mimo pondělí. Dále Fokus pořádá různé společné akce, jako je návštěva kavárny, pálení čarodějnic, procházky, výlety a další aktivity. Další součástí jsou chráněné dílny, který jsou téměř samostatná jednotka a nesou za názvem Chráněné dílny Fokus Vysočina, s.r.o.

Klient společně s klíčovým pracovníkem vypracovávají i krizový plán, určený k ochraně klienta i pracovníků v případě, že dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Krizový plán je stavěný přímo na míru klienta. Každý krizový plán je jedinečný.

Alena, jelikož svou nemoc nadále poznává, krizový plán budou postupně doplňovat. Již se pracovníkům Fokusu podařilo využít tzv. semafor a krizový plán přímo při hospitalizace Aleny. Krizový plán se týká například toho, jak by si představoval převoz do nemocnice, čemu by se při zhoršení stavu chtěl vyhnout, anebo na opak, co by potřeboval od pracovníků, aby se jeho zhoršený stav zlepšil a nešlo o akutní krizi vedoucí k převozu. S každým klientem společně s pracovníkem se dělá popis nepříznivé sociální situace, který je mapující nástroj směřující k tomu, co klient potřebuje.

Využití prostředků ucelené rehabilitace

Zdravotní rehabilitace:

Ve zdravotní rehabilitaci je využíván po domluvě s klíčovým pracovníkem spolupráce s adiktoložkou. Dále s Alenou spolupracuje zdravotní sestřička, která s ní probírá jak její hospitalizace, duševní onemocnění, tak i důsledky užívání návykových látek a kouření. Zdravotní sestřička ji pomáhá s docházkou k lékařům, například k psychiatrovi, na plicní, k obvodnímu lékaři. Peer konzultant se s ním podílí na jejím zotavení pomocí svého příběhu a předávání svých zkušeností. Společně spolu chodí cvičit, běhat, jezdit na kole. Alena využívá spolupráci s psycholožkou, se kterou se zaměřují na sebelásku, podporu a osobní rozvoj. Někdy se zaměřují i na její životní události, které ji ovlivnili.

Pracovní rehabilitace

S pomocí týmu podpory v zaměstnávání a podpory klíčového pracovníka je Alena schopná zapojit se do pracovního procesu. I přesto, že pobírá invalidní důchod v plné výši ve 3. stupni, chce se Alena aktivně podílet a mít pracovním uplatnění. Nastoupila do kina v Pelhřimově a dělá tam šatnářku.

Sociální rehabilitace

Organizace Fokus uvádí a popisuje svou činnost jako zdravotně sociální. Největší část pracovníků působí jako sociální pracovníci. Součástí týmu je i krizový pracovník. U Aleny je sociální rehabilitace jasná. Společně s komunitním týmem pracuje na tématice bydlení, hospodaření s financemi, kvůli její dceři spolupracuje i s OSPODem, čas věnují i problematika týkající se dávek a invalidního důchodu.

Pedagogická a psychologická rehabilitace

Klíčový pracovník a další pracovníci komunitního týmu provádí edukaci o jejím zdraví spojené s duševním onemocněním. Je zde využita i edukace s pojená duševní hygienou a podporuje se v nácviku běžných denních činností.

Velmi pozitivně je zde vnímaná motivace ze strany pracovníků. Při otázce směřovanou na smysluplnost spolupráce Aleny s Fokusem, mě odpověď příjemně překvapila. I přesto, že sociální pracovník vnímá spolupráci za uvízlou na jednom bodě a nejistotě o úspěšnosti jejich spolupráce, Alena vnímá spolupráci kladně. „Myslíš si, že je spolupráce v něčem pro tebe dobrá?“ „Ano“ „A v čem? Je něco, co bys vytyčila?“ „Určitě cítím od Fokusu velkou podporu. Je mi v ní příjemně. Když mám náročnou situaci, mohu se na ně obrátit. Pomáhá mi to.“

Orientace v síti zdravotních a sociálních služeb:

Středisko Fokus Pelhřimov:

V Pelhřimově poskytuje služby pro osoby s duševním onemocněním, především organizace Fokus. Tato organizace se zaměřuje na podporu této cílové skupiny a jejich uplatnění jak v pracovním, tak osobním životě. Alena využívá následující služby v této organizaci

Komunitní tým, který se skládá z:

- Klíčový pracovník

- Další sociální pracovníci
- Zdravotní sestřička
- Psycholožka
- Adiktolog
- Peer konzultant

Mezi další služby Fokusu, které Alena může využívat jsou:

- Tým podpory v zaměstnávání
- Chráněné bydlení – Byt na půli cesty
- Centra denních služeb
- Chráněné dílny
- Volnočasové aktivity

Středisko Fokusu v Pelhřimově má i své *Dobrovolnické centrum*. Alena může zažádat o dobrovolníka, pokud by chtěla navazovat vztahy s dalšími lidmi. Dobrovolnické centrum může také využívat jako dobrovolník, pokud by ona chtěla sama věnovat svůj čas někomu.

Matka Aleny nahlásila na OSPOD v Pelhřimově po dobu hospitalizace Aleny v psychiatrické nemocnici, že se nemůže o Aleny dceru déle starat. Musel být teda navázán kontakt s OSPODem. Ten do rodiny k nim v tuto dobu pravidelně dochází na kontrolu a mapuje jejich situaci. OSPOD si vyžádal informace o prospívání dcery ve škole a u jejího praktického lékaře.

O Sociální dávky může zažádat na Okresní správě sociálního zabezpečení.

Jako další možnost může Alena se svou dcerou využít Oblastní charitu v Pelhřimově, která poskytuje službu KLÍČ. Tato služba je poskytována ambulantní i terénní formou. Služba *KLÍČ – Centrum pro rodinu* pomáhá rodinám ke zlepšení fungování rodiny – pomáhá rodině uvědomit si a naplnit potřeby jednotlivých členů rodiny – rodičů i dětí. Posláním služby je, aby se rodičům i dětem společně žilo lépe. Dále Oblastní charita v Pelhřimově poskytuje službu *Šatník*, kde si Alena může vybrat zdarma oblečení pro sebe i pro svou dceru. Je zde také možnost odkázat do *Občanské poradny v Pelhřimově*, která poskytuje odborné sociální poradenství týkající se tematiky například rozvodové, dluhové, ohledně dávek a další problematiky týkající se sociálního zaměření.

V případě, že by Alena nemohla bydlet se svou dcerou u jejich rodičů, je možné ji ubytovat v azylovém domě v Jihlavě, v Humpolci nebo v Havlíčkově Brodě. Oblastní charita Havlíčkův Brod má zaregistrované dva azylové domy:

- *Charitní domov Humpolec*
- *Charitní domov pro matky s dětmi Havlíčkův Brod*

Psychiatrické nemocnice na Vysočině:

- Psychiatrická nemocnice Jihlava
- Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
- Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš – Žďár nad Sázavou
- Psychiatrická léčebna v Jemnici, PATEB s.r.o. – Třebíč

Příloha 4: Informovaný souhlas vedoucího střediska

Informovaný souhlas

Tímto souhlasím s tím, aby studentka Markéta Hávová ze Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích prováděla výzkum ke své diplomové práci s názvem: „Využití koordinované rehabilitace v organizaci Fokus“ v této organizaci.

Prohlašuji, že byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím, že název zařízení bude zveřejněn a rozhovory budou nahrávány na audio zařízení pro účely výzkumu, který bude popsán v diplomové práci výše uvedené studentky.

V..... dne.....

Podpis.....

Příloha 5: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „Sociální služby pro osoby bez přístřeší pohledem zaměstnanců“.

Studentka: Markéta Hávová

Škola: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Tímto souhlasím s provedením výzkumu a byl/a jsem seznámen/a s cílem a obsahem výzkumného projektu a jeho průběhem. Dávám své svolení, aby materiál, který jsem poskytl/a, byl použit za účelem sepsání diplomové práce. Jsem si vědom/a toho, že výsledky výzkumu jsou anonymní a slouží pouze k vypracování této diplomové práce. Souhlasím s nahráváním rozhovoru na audio zařízení, které slouží k následnému přepisu rozhovoru do tištěné podoby. Dále jsem byla seznámena s tím, že mohu kdykoliv z výzkumného šetření odstoupit.

V diplomové práci nebudou nikde použity identifikační údaje a studentka se zavazuje k mlčenlivosti ve vztahu k osobním údajům.

V..... dne.....

Podpis.....

Příloha 6: Osobní profil

| OSOBNÍ PROFIL | | Jméno: |
|--|--------------------------|---|
| © J.P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006) | | |
| Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti | Přání a ambice | Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti |
| | Bydlení | |
| | Práce, zaměstnání | |
| | Učení se – vzdělávání se | |
| | Rekreace – volný čas | |
| | Zdraví a pocit pohody | |
| | Péče o sebe a o ostatní | |
| | Vztahy | |
| | Bezpečí | |
| Která přání jsou pro mě nejdůležitější? | | |
| | | |

Příloha 7: Kontrolní list k osobnímu profilu

OSOBNÍ PROFIL - KONTROLNÍ LIST KVALITY

© D. den Hollander and J.P. Wilken (2014), *překlad a doplnění: J. Pluhaříková Pomajzlová (5/2016)

| Tento kontrolní list je navržen jako vodítko pro vytvoření Osobního profilu s klientem. Může také sloužit k reflexi práce a k nalezení možností zlepšení práce s Osobním profilem. | | | |
|--|--|---|---|
| | Položka | Vysvětlení | |
| 1 | Prostřední sloupec Profilu obsahuje přání a touhy (aspirace) klienta. | Z definice: přání jsou silné stránky. | Na konci profilu budou vybrána 3 nejdůležitější přání v pořadí podle důležitosti pro klienta. Pokud má klient méně přání, je to také v pořádku. |
| 2 | Všechny informace v pravém a levém sloupci jsou přímo spojené s možnostmi a zkušenostmi. | Profil obsahuje úspěchy a získané zkušenosti, důležité možnosti a podpůrné zdroje. <i>*Silné stránky, možnosti, zkušenosti jsou propojené (vztahují se) k přání klienta v dané doméně.</i> | Pokud informace nemůže být (přímo) spojena se silnou stránkou, potom hledejte dál, dokud nenajdete silnou stránku. Problémy/stížnosti: silné stránky, které jsou s tím spojené (strategie zvládnání, přežití), budou dány do Profilu. Může se stát, že klient chce zaznamenat zkušenosti, které jsou pro něj důležité, ale ze kterých nemůžeme silné stránky odvodit. To je samozřejmě v pořádku. Vždy zůstaňte naladěni na perspektivu klienta! |
| 3 | Informace je zapsána srozumitelně, jasně. | Propojení silných stránek v různých doménách je uděláno jasně. | Formulujte informace krátce, zhuštěně, výstižně, ne dlouhé věty, ne list všech událostí. |
| 4 | Možnosti a zkušenosti jsou popsány co nejvíce konkrétně. | Pojmy jako: "podpora", "dobrý" atd. jsou popsány v rámci konkrétních silných stránek a zdrojů. | Prozkoumejte dále: "Jakou podporu (typy podpory) mi moje matka dává?" "Co jsem se naučil/a ze všech svých zaměstnání?" |
| 5 | Profil je napsán slovy a frázemi klienta. | Přednostně napsán klientem/klientkou samým/samou. Běžný jazyk, ne žargon. | Pokud klient není schopný nebo si nepřeje psát informace do Profilu sám, rozhodněte se poté společně, jaká by byla vyhovující cesta spolupráce: kdo dělá co? |
| 6 | Popis je zaměřený a výstižný: používejte klíčová slova a krátké věty. | V případě "vyjmenování": shrňte je v navzájem propojenou zkušenost učení: co jste se naučil ve všech vašich zaměstnáních; jak jste to prožíval; jakou práci jste měl/a nejraději a proč, atd. | Touto cestou se vynoří obraz propojenosti. |
| 7 | Diverzita silných stránek. | Ideálně je v Profilu přítomných 5 typů silných stránek. Silné stránky by měly být ve všech doménách, ve kterých má klient přání. | Pět typů silných stránek: přání, zkušenosti, podpora, talenty/dovednosti a osobní charakteristika. Doporučení: dobrý plán může být vytvořen jedině, pokud máme alespoň tři typy silných stránek. |
| 8 | Profil bude aktualizován. | Možnosti a zkušenosti budou kontinuálně sbírány. | Předtím, než budeme dělat plán, bude Profil jako celek prohlédnutý (zhodnocený), protože plán je založený na informacích z Profilu. |

Příloha 8: Osobní plán

| OSOBNÍ PLÁN | | Jméno: | | |
|---|-------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|
| © J.P. Wilken a D. den Hollander (2010) | | Datum: | | |
| Čeho chci dosáhnout (cíl): | | | | |
| Proč je to pro mě důležité: | | | | |
| Co dělám já | Co dělají ostatní | Kdy chci cíle dosáhnout | Datum, kdy jsem cíle dosáhl | Poznámky |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

Příloha 9: Kontrolní list k osobnímu plánu

OSOBNÍ PROFIL - KONTROLNÍ LIST KVALITY

© D. den Hollander and J.P. Wilken (2014), *překlad a doplnění: J. Pluhařiková Pomajzlová (5/2016)

| Tento kontrolní list je navržen jako vodítko pro vytvoření Osobního profilu s klientem. Může také sloužit k reflexi práce a k nalezení možností zlepšení práce s Osobním profilem. | | | |
|--|--|---|---|
| | Položka | Vysvětlení | |
| 1 | Prostřední sloupec Profilu obsahuje přání a touhy (aspirace) klienta. | Z definice: přání jsou silné stránky. | Na konci profilu budou vybrána 3 nejdůležitější přání v pořadí podle důležitosti pro klienta. Pokud má klient méně přání, je to také v pořádku. |
| 2 | Všechny informace v pravém a levém sloupci jsou přímo spojené s možnostmi a zkušenostmi. | Profil obsahuje úspěchy a získané zkušenosti, důležité možnosti a podpůrné zdroje. <i>*Silné stránky, možnosti, zkušenosti jsou propojené (vztahují se) k přání klienta v dané doméně.</i> | Pokud informace nemůže být (přímo) spojena se silnou stránkou, potom hledejte dál, dokud nenajdete silnou stránku. Problémy/stížnosti: silné stránky, které jsou s tím spojené (strategie zvládnání, přežití), budou dány do Profilu. Může se stát, že klient chce zaznamenat zkušenosti, které jsou pro něj důležité, ale ze kterých nemůžeme silné stránky odvodit. To je samozřejmě v pořádku. Vždy zůstaňte naladěni na perspektivu klienta! |
| 3 | Informace je zapsána srozumitelně, jasně. | Propojení silných stránek v různých doménách je uděláno jasně. | Formulujte informace krátce, zhuštěně, výstižně, ne dlouhé věty, ne list všech událostí. |
| 4 | Možnosti a zkušenosti jsou popsány co nejvíce konkrétně. | Pojmy jako: "podpora", "dobrý" atd. jsou popsány v rámci konkrétních silných stránek a zdrojů. | Prozkoumejte dále: "Jakou podporu (typy podpory) mi moje matka dává?" "Co jsem se naučil/a ze všech svých zaměstnání?" |
| 5 | Profil je napsán slovy a frázemi klienta. | Přednostně napsán klientem/klientkou samým/samou. Běžný jazyk, ne žargon. | Pokud klient není schopný nebo si nepřeje psát informace do Profilu sám, rozhodněte se poté společně, jaká by byla vyhovující cesta spolupráce: kdo dělá co? |
| 6 | Popis je zaměřený a výstižný: používejte klíčová slova a krátké věty. | V případě "vyjmenování": shrňte je v navzájem propojenou zkušenost učení: co jste se naučil ve všech vašich zaměstnáních; jak jste to prožíval; jakou práci jste měl/a nejraději a proč, atd. | Touto cestou se vynoří obraz propojenosti. |
| 7 | Diverzita silných stránek. | Ideálně je v Profilu přítomných 5 typů silných stránek. Silné stránky by měly být ve všech doménách, ve kterých má klient přání. | Pět typů silných stránek: přání, zkušenosti, podpora, talenty/dovednosti a osobní charakteristika. Doporučení: dobrý plán může být vytvořen jedině, pokud máme alespoň tři typy silných stránek. |
| 8 | Profil bude aktualizován. | Možnosti a zkušenosti budou kontinálně sbírány. | Předtím, než budeme dělat plán, bude Profil jako celek prohlédnutý (zhodnocený), protože plán je založený na informacích z Profilu. |

Příloha 10: Plán osobní podpory

| | | |
|--|--|--|
| PLÁN OSOBNÍ PODPORY © J.P. Wilken en D. den Hollander (2010) | | Jméno klienta: Klíčový pracovník: Datum: |
| Co klient potřebuje právě teď ve svém životě? | | |
| Čeho chci dosáhnout (cíl): | | |
| <i>Jakým způsobem klienta podporuji</i> | <i>Jakým způsobem podporují klienta kolegové a ostatní</i> | <i>Poznámky</i> |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

Příloha 11: Plán časných varovných příznaků

| PLÁN ČASNÝCH VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ <small>© J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011; založeno na Van der Werf e. a., 1998)</small> | | Jméno: Datum sestavení plánu: Datum vyhodnocení: | | |
|---|---------------------------------------|--|------------------|---------------------------|
| Fáze | <i>Příznaky, jak je vnímám já</i> | <i>Příznaky, jak je vidí ostatní</i> | Co mám udělat já | Co mají udělat ostatní |
| Zelená | | | | |
| Oranžová | | | | |
| Červená | | | | |
| <i>Důležité informace</i> | | | | |