



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Pozitiva a negativa práce členů multidisciplinárního
týmu v Centrech duševního zdraví**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **Management sociální práce
v organizacích**

Autor: Bc. et Bc. Petra Topinková

Vedoucí práce: doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Pozitiva a negativa práce členů multidisciplinárního týmu v Centrech duševního zdraví* 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

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem svým blízkým, kteří mě po celou dobu studia velmi trpělivě podporovali. Dále bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D., která mě vedla při psaní této práce a dávala mi podnětnou zpětnou vazbu.

Pozitiva a negativa práce členů multidisciplinárního týmu v Centrech duševního zdraví

Abstrakt

Tato diplomová práce pojednává o spolupráci sociálních a zdravotních pracovníků v rámci multidisciplinárních týmů v relativně novém projektu – Centrum duševního zdraví. Tento princip péče je v České republice nový a je založený na mezioborové spolupráci. Nyní je zaměřen na lidi s vážným duševním onemocněním. Tým se skládá z psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků, všeobecných sester/sester pro péči v psychiatrii a peer konzultantů.

Účelem práce je zjistit, jak taková práce v multidisciplinárním týmu vypadá, jak ho vnímají informanti a jaká pozitiva a negativa v této práci shledávají.

Práce je sestavena ze dvou částí, a to z teoretické a praktické. V teoretické části se čtenář dozví, že Centra duševního zdraví jsou součástí Reformy psychiatrické péče. Do CDZ je implementován FACT (Flexible Assertive Community Treatment) model, který je na bázi komunitní péče. V práci je dále vysvětleno, jak fungují CDZ, jaké služby poskytují a pro jaké klienty jsou.

Praktická část je vytvořena na základě kvalitativního výzkumu, data jsou sebrána pomocí hloubkových rozhovorů s informanty. Informanty tvoří devět pracovníků jednoho CDZ. Z jejich rozhovorů vyplynulo několik základních kategorií, které částečně odpovídají na výzkumné otázky. Kategorie, které jsou vzájemně provázané jsou: Peer konzultant, Covid, Rizika multidisciplinárního týmu, Důležitost profesí, Hlavní slovo v péči, Negativa a pozitiva práce v týmu, Očekávání od ostatních profesí.

Výsledky této práce mohou být podkladem dalších výzkumů a přinášejí zajímavý pohled toho, jak takto náročnou práci vnímají sami pracovníci.

Klíčová slova

multidisciplinární tým, vážné duševní onemocnění, spolupráce, sociální a zdravotní pracovníci

Positives and negatives of the work of members of the multidisciplinary team at Mental Health Centers

Abstract

This diploma thesis deals with the cooperation of social and health workers within multidisciplinary teams in a relatively new project - Mental Health Centers. This principle of care is new in the Czech Republic and is based on multidisciplinary cooperation. It is now aimed at people with serious mental illness. The team consists of psychiatrists, psychologists, social workers, general nurses/nurses for psychiatric care and peer consultants.

The purpose of this work is to describe what work in such a multidisciplinary team looks like, how respondents perceive it and what positives and negatives they find in this work.

The work is composed of two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, the reader will learn that the Mental Health Centers (MHC) are part of the Reform of Psychiatric Care. The Flexible Assertive Community Treatment (FACT) model, which is based on community care, is implemented at the MHCs. The thesis further explains how MHCs work, what services they provide and who they are for.

The practical part is based on qualitative research. Data were collected through in-depth interviews with respondents, who consisted of nine employees from one MHC. Their interviews revealed several basic categories that partially answer research questions. The categories that are interrelated are: Peer Consultant, Covid, Risks of a Multidisciplinary Team, Importance of Professions, Main Word in Care, Positives and Negatives of Teamwork, Expectations from Other Professions.

The results of this thesis may be used as a basis for further research and provide an interesting insight into how the workers themselves perceive such demanding work.

Key words

Multidisciplinary team, severe mental illness, cooperation, social and health workers

Obsah

1	Úvod	9
2	Reforma psychiatrické péče	11
2.1	Recovery – zotavení	12
2.2	Multidisciplinární přístup	14
2.3	Psychiatrické nemocnice	14
2.4	Nemocnice – psychiatrická oddělení	15
2.5	Psychiatrická ambulance	15
2.6	Komunitní týmy	15
2.7	Centrum duševního zdraví (CDZ).....	16
2.8	GAP analýza – žádoucí stav v rámci reformy psychiatrické péče	17
2.9	Financování	17
3	Flexible Assertive Community Treatment (FACT model)	19
3.1	Počátky v Nizozemsku	19
3.2	Situace v Evropě	20
3.3	Účel FACT modelu	21
3.4	Profese zastoupené ve FACT modelu	23
3.4.1	Peer konzultant	23
3.4.2	Zdravotní sestry	23
3.4.3	Psychiatr.....	24
3.4.4	Psycholog.....	24
3.4.5	Specialista na pracovní rehabilitaci	24
4	Specifika klientů s vážným duševním onemocněním (SMI).....	25
4.1	Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy (F2)	25
4.2	Afektivní onemocnění (F3)	26
4.3	Poruchy osobnosti (F6)	27
4.4	Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním	28
4.4.1	Komunitní přístup	29
4.5	Situace v České republice	29
5	Centrum duševního zdraví (CDZ).....	33
5.1	Cílová skupina dle Příručky CDZ:	34
5.2	Základní principy péče v CDZ.....	35
5.3	Case management.....	37
5.4	Dovednosti členů multidisciplinárního týmu	37
5.5	Co dělá klíčový pracovník/case manager.....	37

5.6	Profese v centru duševního zdraví	38
5.6.1	Psychiatr.....	38
5.6.2	Psycholog.....	38
5.6.3	Sociální pracovník	38
5.6.4	Peer konzultant	39
5.6.5	Všeobecná sestra/Sestra pro péči v psychiatrii	40
5.7	Služby Centra duševního zdraví.....	40
5.7.1	Služby terénního týmu	40
5.7.2	Služby denní péče	40
5.7.3	Služby krizové	40
5.7.4	Služby psychiatrické	41
5.7.5	Služby klinického psychologa	41
5.7.6	Služby psychoterapeutické	41
5.7.7	Podpora svépomocných činností	41
5.8	Průběh práce s klientem	41
5.8.1	Přijetí klienta.....	41
5.8.2	Klíčový pracovník.....	42
5.8.3	Vypracování individuálního plánu.....	42
5.8.4	Krizová intervence	42
5.8.5	Propuštění klienta	42
5.9	Financování CDZ	43
6	Praktická část.....	44
6.1	Cíl práce a výzkumné otázky	44
6.2	Metodologie	44
6.2.1	Použité metody a technika sběru dat.....	44
6.2.2	Etika výzkumu	44
6.2.3	Způsob výběru výzkumného souboru.....	45
6.2.4	Sběr a zpracování dat.....	45
6.2.5	Informanti	45
7	Limity práce.....	47
8	Výsledky.....	48
8.1	Role členů multidisciplinárního týmu.....	49
8.1.1	Peer konzultant	49
8.1.2	Důležitost profesí v multidisciplinárním týmu v CDZ.....	51
8.1.3	Hlavní slovo v péči	53

8.2	Spolupráce členů multidisciplinárního týmu	55
8.2.1	Rizika práce v multidisciplinárním týmu.....	55
8.2.2	Covid.....	57
8.2.3	Negativa multidisciplinárního týmu	58
8.2.4	Pozitiva multidisciplinárního týmu.....	63
8.3	Očekávání od ostatních profesí	69
9	Diskuze	79
10	Závěr	83
11	Seznam literatury	86
12	Přílohy.....	93
12.1	Příloha č. 1	93

1 Úvod

Dnešní doba zvláště přeje duševním onemocněním. A toto téma je častěji diskutováno i zejména díky probíhající Reformě psychiatrické péče.

Téma diplomové práce jsem si zvolila, protože je mi velmi blízké díky mé pracovní zkušenosti s Centry duševního zdraví. Ráda bych touto prací osvětlila, jak to v nich probíhá, že mají smysl a jsou důležitá pro lidi, kteří mají vážné duševní onemocnění.

Duševní onemocnění dnes může postihnout kohokoliv a v jakémkoliv věku. Proto se toto téma může dotýkat každého. Pokud si takovou zkušenost člověk sám nezažije, těžko může vědět, čím osoba s vážným duševním onemocněním prochází.

Základním tématem této diplomové práce jsou Centra duševního zdraví a práce v nich, která jsou součástí Reformy psychiatrické péče. Tato Centra jsou zatím v zárodku zapojování do sítě služeb. Jejich hlavní charakteristikou je propojení zdravotní a sociální služby, které v České republice v takové rozsáhlé formě zatím neprobíhalo.

Práce přináší čtyři teoretické kapitoly, které uvedou čtenáře do kontextu. Další kapitoly se týkají praktické části.

Po úvodu je první kapitola o psychiatrické reformě, jejích základních prvcích a charakteristice.

Následuje kapitola druhá, která popisuje FACT model (Flexible Assertive Community Treatment), který je implementován v Centrech duševního zdraví. Popisuje jeho počátky, účel a zastoupené profese.

Třetí kapitola představuje diagnózy a jejich charakteristiky, se kterými se pracuje v Centrech duševního zdraví. Popisuje také situaci v České republice, co se týká psychiatrické péče.

Čtvrtá poslední teoretická kapitola se týká už přímo Center duševního zdraví. Jak fungují, jaké jsou zapojené profese, jaké služby jsou poskytovány a jak probíhá práce s klienty.

Následuje praktická část, která se zabývá výzkumem v jednom Centru duševního zdraví v České republice. Výzkum proběhl kvalitativní metodou, a to hloubkovými rozhovory dle návodu s pracovníky. Centrum duševního zdraví je zdravotně-sociální zařízení, tudíž jsem zvolila pracovníky z obou částí. Hlavním cílem je najít pozitiva a negativa práce

těchto dvou složek, protože každá má jiný styl práce a může to někdy přinášet určité nesnáze, ale zároveň i radosti, potěšení a velký přínos pro klienty.

Teoretická část udává kontext toho, jak se Centra duševního zdraví dostala do České republiky a proč jsou tak důležitá. Praktická část na ni navazuje přímými zkušenostmi z praxe a reálným vnímáním lidí, kteří jsou součástí každý den.

2 Reforma psychiatrické péče

Psychiatrická společnost (2017) vydala průvodce touto reformou, která probíhá již několik let a základem je systémová změna. Probíhá v celkové změně v péči o osoby s duševním onemocněním. SM solution (2015) ve své analýze označuje osoby s vážným duševním onemocněním jako osoby ohrožené při neadekvátní péči, a to zchroničtěním onemocnění, opakovanými hospitalizacemi a zejména sociálním vyloučením.

Podle Psychiatrické společnosti (2017) je důvodem touhy po změně, že tento systém péče nebyl změněn od 90. let 20. století, zároveň současná péče nepřispívá k podpoře jedince v jeho přirozeném prostředí a také neprobíhá dostatečná spolupráce s dalšími poskytovateli služeb pro osoby s duševním onemocněním. Oproti České republice probíhala psychiatrická reforma v USA již v 70. letech (Anthony, 1993).

Podle MZ ČR (2013) má Česká republika jeden z nejnižších podílů výdajů na psychiatrickou péči v rámci zemí EU. To je další důvod ke změně. Většina z psychiatrických léčeben byla zřízena MZ ČR a neprošla zásadní změnou řadu let.

Základním cílem této reformy je zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním (Psychiatrická společnost, 2017). Nástroji k naplnění cíle jsou mimo jiné restrukturalizace služeb, funkční sítě služeb, změna myšlení nejen pracovníků, ale i společnosti. Změna v systému péče spočívá v poskytnutí koordinované péče, která se zaměřuje na tzv. recovery – zotavení klienta. Winkler et al. (2013) také zmiňují, že mnoho západních evropských zemí již má zavedený princip komunitních služeb a možnost osobám s duševním onemocněním si vybrat z mnoha služeb, která jim vyhovuje nejvíce. Tyto osoby jsou většinou léčeny mimo nemocnice/léčebny. Když už jsou zde nemocnice/léčebny, jsou menší a poblíž komunit. Naopak ve východní Evropě, kde jsou malé příjmy, není komunitní péče moc součástí systému. Jsou zde stále velké psychiatrické nemocnice, kde převážně probíhá péče o jedince. Pokud je zde komunitní péče, tak ji většinou realizuje neziskový sektor.

Klienti by měli mít dostatečný výběr, jakou službu s vhodnou následnou péčí si vyberou. Díky přeměně systému péče budou lépe respektována klientova práva, klientům bude poskytnuta maximálně možná inkluze do společnosti a zároveň bude probíhat spolupráce s rodinnými příslušníky (Psychiatrická společnost, 2017).

Někteří klienti potřebují pomoc, ale sami ji nevyhledají, reformovaná péče zahrnuje asertivní přístup – pozitivní, nemanipulativní a ohleduplný přístup, říká Malý průvodce od Psychiatrické společnosti (2017). Vytvořením nových typů služeb dojde k rozšíření komunitních služeb – Centra duševního zdraví, ambulance s rozšířenou péčí – tím by mělo dojít k redukci dlouhodobé lůžkové péče. Služby v novém modelu péče reflektuje přání klientů, vyvažuje komunitní, nemocniční a ambulantní služby. Služby mohou probíhat v místě bydliště klienta, intervence zvyšují samostatnost klienta a ošetřují příznaky onemocnění. Reforma také slouží jako destigmatizační kampaň – vede ke zmírnění předsudků vůči lidem s duševním onemocněním (Psychiatrická společnost, 2017). Podle MZ ČR (2019a) je v České republice realizován projekt Destigmatizace od roku 2017 do roku 2022. Tento projekt má na starosti Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) a je součástí reformy péče o duševní zdraví. Má za úkol snižovat stigmatizaci a diskriminaci osob s duševním onemocněním. Vznikla Iniciativa NA ROVINU, kde je vytvořeno bezpečné prostředí a může se zde mluvit o duševním zdraví, ale i nemocech.

Podle článku Koubové (2018) je transformace velmi náročným úkolem a může narazit na řadu překážek. Jednou z nich je nedostatek personálních kapacit. Další záležitostí jsou finance. Psychiatrické nemocnice by měly snižovat počty lůžek a zároveň by měla probíhat transformace na jiná zařízení, která se budou starat o osoby s duševním onemocněním. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí ve své tiskové zprávě z roku 2019 (Tiskové oddělení MPSV, 2019) prohlašují, že se dohodli na postupu financování reformy psychiatrické péče, která je velmi potřebná. Shodují se, že pro pokračování zajistí společnými silami finanční síť. První fáze jsou dotace z fondů EU, později ze státních rozpočtů.

2.1 Recovery – zotavení

Dosažení plnohodnotného života by mělo být cílem péče o lidi s duševním onemocněním (Psychiatrická společnost, 2017).

„Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná“ (Anthony, 1993).

Slovo zotavení nejlépe vystihuje anglické slovo ‚recovery‘. Znamená to, že člověk něco prožil a zotavil se z toho, má v sobě částečnou aktivitu, zároveň naději a zkušenost. Je to zkušenost smysluplného života, ač jsou přítomné příznaky onemocnění (MZ ČR, 2017). Veldhuizen a Bähler (2017) popisují zotavení jako aktivní proces klienta, který na něm sám pracuje a sám pracuje na svých silných stránkách. Úkolem pracovníka je provázet klienta na cestě. Zde je velmi důležitá role peer pracovníků, kteří mohou alespoň zčásti rozumět potížím jednotlivce. Zároveň napomáhá týmu svými osobními zkušenostmi s nemocí.

Schrank a Slade (2007) přicházejí se dvěma definicemi ‚recovery‘. Jednou z nich je psychiatrický pohled na tento termín. Z psychiatrického hlediska je zotavení dlouhodobým cílem, kdy odezní veškeré příznaky. Druhá definice a to je, jak je chápána v komunitních službách, spočívá v přijetí onemocnění a schopnosti žít ‚normální‘ život ve společnosti.

V Příručce jazyka zotavení (MZ ČR, 2017) nalezneme několik principů zotavení:

- Prvním z nich je jedinečnost člověka – každý má svou důstojnost
- Každý je odborníkem na svůj život a má právo o něm rozhodovat sám
- Je potřeba se zaměřovat na silné stránky jedince – co se povedlo, co dokázal a dál rozvíjet
- Jazyk, který používáme s klientem, bychom měli přizpůsobit jeho jazyku
- Není na místě hodnotit a soudit člověka, ale spíše být tu pro ně

Základem zotavení je podle Ministerstva zdravotnictví ČR (2017) zacházet s klientem jako s člověkem, a ne pouze jako s psychiatrickou diagnózou. Také je potřeba ustupovat z pohledu na klienta jako pasivního nemocného a začít ho vnímat v běžnějších a důstojnějších rolích, to podporuje pozitivní identitu. Proces recovery obsahuje naději – dává možnost v pokroku, i když se situace zdá neřešitelná. Měla by být podporována klientova důstojnost a aktivita. S tím souhlasí také Schrank a Slade (2007), kteří doplňují potřebu spirituality, související s nadějí v životě. Také klienti potřebují cítit zodpovědnost za svůj život a mimo jiné také sociální kontakty, které jim pomáhají vyjít z izolace.

Zároveň by se pracovník měl vyhnout odbornému a nemocničnímu jazyku. Takový jazyk staví hranice mezi nemocným a zdravým jedincem. Vhodným prostředkem je zapojení i

peer konzultantů (viz níže), kteří mohou užít jazyk vhodný ke klientům, jejich osobní zkušenosti mohou také přinést pozitivní vliv a naději do života klientů (MZ ČR, 2017).

Psychiatrická společnost (2017) vnímá zotavení jako velmi individuální prožitek, který neznamená úplné uzdravení, ale klient žije spokojený život i přes své onemocnění. Zotavení se vztahuje k životu klienta, ne k nemoci. K tomu se přiklánějí také Schrank a Slade (2007), kteří podporují klientovu schopnost mít příznaky onemocnění, v rámci jeho možností, pod kontrolou. Zahrnuje to znát své onemocnění a možnosti pomoci, znát copingové strategie, které mohou pomoci utišit napětí, užívání medikace a mít své metody duševní hygieny.

2.2 Multidisciplinární přístup

Tento přístup je zejména o spolupráci a koordinaci pracovníků, kteří mají různá povolání a pracují pro různé instituce (Psychiatrická společnost, 2017). Multidisciplinarita probíhá: v rámci jednoho týmu, mezi jednotlivými službami a v rámci komunity. Spolupráce různých odborníků může dopomoci ke kvalitnějšímu životu osoby s duševním onemocněním, a to díky tomu, že společně sdílejí a řeší jeho životní situaci. Pro Hejzlara (2009) je multidisciplinarita na velkém vzestupu a jednou z velmi dobrých cest v péči o tuto cílovou skupinu. Nicméně přiznává, že v praxi je velmi náročné tuto myšlenku uvést v praxi, podle něj funguje jen na několika místech v republice. Skutečné propojení spolupráce různých složek mohlo trvat i roky díky různým bariérám a nedůvěře.

2.3 Psychiatrické nemocnice

SM solution, a.s. (2015) podle jejich analýzy přichází s myšlenkou, že změny v psychiatrických nemocnicích mohou mít největší dopad na životy osob s vážným duševním onemocněním, zároveň jsou i velkým rizikem pro sociální systém. Prostředí nemocnic by mělo být více humanizováno, k čemuž patří mimo jiné i snižování počtu lůžek. Budování komunitních služeb a také Center duševního zdraví (CDZ) má napomáhat tomu, aby klient již za doby své hospitalizace našel oporu v navazujících službách a po propuštění pokračoval s návaznou péčí. Pokud se nastaví dobrá spolupráce, zvýší se kvalita péče. Po zavedení CDZ se odhadují snížení lůžek na 10–30 %. Bude to velmi postupný proces. Cílový stav CDZ v republice je 100 poboček a s tím předpokládaný počet redukováných lůžek je 1 000.

Zhruba 80 % finančních a personálních kapacit je soustředěno na tento typ péče. 2/3 všech lůžek je soustředěno do psychiatrických nemocnic a 1/3 jsou lůžka akutní. Tyto

nemocnice jsou financované z hlediska počtu obsazených lůžek paušální sazbou (MZ ČR, 2013).

2.4 Nemocnice – psychiatrická oddělení

Psychiatrická lůžka v nových psychiatrických odděleních by se měla zvýšit. To může mít za dopad zkvalitnění péče – geografická rozšířenost těchto lůžek může poskytnout větší blízkost k rodinám klienta, a tak pobyt může mít zmírněné dopady na sociální vazby. Akutní hospitalizace je možná pouze na 52 dní, a to může být také motivační pro klienta i pro lékaře. Kratší vzdálenost nabízí i větší možnost spolupráce se sociálními službami (SM solutions, a.s., 2015). Určitá část nemocnic, která mají psychiatrická lůžka, neposkytují péči klientům s vážnou duševní poruchou, hlavním důvodem je nedostatečná kapacita lůžek a personálu. Tato péče je regionálně velmi nerovnoměrná (MZ ČR, 2013).

2.5 Psychiatrická ambulance

V rámci reformy se v psychiatrických ambulancích nabízí možnost rozšíření ambulancí s vyšší kapacitou týmu. Jedná se o terénní psychiatrické sestry, je také možnost rozšířit tým i o sociální pracovníky (SM solutions, a.s., 2015). Většina psychiatrické péče se odehrává právě zde. Jsou financovány zejména z veřejného zdravotního pojištění formou plateb za zdravotní výkony. Psychiatrické nemocnice/léčebny zachycují určitou část příběhu klienta a část období jeho nemoci, ale zbytek péče v jeho životě se odehrává v ambulanci. Lékař by měl být obeznámen s klientovým životním příběhem i jeho veškerými potřebami, nicméně výkonové platby nutí lékaře obsloužit více klientů za krátkou dobu, a tak se na ně nedostává potřebný čas (MZ ČR, 2013).

2.6 Komunitní týmy

Ve státech, kde již proběhla transformace, jsou komunitní týmy hlavní složkou péče o duševně nemocné (nejen o tuto skupinu). Jedná se o multidisciplinární týmy a ty spolupracují s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb (Psychiatrická společnost, 2017). Cílem je předcházet potenciálním hospitalizacím klientů a podpora v běžných situacích života a pomoci zvládnání sociálních problémů, které by člověk s duševním onemocněním mohl mít (Stuchlík a Wenigová, 2007).

Podle Veldhuizen a Bähler (2017) tyto týmy, které poskytují služby, by měly být správně koordinované – činí různá rozhodnutí o tom, co se má udělat jako první a co se může nechat na později. Ke správné koordinaci slouží ranní porady, kde se probírají jednotlivé postupy a jednotliví klienti. Tým klientům poskytuje komplexní služby, a to pomocí

multidisciplinarity. Je to velmi široký záběr služeb a programů, hlavním cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním, aby mohli žít co nejspokojivějším životem a byly naplněny jejich veškeré potřeby. Kromě naplňování jejich potřeb je podpora sociálních rolí ve společnosti (Raboch a Wenigová, 2012). Veldhuizen a Bähler (2017) popisují, že klient může čerpat pomoc psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka, IPS pracovníka, peer konzultanta, zdravotních sester. V rámci společného fungování si vytvoří společný styl fungování a vizi. Tým sdílí péči o klienta – všichni mu můžou poskytnout potřebnou péči a vytváří si ucelenější léčebný postup.

Komunitní týmy jsou trendem od poloviny 20. století ve vyspělých zemích a tento trend je spojen s deinstitucionalizací – redukce velkých psychiatrických nemocnic a zároveň jejich náhrada komunitními službami (Raboch a Wenigová, 2012). Podle Pěče (2008) zahrnuje komunitní péče všechny složky – včetně té lůžkové, má však změněnou roli. Ovšem podle článku Koubové (2018) se u některých pacientů z nemocnic nemusí deinstitucionalizace povést vůbec, jsou to zejména již chroničtí pacienti, kteří se nejsou schopni svými silami zapojit do běžného života.

2.7 Centrum duševního zdraví (CDZ)

V Malém průvodci Psychiatrické společnosti (2017) se dozvíme, co jsou Centra duševního zdraví. Zde jen krátce – více ve zvláštní kapitole. Tato Centra jsou nový prvek v péči o lidi s duševním onemocněním. První fáze spočívá v budování Center pro dospělé klienty. Cílová skupina jsou klienti s vážným duševním onemocněním – SMI (Severe Mental Illness).

Zřízení těchto Center pomáhá dlouhodobě hospitalizovaným klientům odejít mimo nemocnici a možnost snížení rehospitalizací u osob, kde se onemocnění stalo již chronickým (SM solution, a.s., 2015). Tato skupina osob je dle Psychiatrické společnosti (2017) nejvíce ohrožena potenciální hospitalizací, a tím pádem jsou ohroženi vyloučením z běžné společnosti. Jsou to zejména klienti se schizofrenním či bipolárním onemocněním. Centra také zachycují první ataky onemocnění. Služby jsou jak zdravotní, tak sociální a jsou poskytovány multidisciplinárním týmem.

Mácha (2014) doplňuje, že tato Centra jsou koncipována jako nízkoprahová zařízení s poskytováním zdravotně-sociálních služeb a podle něj by CDZ měla sloužit pouze ke krátkodobé intervenci.

Základními službami CDZ jsou ambulantní, terénní a krizové (Psychiatrická společnost, 2017). Mezi funkce těchto Center patří prevence hospitalizací (případně jejich krácení), záchyt rozvoje onemocnění, reintegrace dlouhodobě hospitalizovaných do přirozeného prostředí.

Některá Centra poskytují nepřetržitou péči, a tím se klient neztratí v systému (Psychiatrická společnost, 2017). Velmi žádanými návaznými službami jsou dostatečné kapacity chráněného bydlení a krizové služby (SM solution, a.s., 2015).

2.8 GAP analýza – žádoucí stav v rámci reformy psychiatrické péče

SM solution, a.s. (2015) v rámci své analýzy přišli s GAP analýzou, která srovnává aktuální situaci reformy psychiatrické péče se žádoucím stavem. Je velmi žádoucí, aby se péče odehrávala v komunitě, aby multidisciplinární týmy byly standardním systémem péče a jejím nástrojem je case management. Také zdravotní a sociální služby byly jeden systém v rámci péče o klienta. Zároveň reforma péče se snaží o to, aby osoby s duševním onemocněním byly přijímány ve společnosti a bez jakýchkoliv předsudků.

2.9 Financování

Potřeby osob s duševním onemocněním jsou velmi různorodé, a tak zasahují do různých oblastí. Nejsou to jen náklady na zdraví, ale také je to záležitost sektoru sociálního, školství, spravedlnosti a další. Evropa poskytuje koncept tzv. smíšené ekonomie poskytování – zdroje do oblasti duševního zdraví plynou z různých míst. Zároveň služby, které jsou osobám poskytovány, jsou z různých sektorů (veřejný, soukromý, nestátní a privátní) (Winkler et al., 2013).

Jednou z oblastí financování je rozhodně vzdělávání personálu, který by v takové práci měl být kvalifikovaný. Ne vždy tomu tak je. Nejlepší variantou by podle Winklera et al. (2013) bylo zavést již do učebních osnov vhodný způsob péče o psychiatrické pacienty.

Dle Winklera et al. (2013) je další oblastí, do které by se v péči o osoby s duševním onemocněním mělo investovat, je osvěta a prevence tohoto tématu. Cílem je zasáhnout různé cílové skupiny osob tak, aby se minimalizoval počet dalších přibývajících nemocných. Možnost ukázat lidem, co mohou dělat, když je potkají určité situace, dát jim nějaké východisko.

Výzkum je jednou z věcí, do které se musí investovat určité množství peněz, v oblasti duševního zdraví většinou probíhá evidence-based výzkum (založený na důkazech). Do

výzkumu se také investuje v závislosti na vyspělosti a bohatosti země. Jiné finance budou proudit do této oblasti např. ve Velké Británii a jiné na Ukrajině (Winkler et al., 2013).

V České republice Ministerstvo zdravotnictví podporuje rozvoj ambulantních a zdravotně-sociálních služeb. Podpora pochází z EU fondů a zdravotních pojišťoven (MZ ČR, 2019a). Ministerstvo plánuje zavést udržitelné financování multidisciplinárních týmů, které se postarají o své klienty.

3 Flexible Assertive Community Treatment (FACT model)

Počátky komunitní péče v USA popisují ve své příručce Veldhuizen a Bähler (2017), začátek se datuje do 70. let 20. století. Původním modelem byl ACT (Assertive Community Treatment) – základem je multidisciplinární tým. Tento tým by měl tvořit deset plných úvazků a zajišťovat péči cca stům klientům. Tým pracuje převážně v terénu a zajišťuje dlouhodobou a intenzivní péči, zejména těm klientům, kterým hrozí hospitalizace či sociální vyloučení.

FACT model je biopsychosociální model, který pracuje s onemocněním, symptomy, je průvodcem v praktickém životě, je rehabilitací a zároveň podporuje zotavení (Schnatz, 2019).

3.1 Počátky v Nizozemsku

Winkler et al. (2013) přinášejí pohled vzniku změny v péči o osoby s duševním onemocněním. Velmi dlouho Nizozemí vedlo institucionální léčbu, v zemi byla velká stigmatizace osob s tímto onemocněním – nebyly brány jako skutečně nemocné. Podpora těmto osobám přišla ze strany Ministerstva spravedlnosti a policie – byly velké náklady na bezpečnost a tyto orgány velmi často zasahovaly v rámci forenzní psychiatrie. Začala vyjednávání mezi Ministerstvem spravedlnosti, policií, vládou, asociací pro pacienty, jak jim poskytovat co nejlepší a efektivní péči. Postupem času se našel systém, který začal fungovat.

Veldhuizen a Bähler (2017) vysvětlují model, který vznikl v Nizozemsku a obohatil ACT o položku ‚F‘ (Flexible). Schnatz (2019) popisuje, že přidáním položky ‚F‘ bylo zamýšleno možnost měnit flexibilně klinickou péči a komunitní. Hledal se způsob, jak spojit komunitní a nemocniční péči a zároveň použít medicínu založenou na praxi. V Nizozemí se zvyšovaly sebevražedné pokusy a lidé prožívali silnější deprese. Schnatz (2019) uvádí, že touto duševní poruchou trpělo až 8,2 % obyvatel Nizozemska – to je mnohem více než kardiovaskulárních onemocnění či onemocnění rakovinou. Nizozemský zdravotní systém byl velmi zaměřený na lůžkovou péči, zejména v psychiatrické péči má nejvíce lůžek na světě. Počátky tohoto modelu byly náročné a důvěru, zejména u rodinných příslušníků, si musel budovat postupně. Nejprve klienti a rodiny klientů byli překvapeni, že se u nich doma střídá několik pracovníků týmu místo jednoho, který chodí pravidelně. Tyto pochybnosti byly snadno vysvětleny – pouze tým může provádět intenzivní péči a pokud jeden člen týmu krátkodobě ‚vypadne‘, péče

pokračuje dále. Také v dlouhodobějším kontaktu získává klient širší sociální kontakt – poznává více lidí.

3.2 Situace v Evropě

Kromě Nizozemska funguje tento model také ve Švédsku. Svensson et al. (2017) ve své studii popisuje implementaci tohoto modelu péče během dvou let u sedmi týmů. Týmy se mezi sebou vzájemně navštěvovaly a čerpaly zkušenosti od ostatních. Pak po návratu pomocí vedoucích týmů byly aplikovány viděné metody, které by mohly fungovat. Svensson et al. (2017) s jeho kolegy provedli kontrolu po půl roce a po 18 měsících a zjistili, že aplikované ozkoušené metody fungují jak po půl roce, tak i po roce a půl velmi dobře.

V Dánsku vznikla myšlenka, zda ACT týmy jsou dost efektivní péčí pro lidi s duševním onemocněním anebo postačuje původní péče, která se za poslední léta zlepšila. Dokonce se zvažuje, zda ACT týmy mají svou budoucnost (Thoegersen et al., 2019). Zřejmě i z tohoto důvodu zde nenajdeme moc týmů, které by používaly FACT model. Přesto Nielsen et al. (2020) přicházejí s první studií, kde porovnává FACT model s ACT modelem a běžnou komunitní péčí. Data z této studie prokázala, že klienti, kteří přešli z původní komunitní péče do péče FACT týmu, vykazovali o dost větší návštěvy ambulantních lékařů, a to zřejmě z důvodu včasných zásahů týmu. Dokonce 36 % klientů, kteří přešli z běžné komunitní péče, měli krizový stav a mohli být v intenzivní péči FACT týmu. FACT model touto studií dokázal, že dokáže uspokojit nenaplněné potřeby.

I Anglie zažila v posledních dekáдах vzestup komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. Jednou z možností byly komunitní týmy, ACT týmy a pak právě FACT týmy. SOOD et al. (2017) přicházejí s první anglickou studií, která se zabývá tím, jestli FACT modely přinášejí větší benefity klientům. Výsledky studie prokázaly, že lidé, kteří byli v jednom z týmů a přešli do nového FACT týmu, měli mnohem méně osobního kontaktu s pracovníky. To se shoduje s filozofií FACT modelu, který chce, aby klienti byli samostatní a mohli samostatně žít svůj život bez větších zásahů týmu, ale zároveň mohou vědět, že tým je zde pro ně v případě krize.

Oproti zemím, jako jsou Nizozemsko, Švédsko, Dánsko a Velká Británie, zde stojí země, jako je Německo, které má velmi vysoké náklady na péči o duševní zdraví, a to zejména díky psychiatrickým nemocnicím a psychiatrickým oddělením v nemocnicích. Péči o lidi

s duševním onemocněním zastávají tedy zejména psychiatři a psychoterapeuti. Komunitní péče je velmi nedostatečně rozvinuta (Mueller-Stierlin et al., 2020).

3.3 Účel FACT modelu

S FACT modelem přišli psychiatr J. R. van Veldhuizen a psycholog M. Bähler, první týmy tak díky nim vznikly v roce 2003. Jedná se také o multidisciplinární tým, který má na starosti cca 200 klientů s vážným duševním onemocněním (SMI – Severe Mental Illness) (Veldhuizen a Bähler, 2017). Tým se skládá z několika profesí – psychiatr, sestry, psycholog, IPS (specialista na zaměstnání), peer pracovník, sociální pracovník. Tým poskytuje dlouhodobou péči klientům, kteří jsou v krizi a potřebují akutní péči a zároveň klientům, kteří využili služby a aktuálně jsou stabilní. Podle Schnatz (2019) je velmi důležitá asertivní složka – právě díky ní jsou zachycovány včas klienti v krizi. Pro Pěče (2008) je velmi důležitá možnost nepřetržité péče a vyhledávání klienta v jeho přirozeném prostředí.

Klienti mají kromě duševních obtíží také obtíže v sociální oblasti (bydlení, sebeobsluha, zaměstnání, finanční stránka, společenské kontakty). Péče se poskytuje u klienta doma (nebo v přirozeném prostředí, které klient preferuje) (Veldhuizen a Bähler, 2017). Vztah klienta a rodiny bývá někdy velmi náročný – rodina si může držet odstup nebo se moc nezajímá o zdravotní stav. Přesto je velmi důležitou součástí klientova života (Schnatz, 2019).

Veldhuizen a Bähler (2017) popisují vztah mezi klientem a pracovníky. Klient má svého klíčového pracovníka, který ho dobře zná a v případě, že se objeví vážné příznaky nemoci, obeznámí s tím tým a nastává akutní péče celého týmu, případně doprovod k hospitalizaci. Když se klientova situace zklidní a přechází se k individuální péči, klíčový pracovník stále spolupracuje s jinými odborníky týmu (psychiatr, psycholog apod.) a snaží se pomáhat naplňovat klientovy potřeby. Schnatz (2019) připouští, že do roku 2002 fungovala komunitní služba na bázi case managementu, měli i krizová lůžka, která mohla navazovat na hospitalizaci, na další psychiatrické služby jinde či jen pomoci klientovi se uklidnit. To ovšem přestávalo fungovat v případě, že klient potřeboval péči vícekrát do týdne a tým nebyl schopný pokrýt klientovy potřeby.

Kortrijk et al. (2019) popisují dvouroční studii, do které se zapojilo 29 FACT týmů. Týmy se orientovaly na individuální case management nebo asertivní kontakty, soustředily se na klientské potřeby a vše sdílely v týmu. Když se klient zhoršil a hrozila hospitalizace,

pracovníci ho umístili na tabuli a denně ho prodiskutovali v týmu. Stanovili si dvě základní kritéria: věk nad 18 let a vážné duševní onemocnění. Většina klientů měla psychotickou poruchu – 65 %. Po dobu výzkumu zůstala úroveň psychosociálních problémů u většiny lidí na stejné úrovni. Zároveň výzkum ukázal i pokles nesplněných potřeb.

Podle Veldhuizen a Bähler (2017) FACT model nabízí pomoc v oblasti nemoci a symptomů, v každodenním životě, rehabilitaci a podporuje tzv. recovery (zotavení). Tým se také snaží pomoci začleňovat klienta do běžné společnosti v jeho přirozeném prostředí. Důležitou roli zde hraje i rodina klienta – velmi důležitá spolupráce, ač je někdy velmi náročné získat si jejich důvěru. Svensson et al. (2018) ve své studii zjistili během čtyř let, že intervence FACT týmu má skutečně pozitivní vliv na každodenní fungování života klientů, zejména v oblasti přátelství, kdy se klienti se svými přáteli potkávali mnohem častěji než před spoluprací s FACT týmem. Nicméně Svensson et al. (2018) také upozorňují, že pokud byl klient zapsán na ‚fact boardu‘ déle než osmnáct měsíců, značně to zhoršilo jeho psychosociální fungování. Na stejné zjištění přišli již i Nugter et al. (2016) ve své studii ohledně vlivu FACT týmu.

Týmy využívají flexibilní systém přepínání, uvádí Veldhuizen a Bähler (2017). Tým se denně radí o klientech, co potřebují, co je nového, ti, kteří jsou v krizi, jsou vypsáni na krizové tabuli – FACT board. O této tabuli píšou i Lexén a Svensson (2016). Jakmile se klient dostane na tabuli, tým přepíná z individuální péče na péči týmu. Tým denně řeší klienta a jeho další péči do jeho stabilizace. Pak opět přichází běžná péče, jak také říkají Veldhuizen a Bähler (2017). Na krizovou tabuli se zapisují nejen klienti, kteří jsou aktuálně v krizi, ale také klienti, kteří odmítají léčbu, rizikovní klienti, kteří odmítají léčbu, klienti na hospitalizaci, nově přijatí klienti a klienti se soudním příkazem. Ráno na poradě se proberou všichni, co jsou aktuálně na tabuli a případ vede case manager, který popíše situaci za uplynulý den, i další pracovníci, kteří s klientem pracovali, řeknou svůj pohled. Všechny informace se zkonzultují a naplánuje další postup. Tento způsob pomáhá předávání informací a efektivní koordinaci činností (Veldhuizen a Bähler, 2017).

V článku Veldhuizen a Bähler (2017) je FACT model zaměřený na zotavení, na práci založenou na důkazech (evidence based) a zároveň integrovanou komunitní a nemocniční péči. Také podporuje silné stránky jedince, komunikace s rodinou, zahrnuje i léčbu klientů s duální diagnózou a poskytuje IPS (Individual Placement and Support). Tým má

také svou spádovou oblast, kde zajišťuje péči duševně nemocným klientům. To zajišťuje kvalitnější spolupráci s dalšími organizacemi, nemocnicemi, lékaři. V tu chvíli, kdy klient skutečně potřebuje hospitalizaci, tým ho doprovází, navštěvuje a spolupracuje i v tu dobu.

System této péče je velmi finančně nákladný, ale přesto podle Veldhuizen a Bähler (2017) přináší spokojenost, samostatnost a ekonomický prospěch klientům. Klienti mají šanci získat zaměstnání, snížit počet hospitalizací, a tím se snižuje počet lůžek v nemocnicích. Mimo jiné z toho mají prospěch i blízcí klientů. Zejména když klienti jsou schopni fungovat v jejich přirozeném prostředí, získávají podporu týmu a mohou žít spokojený plnohodnotný život.

Podle Veldhuizen a Bähler (2017) je velkou výhodou terénní poskytování péče. Pracovníci navštěvují klienty v jejich přirozeném prostředí – doma, na ulici či v místě potřeby. V dřívějších modelech péče sloužil terén jen jako zhodnocení krizového stavu, FACT model pracuje s terénem jako se standardní metodou. Tento způsob práce má podle Veldhuizen a Bähler (2017) pozitivní vliv na vztah mezi klientem a pracovníkem. Pracovníci se také mohou potkat s rodinnými příslušníky, sousedy, a lépe tak posoudit stav klienta, a to s čím potřebuje pomoci. Pracovník také vidí, jak klient reaguje v prostředí jemu známém, kde se cítí přirozeně.

3.4 Profese zastoupené ve FACT modelu

3.4.1 Peer konzultant

Veldhuizen a Bähler (2017) popisují tyto pracovníky jako nositele naděje, jsou živým důkazem, že je možné prožít zotavení a fungovat v dnešní společnosti. Zároveň využívají svoji vlastní zkušenost s nemocí k podpoře klientů. Jejich role je komunikace a trávení času s klienty. Peer předává informace o zotavení a následné rehabilitaci. Mohou se s klienty scházet individuálně anebo ve skupinách. Veškerý kontakt směřuje k podpoře zotavení a zplnomocňování klientů. Kromě práce s klienty funguje peer jako konzultant v týmu – zprostředkovává pohled z druhé strany, ze strany nemocného, aby pracovníci mohli lépe pochopit podstatu onemocnění.

3.4.2 Zdravotní sestry

Zdravotní sestry mají roli case managera, jsou na stejné úrovni jako sociální pracovníci. Řeší i sociální rovinu (bydlení, finance, životní pohodu) klienta, hodnotí plán péče a monitorují výsledky (Veldhuizen a Bähler, 2017).

3.4.3 Psychiatr

V tomto modelu má psychiatr klíčovou roli v týmu, ne všude je tomu tak, popisují Veldhuizen a Bähler (2017). Psychiatr zodpovídá za obsah plánu léčby, vykonává lékařské úkony (medikace, psychoedukace), pomáhá klientovi udržet stabilní duševní stav a rozhoduje o dalších postupech týmu – společně s ostatními profesemi. Psychiatr také zasahuje v krizových okamžicích u klientů – vyhodnotí rizika, doporučí hospitalizaci.

Díky psychoedukaci, kterou poskytuje psychiatr, ale také ji může poskytnout poučená psychiatrická sestra, mohou klienti lépe čelit případným atakům a vyhnout se relapsům. V psychoedukaci pracovník pracuje s tím, co se s klientem děje, co může udělat sám a co může pro něj udělat okolí. Je to velmi užitečná metoda, která může snížit počty hospitalizací. Hlavní důraz je zde dán na emoce klienta a podporu (Foitová et al., 2017).

Psychoedukace může být poskytována na žádost klienta, případně, když je potřeba, také ji může poskytovat jiné zařízení, kam klient chodí. Může být poskytována jak individuálně, tak skupinově (Bähler et al., 2010).

3.4.4 Psycholog

Psychologové jsou v tomto modelu více v kontaktu s klientovou rodinou, zakládají různé pomocné skupiny, diagnostikují, poskytují terapie a fungují jako poradce v týmu Veldhuizen a Bähler (2017).

3.4.5 Specialista na pracovní rehabilitaci

Veldhuizen a Bähler (2017) zmiňují i specialisty na zaměstnávání (IPS – Individual Placement and Support), kteří získávají svou pozici až v posledních letech. Pracují na otevřeném pracovním trhu, kde vyhledávají vhodné pozice pro klienty a pomáhají s nácvikem výkonu práce. S klienty mohou i nacvičovat pracovní dovednosti, aby měli větší šanci uspět v novém zaměstnání.

Lexén a Sevensson (2016) vypracovali studii, která se týkala pohledu pracovníků FACT týmů na svou práci. Podle nich má práce smysl v tom, že zasahuje v krizích, a díky tabuli je přehled o tom, jak na tom klienti jsou. Lexén a Sevensson (2016) dále zjistili, že pro pracovníky je sdílení případů velmi užitečné, protože si na klienta nepřipadají sami a mohou zodpovědnost přenést na další členy, což zároveň snižuje stresovou hladinu a dává

tolik potřebnou podporu. Svou práci viděli smysluplnou také v tom, že péče je intenzivnější, a tím snižuje riziko relapsu a snižuje počet dní v nemocnici.

4 Specifika klientů s vážným duševním onemocněním (SMI)

V následující kapitole charakterizuje cílovou klientelu FACT modelu a Center duševního zdraví. Jsou zde stručně popsány jednotlivé okruhy onemocnění, průběh sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a také nastínění situace v České republice, co se týká psychiatrických pacientů a klientů.

Pasz a Plechatá (2020) popisují, co se dnes zařazuje do oblasti duševních onemocnění. Jsou to zejména poruchy složek lidské psychiky (cítění, chování, nálada). Toto onemocnění je velmi intenzivní a narušuje běžný život člověka. Veldhuizen a Bähler (2017) popisují klientelu, která má psychiatrickou poruchu a ta je omezuje i v jejich sociálním fungování. Obtíže nejsou krátkodobého charakteru, je vhodná koordinovaná péče pomocí sítí služeb včetně zdravotní péče. Největší zastoupení mají osoby s psychotickou poruchou, dále jsou zde čteně zastoupené deprese, bipolární poruchy, poruchy osobnosti a další. Klienti s těmito onemocněními jsou ovlivněni ve více oblastech života. Lidé s psychiatrickým onemocněním jsou zranitelnější v některých oblastech života (Veldhuizen a Bähler, 2017). Jedná se například o mezilidské vztahy, udržení se v zaměstnání, fungování ve společnosti, péče o sebe. Tato pravda byla již známá v minulém století, kdy ústavy měly nahradit základní lidské potřeby (jídlo, střecha nad hlavou, teplo, určitý řád). Ovšem tyto instituce nedokázaly klienty naučit nic, díky čemu by mohli obstát ve společnosti. Až v 70. letech přišel plán terénní péče, která byla poskytována klientům v jejich přirozeném prostředí. Pomoc měla být asertivní – aktivní vyhledávání klientů, jejich oslovování a nabízení možností řešení jejich životní situace Veldhuizen a Bähler (2017).

Následující okruhy onemocnění jsou označeny dle aktuální verze MKN-10 (ÚZIS ČR, 2021).

4.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy (F2)

Malá (2005) popisuje počátky koncepce schizofrenie jako „rozštěp mysli“. Postupem času se k tomu přístupu přidaly i další definice a typy. Společná charakteristika tohoto onemocnění spočívá ve velmi narušeném emočním vztahu k lidem a neuvědoměním si své vlastní identity. Mahrová et al. (2018) popisují, že pro tento typ poruchy jsou zejména příznačné poruchy myšlení a vnímání. Afektivita je zde oploštěná. Myšlení u lidí s touto

poruchou nedává často smysl, nejsou schopni třídít důležitost informací, a to způsobuje špatnou soustředěnost, a tím pádem je komunikace velmi vyčerpávající. Velmi často dochází k zárazům myšlenek – nějaká vnější síla odnímá myšlenky. Osoby se schizofrenním onemocněním mohou provázet také bludy s různým obsahem. A tím může docházet k bludným interpretacím světa kolem nich. Existují čtyři základní formy onemocnění: Paranoidní schizofrenie (nejčastější, ataky s halucinacemi a bludnými přesvědčeními, dobrá reakce na léčbu), simplexní schizofrenie (uzavírání se do vlastního světa, hůře ovlivnitelné léčbou), hebefrenní schizofrenie (klackovité chování, obtížná motivace ke spolupráci), katatonní schizofrenie (upadání do stuporu, nereaguje na okolí). Lidé s tímto onemocněním je potřeba velmi intenzivně motivovat k léčbě. Léčba je zde myšlená jako farmakoterapie, psychoterapie, psychiatrická rehabilitace (Marhová et al., 2008).

4.2 Afektivní onemocnění (F3)

Do těchto onemocnění patří deprese a mánie, případně střídání těchto dvou stavů – bipolární porucha (ÚZIS ČR, 2021).

Mánií je myšlena nadnesená až euforická nálada, velká aktivita, mnoho myšlenek, vyšší sebevědomí, menší potřeba spánku. Chování může vypadat až bizarně, bývá dotěrné, naléhavé. Lidé v tomto stavu velmi snadno naváží nové kontakty s cizími lidmi, rozdávají své peníze, mají zvýšený sexuální apetit a mohou nadměrně užívat alkohol (Mahrová et al., 2008). Látalová (2010) popisuje, že se klienti v tomto stavu cítí velmi dobře, spokojeně a úspěšně a pouštějí se do velkých projektů. Mahrová et al. (2008) dodávají, že velmi vysoké sebevědomí může vzrůst až do bludného charakteru – jsou to bludy megalomanské – myslí si, že je velmi dobrý ve věcech, kterým nerozumí (odborník na hudbu, knihy).

Depresivní porucha se projevuje jako velmi smutná nálada, ztráta zájmu z dříve oblíbených činností. Velmi často člověk přichází o chuť k jídlu, má potíže se spánkem, psychomotorický neklid, ztrátu energie, cítí se bezcenný, obtížně se soustředí a má myšlenky na smrt a sebevraždu. Také cítí velkou bezmoc a beznaděj. Kromě psychických obtíží mívá také bolesti na hrudi, svalů a kloubů. I ve světě jeho vztahů jsou problémy – ztrácí zájem o tento svět, zanedbává svou rodinu, přátele (Mahrová et al., 2008). Látalová (2010) tuto fázi popisuje jako ztrátu schopnosti pro něco se zaujmout a mít z čehokoliv

radost. Takový člověk si najednou uvědomuje, že je neschopný, již není atraktivní a z tohoto stavu ho není možné vytrhnout.

Bipolární afektivní porucha – v tomto onemocnění se střídají výše zmíněné stavy – deprese a mánie. Mezi těmito fázemi je období klidu. Manické fáze mohou trvat pár týdnů až měsíců, depresivní epizody mohou trvat o něco déle. Epizody často přicházejí po stresové události či traumatu (Mahrová et al., 2008).

Bipolární afektivní porucha je velmi náročné a dlouhodobé břemeno pro jedince. Někdy je to náročné více, někdy naopak méně. Klient neví, kdy zrovna jaká epizoda přijde, takže v životě jen vyčkává. Tato porucha postihuje muže i ženy stejnou měrou (Látalová, 2010).

4.3 Poruchy osobnosti (F6)

Poruch osobnosti v dnešní době velmi přibývá, často se s ní objevuje i jiná duševní porucha. Klienti s touto poruchou mívají velký problém v začlenění do dnešní společnosti, v pracovní oblasti, ve vztazích, každodenních činnostech. Sociální pracovníci zde přicházejí pomáhat stabilizovat situaci v rodinách (Mahrová et al., 2008).

Vybrané poruchy:

Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ – klient nemá jasné cíle v životě. Mívá chronické pocity prázdnoty. Často se sebepoškozuje, veden emoční krizí selhává v sociálních situacích (Marhová et al., 2008). Podle Praška et al. (2015) mají tito klienti narušenou nebo nejasnou představu sami o sobě. Dodává, že pocity prázdnoty střídají velmi prudké změny afektivity. Jsou to velmi chytrí lidé, kteří se umí dobře verbálně vyjadřovat.

Histrionská porucha osobnosti – klient nadměrně projevuje emoce. Bývá egocentrický a touží po ocenění od ostatních, zaměřen na tělesnou přitažlivost. Jedná manipulativně, aby dosáhl svých cílů (Marhová et al., 2008). Praško et al. (2015) říkají, že takový klient je velmi zaujatý svým vzhledem a touží po pozornosti ostatních. Velmi typickou je pro ně dramatická, teatrálnost, mělká a labilní emotivita, svůdné chování. Velmi špatně snáší ignoraci a odmítání.

Závislá porucha osobnosti – klient potřebuje být velmi opečováván, má strach z opuštění a odloučení. Není schopen samostatnosti, cítí se bezmocný. Podřizuje se ostatním osobám. Není schopen se sám rozhodnout (Marhová et al., 2008). K této poruše

dodávají Praško et al. (2015), že klienti jsou až podlézaví a submisivní a snaží se druhým zalíbit, slouží jim, obdivují, lichotí. Je velmi snadné je zneužít.

Narcistická osobnost – tito klienti vnímají svou velkou důležitost, mají pocit jedinečnosti a velikášství, jsou citliví na kritiku, požadují od ostatních výjimečnost (Marhová et al., 2008). Po odmítnutí, kritice a nezájmu reagují velmi prudkými emocemi. Je to z důvodu jejich velmi křehké sebejistoty (Praško et al., 2015).

4.4 Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním

Práce s touto skupinou klientů je velmi složitá, je potřeba vhodná komunikace, kvalitní vztah a vhodný přístup. Pracovníci by se měli pohybovat v základní psychopatologii a na základě toho jednat s klientem. Vhodný je přirozený přístup, se zájmem a respektem. Zároveň je potřeba vážit vhodná slova – klient může být velmi vztahovačný a může dojít k nedorozumění a zbytečnému zranění klienta. V rámci komunikace bychom se měli přizpůsobovat jejich tempu a projevu – jinak se bavíme s klientem stabilizovaným a jinak s klientem v akutní fázi (Marhová et al., 2008). Ne vždy je jednoduché navázat s klientem vztah, zejména kvůli jeho vztahovačnosti a nedůvěře. S dalšími je to naopak, chtějí až moc navázat kontakt, a to může být až zahlcující. S tím souhlasí také Vodáčková et al. (2012), kteří vidí jako velmi náročné, když klient ztratí schopnost rozlišovat vlastní prožitky a realitu pod vlivem bludů a halucinací.

Sociální pracovník může pomoci klientovi například v oblastech hygieny, péči o sebe, stravě, překonání společenské izolace, rozvinout užitečné sociální dovednosti a schopnosti. Pokud je klient hospitalizovaný, můžeme mu pomoci připravit se na přechod do původního prostředí. Velmi dobré je poskytnutí pracovní terapie a dalších činností, zejména rukodělné práce, díky kterým mohou být chvíli sami se sebou. Někteří klienti zkusí bydlet v chráněném bydlení, které jim pomáhá získat větší samostatnost, jiné zkusí bydlet ve společné komunitě a další ve svém vlastním bytě za podpory asistentů. Co se týká práce, klienti mohou chodit do chráněných dílen, kde se mohou realizovat a zároveň je zde brán ohled na jejich onemocnění. Další služby, kde organizace mohou poskytnout služby, jsou přechodné a podporované zaměstnávání na otevřeném trhu práce – pracovníci pomáhají zaučit klienta na pracovišti a pomáhají k dobré integraci klienta v novém kolektivu (Marhová et al., 2008).

4.4.1 Komunitní přístup

Mahrová et al. (2008) považují komunitní přístup v práci s klienty s psychotickým onemocněním jako optimální možnost péče. Tento přístup nabízí velmi pestrou nabídku služeb a jsou vzájemně provázané. Propojuje stránku sociální a zdravotní. Lidé se schizofrenním onemocněním se velmi často uzavírají do svých bytů a izolují se od světa. Komunitní přístup však těmto klientům poskytuje tolik potřebný sociální kontakt. Tento přístup považují za velmi vhodný také Dušek a Procházková (2015), podle nich není možné vykonávat sociální rehabilitaci bez dalších lidí. Zdůrazňují, že již za hospitalizace se na odděleních snaží vytvářet terapeutickou atmosféru pomocí vztahů. Vhodnou metodou jsou také mimo jiné svépomocné skupiny lidí s duševním onemocněním a jejich příbuzných. V těchto skupinách řeší společné problémy a podporují se navzájem v podobných situacích. Hejzlar (2009) vidí jako nejvhodnější řešení komunitní psychiatrii. Ta zahrnuje komplexní psychosociální služby poskytované lůžkovými zařízeními, denními stacionáři, ambulancemi, rezidenčními zařízeními, chráněnými pracovišti a také pomocí terénních služeb – všichni pracovníci těchto služeb pracují ve prospěch klienta.

Winkler et al. (2013) přicházejí s informací, že některé země západní Evropy (Itálie, Švédsko, Finsko, Spojené království) zrušily lůžka v psychiatrických léčebnách a nahradily péči o pacienty pomocí ambulantní péče, a právě komunitních týmů.

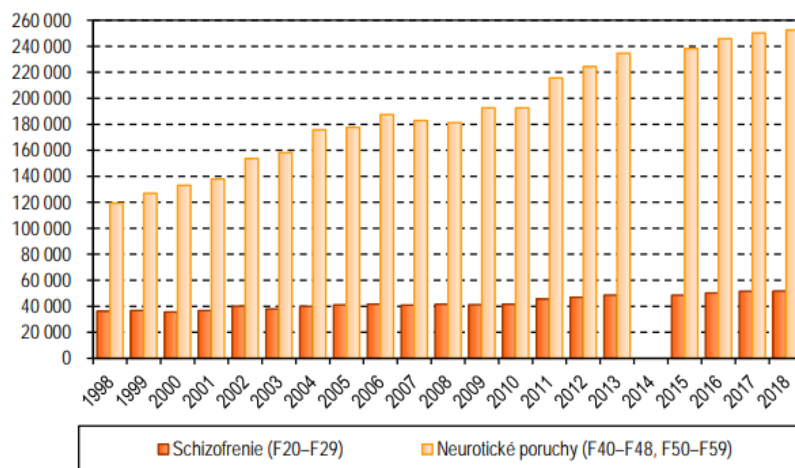
4.5 Situace v České republice

V ČR je psychiatrická péče neuspokojivá, není dostatečně dobře financovaná a rozvoj v porovnání s dalšími evropskými zeměmi je zanedbán a opožděn. V posledních letech se zvyšuje počet nemocných, a to jak v ambulanci, tak v hospitalizacích (Raboch a Wenigová, 2012).

Péče o osoby s duševním onemocněním je poskytována v různých formách. Měla by být poskytnuta péče zahrnující sociální, psychiatrickou, ošetrovatelskou i psychologickou péči. Je poskytována pomocí ambulantních zařízení pro psychiatrickou péči, lůžkové péče (oddělení psychiatrická, psychiatrické léčebny), intermediární péče – zahrnuje minimalizaci hospitalizací a umožňuje život ve svém přirozeném prostředí (patří do ní komunitní péče) (Marková et al., 2005).

Podle údajů z ÚZIS (2019) bylo za rok 2018 provedeno 2 969 000 vyšetření či ošetření v psychiatrických ambulancích, v porovnání s předchozím rokem stouplо toto číslo o 2 %.

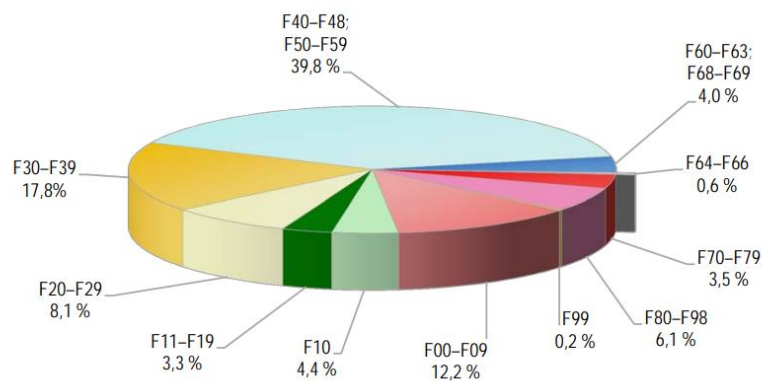
2. Vývoj počtu léčených pacientů v ambulancích psychiatrických zařízení na schizofrenie a neurotické poruchy



Zdroj: ÚZIS 2019

Z těchto ošetření bylo 40 % neurotických poruch, 18 % afektivních poruch, 8 % schizofrenních pacientů. V porovnání dle ÚZIS (2019) s předchozím rokem došlo u všech skupin k nárůstu pacientů. V přepočtu na 10 000 obyvatel připadlo 612 pacientů s duševním onemocněním. Jak je vidět na grafu č. 2 – Vývoj počtu léčených pacientů v ambulanci. Graf č. 8 ukazuje, jaká je struktura diagnostického rozdělení pacientů v psychiatrických ambulancích.

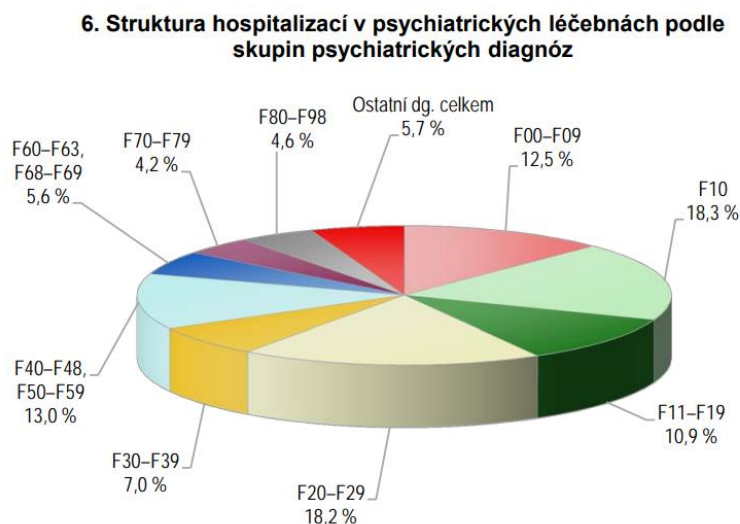
8. Struktura léčených pacientů v ambulancích psychiatrických zařízení podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: ÚZIS 2019

Podle dat ÚZIS (2019) ohledně lůžkové péče, tak v roce 2018 ji poskytovalo 19 psychiatrických nemocnic/léčeben pro dospělé, které obsahují 8 684 lůžek a 32 oddělení v nemocnicích, které poskytují psychiatrickou péči a mají k dispozici 1 317 lůžek. Celkem pro tento rok se zaznamenalo 58 667 hospitalizací, oproti předchozímu roku byl malý nárůst – 1 %.

Druhá nejčastější příčina hospitalizace byla schizofrenie (jedna pětina ze všech hospitalizací), následovaly neurotické poruchy a poruchy chování. Se schizofrenií byli častěji hospitalizováni muži (jedna třetina), u žen převažovaly neurotické poruchy (22 %) (ÚZIS, 2019). Hospitalizace v procentech dle rozdělení diagnóz za rok 2018 jsou znázorněny v grafu č. 6.

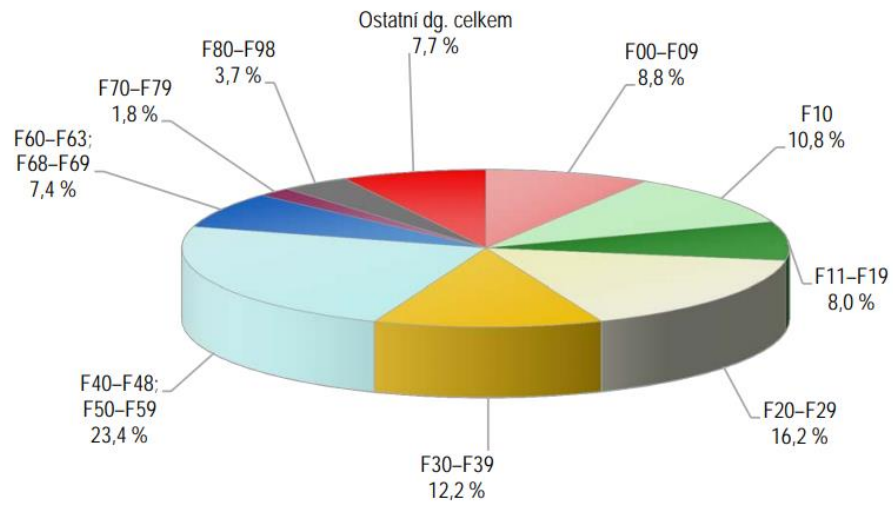


Zdroj: ÚZIS 2019

Podle ÚZIS (2019) lidé se schizofrenií v nemocnicích/léčebnách strávili v průměru 100 dnů léčby, a to jak muži, tak i ženy. Většina pacientů po propuštění potřebovala následnou péči (78 %).

V nemocnicích, které mají psychiatrické oddělení, se dle ÚZIS (2019) za rok 2018 objevilo nejvíce pacientů s neurotickým onemocněním (23,4 %). Hned na druhém místě se objevovaly onemocnění schizofrenního okruhu (16,2 %). Údaje jsou znázorněny na následujícím grafu č. 7.

7. Struktura hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: ÚZIS 2019

5 Centrum duševního zdraví (CDZ)

V této kapitole budou popsány základní principy fungování Centra duševního zdraví. Práce v multidisciplinárním týmu a s touto skupinou má několik základních principů. Dále jsou v kapitole uvedené obecné dovednosti členů týmu, klíčových pracovníků, principy case managementu a pak jsou konkrétně rozepsány jednotlivé profese v multidisciplinárním týmu a jejich role.

Tento pojem je ve zdravotně sociální péči relativně nový, je stavěný na evidence-based příkladech FACT týmu, který byl popsán ve druhé kapitole. Prozatím vznikají Centra duševního zdraví pro lidi s duševním onemocněním, ale jsou v plánu i pro další cílové skupiny.

V první fázi projektu došlo k zprovoznění pěti Center duševního zdraví. Projekt CDZ I probíhal v letech 2017-2020 – jedná se o 40 měsíců (MZ ČR, 2017). V dalším projektu Projekt CDZ II došlo k zprovoznění šestnácti CDZ v republice. Projekt skončil na konci roku 2020 (MZ ČR, 2018). Další fáze, která aktuálně probíhá, Projekt CDZ III má dojít k otevření pilotních projektů devíti CDZ v republice. Plánem projektů CDZ I, II a III je vytvoření sítě CDZ, která má pokrýt základní dostupnost služeb pro lidi s duševním onemocněním (MZ ČR, 2019). Národní akční plán má jeden ze strategických cílů, aby do roku 2030 byly realizovány všechny pilotní programy projektů. Je cílem, aby všechna CDZ a jejich multidisciplinární týmy byly ukotveny v žádoucích zákonech, a to včetně personálních záležitostí, náplně práce apod. (MZ ČR, 2020).

Centrum duševního zdraví je součástí Reformy psychiatrické péče, která byla schválena v roce 2013. Je to služba určená lidem s vážným duševním onemocněním, kteří se dostali do nepříznivé životní situace v důsledku onemocnění anebo se v takové situaci nachází a hrozí onemocnění. Jedním ze základních pilířů Reformy jsou CDZ. Mělo by jich vzniknout přibližně sto v České republice, aby bylo celé území vhodně pokryto (MPSV, 2017). Příručka CDZ (MZ ČR, 2019) popisuje tato Centra, která rozšiřují péči o osoby s duševním onemocněním, a to v rámci jejich přirozeného prostředí. Centra fungují jako mezičlánek mezi ambulantní psychiatrickou péčí a lůžkovou péčí. Jednou z funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkrácení a pomoc klientovi se řádně integrovat do běžné komunity (MZ, 2016). Centra také spolupracují s psychiatrickými nemocnicemi/léčebnami, s ambulantními psychiatry a s praktickými lékaři. V případě akutní a následné péče tým tuto péči může zprostředkovat (Koubová, 2018). Z nemocnic

se týmy snaží vyvádět dlouhodobě hospitalizované klienty s duševním onemocněním a snaží se jim pomoci navrátit se zpět k běžnému životu, pokud je to možné (MZ, 2016). Dle analýzy SM solution, a.s. (2015) je základním prvkem práce Center znát problém klienta a schopnost ho společně řešit ze sociální a zdravotní stránky.

CDZ poskytuje službu duševně nemocným bez čekací doby, a to pomocí case managementu. Spolupracuje s dalšími subjekty v regionu a snaží se vést klienta k recovery (zotavení). Regionální působnost je v oblasti 60-140 000 obyvatel (MZ ČR, 2019). Co se týká organizační složky, je CDZ zakládáno jinou právnickou osobou, zároveň existuje samostatný organizační řád a pracuje zde tým, který má uzavřený pracovně-právní vztah se zřizovatelem CDZ (Mácha, 2014). Služby poskytuje tým, a to pomocí zdravotních a sociálních služeb. Zdravotní část služby bude muset být nově vybudována pomocí psychiatrických nemocnic a ambulancí, kdežto na sociální část může být navázáno již službami existujícími (MPSV, 2017).

Aby byl klient přijat, musí splňovat několik bodů – diagnostické okruhy – Schizofrenní onemocnění, afektivní poruchy a poruchy osobnosti – bylo popsáno ve třetí kapitole. Dále mají mít onemocnění déle než dva roky (případně jsou to osoby s rizikem rozvoje těchto onemocnění). A jejich funkční narušení podle nástroje GAF je menší než 70 bodů. Pomoc mohou vyhledat i lidé, kteří nesplňují tyto podmínky – je jim poskytnuta krátkodobá intervence a předání do jiné péče (MZ, 2016).

5.1 Cílová skupina dle Příručky CDZ:

- Klienti se SMI – vážným duševním onemocněním – snaha o to, aby mohli žít běžný život ve svém prostředí. Případné hospitalizace se tím snaží zkrátit a po hospitalizacích se snaží klienta reintegrovat do běžného života. Mezi základní diagnózy patří: Schizofrenní onemocnění, afektivní poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, specifické poruchy osobnosti (MZ ČR, 2019)
- Osoby, kde je riziko rozvoje nemoci. Tým se snaží o včasnou diagnostiku a započítí léčby (MZ ČR, 2019)
- Lidé v krizových situacích s psychickými obtížemi – Centra zde provádějí krizovou intervenci a předávají do další péče (MZ ČR, 2019)

Dříve v péči o duševně nemocné fungovaly týmy, které byly složené převážně ze sociálních pracovníků. Pracovaly s klienty metodami sociální práce a tolik nepochopily s klientem v krizi (MZ ČR, 2019). Zdravotní pracovníci byli v terénu jen ojediněle. Díky

CDZ se spojily práce těchto dvou odvětví a bylo potřeba vytvořit nový styl práce, který je klíčový k multidisciplinaritě. Tento druh práce je holistickým modelem a musí se orientovat na celkovou podporu klienta v cestě k zotavení.

5.2 Základní principy péče v CDZ

- 1) Skupina klientů – tato skupina je ohrožena opakovanými hospitalizacemi a předsudky, které může veřejnost mít (MZ ČR, 2019).
- 2) Asertivita – do služby přicházejí klienti dobrovolně, ale zároveň je potřeba aktivně vyhledávat a oslovovat se službou ty, kteří odmítají podporu, ale zároveň se jejich stav horší či je ohrožující. Za všech okolností je potřeba dbát o lidskou důstojnost a nechávat klienty rozhodovat za sebe (MZ ČR, 2019).
- 3) Regionalita – je potřeba mít určitou spádovou oblast, kde tým poskytuje svoje služby. Spádovou oblastí tým získává jasné organizace, orgány, ambulance, se kterými spolupracuje (MZ ČR, 2019).

4) Spolupráce s dalšími specifickými službami

Aby byla zajištěna kontinuitní péče, která může zkrátit hospitalizace, je potřeba navázat spolupráci s dalšími službami ve spádové oblasti. Zejména práce s ambulantními psychiatry a lůžkovými nemocnicemi je podstatná. Klient zůstává v péči u svého psychiatra a týmový psychiatr je podpora v období mezi kontrolami. Tato spolupráce je velmi významnou složkou při případných hospitalizacích, kdy tým pravidelně dochází na návštěvy a informuje se vzájemně se zařízením a společně pracují na co nejdřívějším propuštění (MZ ČR, 2019).

Praktičtí lékaři jsou další důležitou spolupracující složkou. Tým se stará o celkovou stránku klienta – tedy i o somatický stav.

5) Využívání všech zdrojů komunity

Základním principem týmu je hledat společně s klientem zdroje v jeho přirozeném prostředí a komunitě, a to na základě jeho individuálních potřeb (např. zajištění dopravy, financí, fungování s přáteli, rodinou) (MZ ČR, 2019).

6) Spolupráce s návaznými službami

Jedná se například o volnočasové programy, stacionáře, podpory bydlení apod. (MZ ČR, 2019).

7) Multidisciplinarita

Multidisciplinarita je spolupráce základních profesí v týmu. V tomto aspektu by měla být úspěšnost CDZ. Každá profese je jedinečná a přináší nové pohledy na problematiku klientů (MZ ČR, 2019).

8) Případové vedení

Pro zajištění kvalitní individuální péče o klienty dostává každý svého klíčového pracovníka, který vede ten případ (case). Klíčový pracovník společně s klientem tvoří individuální plán a pracovník zapojuje další profese do péče podle aktuálních potřeb klienta. Je vhodné, aby klíčový pracovník navázal zdravý a důvěryhodný vztah s klientem. Členové týmu zároveň mohou rozšiřovat sociální síť klienta a poskytnout mu kontakt. Dalším specifikem týmu je zajištění zastupitelnosti klíčového pracovníka jiným členem z týmu. To je vhodné v případě nepřítomnosti pracovníka a také napomáhá snižování rizika utvoření patologické vazby klienta na pracovníka. Tým je informován o tom, co se děje v životě klienta a v případě potřeby pracují na dalším postupu péče (MZ ČR).

9) Zapojení a podpora peer konzultantů

Tito pracovníci mají specifickou roli v týmu. Pracují jako konzultanti pro klienty a sdílejí s nimi své vlastní zkušenosti s duševním onemocněním (MZ ČR, 2019).

10) Práce s rodinou

Rodina je důležitou součástí klienta. A spolupráce týmu s ní je velmi významná. Je to přirozený zdroj pomoci. Stává se, že právě rodina je prvním iniciátorem kontaktu s CDZ, protože vnímají velmi důležitou zodpovědnost a zátěž v procesu uzdravy klienta. Jedná se o podporu rodiny, aby se dokázala vypořádat s tím, že její člen trpí duševní nemocí. Rodina tím může získat dostatek podpory, kterou pak může dál poskytnout nemocnému blízkému. Zároveň klíčový pracovník musí hlídat hranice a respektovat přání klienta, který si nemusí kontakt s rodinou přát (MZ ČR).

11) Ohled na etiku a lidská práva

Péče o znevýhodněné respektuje základní lidská práva. Jedním z těch základních je právo na svobodné rozhodnutí. S tím souvisí i zodpovědnost za rozhodnutí, to je také součástí práce pracovníka s klientem, aby ho o tom informoval a probral možné následky. Všichni pracovníci by se měli řídit etickým kodexem. Aby CDZ mohlo poskytovat kvalitní péči, měli by pracovníci být obeznámeni se standardy péče, metodikami a pravidelně školeni (MZ ČR, 2019).

5.3 Case management

Case management je základní metodou práce s klientem. Individuální přístup tak zajišťuje kvalitnější zabezpečení klientových potřeb. Klient dostává přiděleného svého klíčového pracovníka (case managera), který se o něj stará a koordinuje mu potřebnou péči (Veldhuizen a Bähler, 2013). Prvky této práce s klientem již v 80. letech popsal Intagliata (1982). Jednalo se o velmi osobní přístup pracovníka s klientem, který propojuje klienta se službami. Bachrach (1993) k tomu připojuje kontinuitu péče a připojuje prvek spolupráce s ambulantními službami a spolupráce v průběhu hospitalizace v nemocnici. Veldhuizen a Bähler (2013) v jejich příručce popisují silné stránky case managementu, které by se měly používat v práci s klientem. Klient by měl mít v komunitě spíše podporu, pracovník poukazuje na klientovy silné stránky, je velmi důležitý vztah mezi klientem a case managementem. Pracovník s klientem vytvářejí plán péče a společně ho realizují. Do plánu mohou být zapojeny i další osoby (rodina, přátelé, poskytovatelé péče).

5.4 Dovednosti členů multidisciplinárního týmu

Když se lidé rozhodnou pracovat s klienty s duševním onemocněním, měli by se částečně orientovat v této oblasti, přinejmenším absolvovat školení tohoto typu, lépe pak mohou porozumět symptomům jejich chování. Zároveň by se měli vyhýbat nálepkování a být schopni dobré komunikace s klienty a také s dalšími členy týmu – komunikace je pro multidisciplinární tým velmi důležitá. Mimo tyto dvě skupiny se pracovníci budou potkávat i s členy rodiny, pracovníky dalších orgánů, institucí. Pracovník by měl dobře navázat vztah s klienty na pracovní úrovni a podporovat je v jejich potřebách a respektovat je. Pracovník by se měl také naučit rozpoznat potenciální riziko, které by klientovi mohlo hrozit a adekvátně na něj reagovat. Pracovník respektuje povinnost vést záznamy a umožňuje klientům mít k nim přístup, zvládá používat nástroje k hodnocení schopností klienta – Recovery scale, GAF, HoNOS (MZ ČR, 2019).

5.5 Co dělá klíčový pracovník/case manager

Klíčový pracovník spolupracuje s klientem a celým týmem, snaží se vytvářet a naplňovat plán zotavení. Vzdělává se v metodách péče o lidi s duševním onemocněním. Koordinuje péči dalších členů týmu. Píše potřebné zprávy a dělá osvětu o duševních onemocněních pro klienty a jejich blízké. Snaží se klienta zmocňovat a dávat mu prostor k rozhodování (MZ ČR, 2019). Case manager má přehled o potřebách a schopnostech klienta, monitoruje dosažené a nedosažené cíle a hodnotí výsledky se všemi, kdo se na péči podílí.

Case manager také funguje v roli zprostředkovatele služeb – kontaktuje toho, koho klient potřebuje, a tím zajišťuje kontinuitu služeb. Klient tak může užívat všech služeb, které mu jsou dostupné a nápomocné. Case manager zná i rodinu klienta a může tak propagovat a podporovat princip zotavení v celém rodinném systému (MPSV, 2017).

5.6 Profese v centru duševního zdraví

5.6.1 Psychiatr

Role psychiatra je velmi komplexní. Měl by být k dispozici jak pro klienty v přímém kontaktu, tak pro ostatní členy týmu v rámci konzultací. Setkává se s klienty nejen v ambulanci, ale také v terénu – v přirozeném prostředí klienta. Psychiatr není klíčovým pracovníkem a měl by mít dost prostoru pro případné nečekané intervence. Psychiatr je garant zdravotní péče, nese zodpovědnost za rozhodnutí zdravotní péče. Jeho kompetencí je posuzování zdravotního stavu, rizika, potřeba hospitalizace (MZ ČR, 2019).

5.6.2 Psycholog

Role psychologa v týmu je velmi důležitá. Pracuje přímo s klienty v rámci individuální psychoterapie a poskytuje poradenství. Psycholog může také vést skupinové terapie a další rehabilitační programy. Je velmi důležité, aby se v týmu vyjadřoval k postupu práce s klientem a poskytovaných intervencích. Kromě psychoterapie také poskytuje psychodiagnostickou činnost. Pracuje jak ambulantní formou, tak může být vyslán i do terénu. Psycholog je zde také i pro celý tým a poskytuje jim potřebnou podporu (MZ ČR, 2019).

5.6.3 Sociální pracovník

Činnosti sociálního pracovníka určuje zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. Zároveň stejně jako u zdravotních sester, vyplývá jejich náplň práce z role case managera. Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství, provádí sociální šetření, pomáhá s nácvikem sociálních dovedností, pomáhá vyhledávat zdroje v komunitách a také podmínky pro klientovu inkluzi do běžného života. Také pomáhá klientovi se sociálním zázemím – dávky, bydlení (MZ ČR, 2019).

Sociální pracovník je kmenovým zaměstnancem CDZ a plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu. Někteří pracovníci by se měli profilovat na práci s lidmi s duálními diagnózami – duševní nemoc a závislost zároveň, další na pracovní rehabilitaci (MPSV, 2017).

Kromě klienta pracuje jako celý tým s rodinou klienta. S klientem společně identifikují klientovy potřeby a pomáhá mu se adaptovat na životní podmínky ovlivněné duševním onemocněním. Klientovi prospívá také poskytovaná interpersonální podpora. Pokud má klient problémy ve finanční oblasti, pracovník mu může poskytnout pomoc při zařizování invalidního důchodu, příspěvku, řešení dluhů a kontakty s úřady. Sociální pracovník podporuje klienta v jeho samostatnosti – klient se rozhoduje sám za sebe (MZ ČR, 2019).

5.6.4 Peer konzultant

Slovo peer se česky nepřekládá, v podstatě znamená ‚stejná osoba‘. S jinými osobami ji spojují určité charakteristiky, které jsou velmi významné. V této oblasti je to tedy duševní onemocnění (Foitová et al., 2016).

Zařazení peer konzultantů má řadu dobrých důvodů. Zejména zkušenosti ze zahraničí ukazují, že pokud se tito pracovníci zapojí do práce s klientem, zvyšuje to klientovu chuť k procesu zotavení. Velkým přínosem jsou i v multidisciplinárním týmu – každá profese má svůj pohled na případy skrze paradigmaty profesí, ale peer konzultant přináší svůj příběh a jinou optiku (MPSV, 2017). V zahraničí fungují zejména i v týmech v rámci lůžkové péče. V Čechách tento způsob není tolik rozvinutý, ač již v některých nemocnicích se peři začínají objevovat (Foitová et al., 2016).

Tito pracovníci musí absolvovat rekvalifikační kurz pro peer konzultanty, aby mohli pracovat na této pozici. Velmi málo fungují jako klíčoví pracovníci. Jejich hlavní role je poskytovat podporu klientům z jejich ‚strany‘. Peer konzultanti si sami prošli některým z onemocnění a nastoupili na cestu zotavení. Je to neformální druh práce, protože často jsou jedni z mála, kdo rozumí tomu, co klient skutečně prožívá (MZ ČR, 2019).

Foitová a Stuchlík (2015) jsou garanti projektu, který zjišťuje přínos peer konzultantů v práci s lidmi s duševním onemocněním, a to pomocí výzkumu jak s peer konzultanty, tak i s poskytovateli služby. Potvrdily se předpokládané přínosy, pracovníci neměli žádné problémy s peery, dobře zapadli do týmu, a i v práci s klienty. Také Říčan (2019) přichází se svou analýzou, kde odhaluje, jaké jsou prozatímní přínosy, ale také bariéry při zapojování peer konzultantů do práce s klienty. Výzkumy podle něj ukazují, že pro klienty jsou peři velmi pozitivním přínosem – napomáhají zotavení, vedou ke zplnomocňování klienta, dávají sociální a emoční podporu, mohou svým přičiněním i snižovat počty hospitalizací. Co se týká bariér, mohou peera ovlivnit předsudky pracovníků, neshody s nadřízenými, pocit osamělosti v týmu. Dalšími komplikacemi

byly nedostatečné dovednosti práce se svým vlastním příběhem, s klienty a dovednost předávat svůj příběh. U některých peer konzultantů ovlivnila práce negativně jejich zdravotní stav.

5.6.5 Všeobecná sestra/Sestra pro péči v psychiatrii

Činnosti a kompetence zdravotních sester v CDZ je dána ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků. Zároveň k těmto činnostem přibývají také povinnosti case managera. Sestra vyhodnocuje projevy onemocnění a rizikové faktory, zároveň identifikuje klientovy potřeby. Zhodnocuje psychický stav a zda není klient nebezpečný sobě a okolí, případně zajistí určitá opatření. Poskytuje klientům psychoterapeutickou podporu, provádí poradenskou činnost, vykonává krizovou intervenci, spolupracuje s rodinou a poskytuje edukaci klientům v otázkách péče o zdraví somatické i duševní (MZ ČR, 2019).

5.7 Služby Centra duševního zdraví

Všechny služby poskytuje celý multidisciplinární tým (MZ ČR, 2019).

5.7.1 Služby terénního týmu

Hlavním smyslem práce Center duševního zdraví je práce v přirozeném prostředí klientů – u nich doma, v okolí bydliště, v kavárně, parku, kdekoliv se klient cítí dobře. Tým pracuje nejen s klientem, ale také s jeho rodinou a blízkým okolím (MZ ČR, 2019). Jedná se o poskytování sociální a psychiatrické rehabilitace, v přirozeném prostředí mohou být poskytovány i krizové služby nebo včasné intervence (MZ, 2016).

5.7.2 Služby denní péče

Denní péče je zaměřena na sociální, psychiatrickou rehabilitaci, poskytuje psychoterapeutické programy a programy s edukací. Klienti také chodí na nácvik potřebných dovedností v běžném životě (MZ ČR, 2019). Kromě plánovaných aktivit slouží denní Centrum také k trávení volného času (MZ, 2016).

5.7.3 Služby krizové

Záměrem Center duševního zdraví je předcházet hospitalizacím, k tomu slouží krizové služby. Klient je monitorován case managerem/celým týmem, aby včas mohla být identifikována krize, případně se klient pozoruje sám. Krizová služba může být poskytována v jeho přirozeném prostředí nebo na pobočce Centra. Klientův stav zhodnocují zdravotní pracovníci spolu s case managerem. Vytvářejí krizový

plán/případně se drží již vytvořeného a klient se přesouvá na ‚fact board‘, kde je mu věnována intenzivní péče (MZ ČR, 2019). Některá Centra mají možnost nepřetržité krizové linky, mohou přijímat klienty na odlehčovací lůžka a některá poskytují nízkoprahovou pomoc osobám, které prožívají psychickou krizi (MZ, 2016).

5.7.4 Služby psychiatrické

Služby jsou poskytovány psychiatrem nebo sestrou pro péči v psychiatrii. Mohou ji poskytovat v ambulantní formě nebo v přirozeném prostředí klienta. Služby psychiatra spočívají v preventivní intervenci, zhodnocení zdravotního stavu, práci na individuálním plánu, práci s rodinou a je k dispozici členům týmu ke konzultacím. Zdravotní sestry poskytují psychiatrickou rehabilitaci, podpůrné terapeutické činnosti, poskytují edukaci klientům a rodině, aplikují injekce s depoty (MZ ČR, 2019).

5.7.5 Služby klinického psychologa

Služby jsou poskytovány jak v terénu, tak v místě Centra. Poskytuje zejména diagnostiku a psychoterapii. Je k dispozici členům týmu na konzultace (MZ ČR, 2019).

5.7.6 Služby psychoterapeutické

Pokud psychiatr nebo psycholog indikují potřebu psychoterapií, vytvoří se psychoterapeutický plán, který je součástí individuálního plánu klienta. Psychoterapie jsou poskytovány dle plánu a provádí se pravidelné hodnocení (MZ ČR, 2019).

5.7.7 Podpora svépomocných činností

Tuto činnost poskytují zejména peer konzultanti. Vytvářejí prostor pro klienty a jejich rodinné příslušníky ke sdílení zkušeností, problémů, konzultací (MZ ČR, 2019).

5.8 Průběh práce s klientem

5.8.1 Přijetí klienta

Klient se do péče Centra duševního zdraví dostává různými způsoby – přijde sám, doporučí ho rodina, jsou vyhledáni na lůžkových zařízeních, případně je doporučí ambulantní lékaři. Tým probere na poradě dostupné informace o klientovi, je mu přidělený pracovník – ten ho kontaktuje a sjedná schůzku pro zjištění vhodnosti péče. Rozhodování o přijetí klienta, či nepřijetí by mělo trvat maximálně dva týdny, rozhodnutí proběhne na další blízké poradě. Pokud se tým rozhodne, že klienta nepřijmou z důvodů nevhodnosti, nesplňuje předem daná kritéria, je potřeba mu to sdělit jemně, aby to nevzal

jako osobní odmítnutí a tým mu může poskytnout doporučení na jiné služby (MZ ČR, 2019).

5.8.2 Klíčový pracovník

Když je klient přijatý, je potřeba mu určit klíčového pracovníka – case managera. Nejvýhodnější pro všechny strany je, když je tento pracovník kompetentní v oblasti, kde má klient nejvíce potřeb. V případě, že se jedná o potíže ve zdravotní strážce, je vhodné, aby klíčový pracovník byla zdravotní sestra, v případě, že jde více o sociální problematiku, pak sociální pracovník. V případě, že se klientovy problémy mění, není potřeba měnit klíčového pracovníka. Case manager by měl navázat dobrý, důvěryhodný kontakt s klientem, někdy to může být zdlouhavá práce, kde je zapotřebí jednat trpělivě a citlivě (MZ ČR, 2019).

5.8.3 Vypracování individuálního plánu

Je důležité, aby se klient na vypracování plánu aktivně podílel, měl by to být jeho vlastní plán, ne pracovníkův. V případě, že je klient aktuálně mimo realitu, je na místě pracovníkova asertivita. Hodnocení plánu probíhá minimálně jednou za půl roku (MZ ČR, 2019).

5.8.4 Krizová intervence

Klientův stav se může ze dne na den změnit, proto musí být tým připraven flexibilně reagovat na jeho akutní potřeby. Klíčový pracovník monitoruje klientovu situaci a v případě prvních známek krize informuje tým. Tým může předejít potenciální hospitalizaci. Pokud je klient v krizi, probírá se denně na poradách a postupuje se podle připraveného krizového plánu, který se vytváří po první krizi. Klient má mít povědomí o tom, že na situaci není sám a vědět, co dělat v dalších případech. V plánu je zaznamenáno, jak klient rozpozná přicházející krizi a co má dělat dál. Může vložit instrukce, jak s ním má být jednáno, když bude mimo realitu (MZ ČR, 2019).

5.8.5 Propuštění klienta

Některé týmy sociálních služeb si klienty drží neomezenou dobu. Na tomto principu Centra duševního zdraví nefungují. Jejich efektivita spočívá v tom, že klient je přijatý ve zhoršeném stavu, tým se o něj stará a ve stadiu, kdy se zlepší a je schopný lepšího fungování, tým ho propouští, může ho propustit do navazující péče dalších organizací. Cílem je najít zdroje podpory v klientově přirozeném prostředí (MZ ČR, 2019).

5.9 *Financování CDZ*

Cílem je vytvořit model systematického financování služeb. Měl by to být takový systém, aby nebránil přesunu péče mimo zařízení zdravotnického typu. V rámci reformy psychiatrické péče bylo vyčleněno na investici a budování CDZ 3,085 mld. Kč. Tato částka je stanovena na veškerý průběh a implementaci návrhů CDZ (MZ ČR, 2013).

6 Praktická část

6.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zjistit, jaká jsou pozitiva a negativa práce členů v multidisciplinárním týmu v centru duševního zdraví.

K dosažení cíle pomohou tyto výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu?

VO2: Jaká jsou očekávání členů multidisciplinárního týmu ve vztahu k jednotlivým zapojeným profesím?

VO3: Jak popisují jednotliví členové multidisciplinárního týmu svou práci a jak ji hodnotí?

VO4: Jak probíhá spolupráce mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu?

6.2 Metodologie

6.2.1 Použité metody a technika sběru dat

Základní metodou sběru dat byl použit hloubkový rozhovor dle návodu s pracovníky anonymního Centra duševního zdraví. Toto Centrum duševního zdraví je plně anonymizováno z důvodu ochrany osobních údajů, protože Center v republice není zatím velký počet (29), a bylo by tak jednoduché jej identifikovat.

Hloubkový rozhovor byl sestaven ze čtyř základních okruhů, které kopírují výzkumné otázky: role členů, očekávání od ostatních profesí, popis práce, fungování v týmu. K těmto okruhům bylo vytvořeno několik otázek, na které informanti odpovídali. Tento typ rozhovoru dal prostor informantům se ponořit do tématu a skutečně říct svůj osobní názor na tento druh nové spolupráce s jinými profesemi. Zároveň byl dostatek prostoru se případně doptat na nejasnosti.

6.2.2 Etika výzkumu

Výzkum byl realizován v souladu s GDPR – všechny osobní údaje byly zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Informanti byli informováni, že rozhovor je nahráván pro účely psaní této diplomové práce, s tím všichni souhlasili a stvrdili to slovně na začátku nahrávání.

Další oblastí, se kterou byli obeznámeni, je anonymita rozhovoru a dobrovolnost. Všichni informanti věděli, že nebudou uváděna nikde jejich jména či osobní údaje a kdykoliv z rozhovoru mohou odstoupit.

6.2.3 Způsob výběru výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán v Centru duševního zdraví, které souhlasilo s výzkumem. Byli osloveni všichni pracovníci CDZ různých profesí a někteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru. Počty pracovníků v CDZ: Psychiatr – 4; Psycholog – 4; Sociální pracovníci – 6 (včetně peer konzultanta); Zdravotní sestry – 10. Podařilo se získat rozhovor s jedním peer konzultantem, třemi všeobecnými sestrami, třemi sociálními pracovníci a dvěma psychiatry.

6.2.4 Sběr a zpracování dat

Sběr probíhal v časovém horizontu listopad 2020–únor 2021. Rozhovory probíhaly v pracovním prostředí informantů, případně online. Informanti nejprve dostali základní informace, poučení a následoval samotný rozhovor, který byl nahráván pomocí nahrávacího zařízení. Následoval doslovný přepis.

Po přepisu bylo použito nejprve otevřené kódování, a to metodou „tužka-papír“. Kódování sloužilo k rozkrytí určitých témat v textu. Poté následovala kategorizace kódů a nalezení vztahů mezi nimi, k tomu bylo použito axiální kódování. V závěru vyplynula jedna základní centrální kategorie, která spojuje všechny kategorie, a tím se naplnily požadavky selektivního kódování.

6.2.5 Informanti

Proběhl rozhovor s devíti informanty. Všichni informanti poskytli rozhovor dobrovolně. V tabulce níže jsou vyobrazeny kódy pracovníků, jejich profese a jaký mají úvazek. Mnoho pracovníků v tomto týmu má menší úvazek, a to z důvodu jejich dalšího zaměstnání. Nejmenším úvazkem je úvazek 0,2, který představuje jeden celý den v CDZ. Všeobecná sestra C a Sociální pracovnice B jsou vedoucími těchto profesí.

Číslo	Kód informanta	Profese	Úvazek
1.	PA	Psychiatr	0,2
2.	PB	Psychiatr	0,4
3.	VSA	Všeobecná sestra	0,4

4.	VSB	Všeobecná sestra	1,0
5.	VSC	Všeobecná sestra	1,0
6.	Peer	Peer konzultant	0,5
7.	SPA	Sociální pracovník	1,0
8.	SPB	Sociální pracovník	1,0
9.	SPC	Sociální pracovník	1,0

Zdroj: Vlastní výzkum

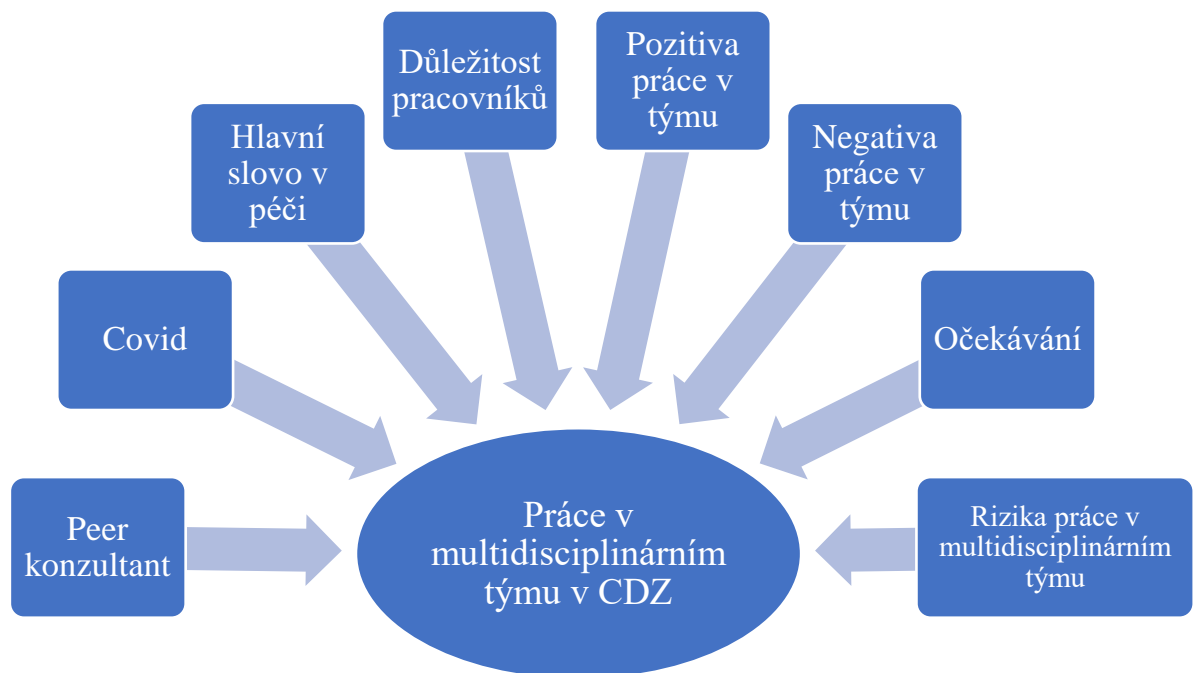
7 Limity práce

Limitem práce je způsob výběru informantů. Ne všichni, kteří byli osloveni, byli ochotni poskytnout rozhovor, ač byla slíbena anonymizace. A tak je pohled zdravotníků ochuzen o pohled psychologa. Součástí pilotního projektu byli také specialisti CDZ, to je nyní vidět, že by byl zajímavý i jejich pohled na tým a práci v něm, protože působili jako pracovní síla zvenku týmu a mohli mít určitý nadhled.

Práce v různých týmech přináší jiné pohledy. Tato práce přináší pohled jednoho konkrétního CDZ, kde prožívají své boje a vítězství a ty mohou být jiné od ostatních. Názory jsou subjektivní.

8 Výsledky

Tato kapitola přináší výsledky výzkumu. Jednotlivé rozhovory byly rozděleny na kódy, které byly rozděleny na kategorie. Bylo zjištěno osm základních kategorií. Tím se naplnilo otevřené kódování. Všechny kategorie se vzájemně ovlivňují a mají mezi sebou určitý vztah. Tím se naplnilo axiální kódování. Již od začátku je stanovena kategorie práce v multidisciplinárním týmu a pozitiva a negativa práce v týmu, které jsou hlavním cílem práce.



Zdroj: Vlastní výzkum

8.1 Role členů multidisciplinárního týmu

8.1.1 Peer konzultant

Peer konzultant je pro mnoho pracovníků novou profesí a výrazně ovlivňuje veškeré dění v týmu. Pracovníci mají vůči němu určitá očekávání, je velmi důležitou složkou týmu a přináší pozitivní komponentu týmu.



Zdroj: Vlastní výzkum

Následující seznam jsou kódy získané pomocí otevřeného kódování:

- Peer – základ týmu
- Peer je důležitý
- Peer pomáhá klientům
- Rozvoj peerské profese
- Peer rozumí klientům
- Most mezi pacienty a týmem
- Lepší kontakt s pacientem
- Více prostoru pro mluvení
- Otevřený prostor ke klientům
- Peer spolupracuje s klíčovým pracovníkem a týmem
- Hodně náročná profese
- Nejcennější člen týmu
- Předávání zkušeností klientům

- Peer je překvapení a nadšení

Velmi důležitým pojmem se v rozhovorech opakoval peer konzultant. Informanti neměli s touto profesí zkušenosti, ale to, jak místní peer konzultantka funguje v týmu, je velmi těšilo a jsou moc rádi, že ji tam mají.

Most mezi klienty a pracovníky

Pro některé informanty je peer konzultant mostem mezi pacienty/klienty a pracovníky.

„Peer je základní kámen celého týmu, protože je to takový most, taková inovace tady v tom CDZ mezi pacienty a tím odborným týmem a myslím si, že je dobře, že ho tam máme, protože dokáže navodit lepší kontakt s pacientem než takový sociální pracovník nebo sestřička. (Psychiatr A)“

„Peer svým příběhem a zkušenostmi pomůže v komunikaci s klientem. Je důležitým článkem mezi sociální částí a zdravotní částí, mnohdy je peer pro klienty nejcennějším člověkem z celého týmu. Má důvěru, kterou ostatní členové získávají delší čas. (Sociální pracovnice B)“

Rozumí klientům

To, jakým způsobem dokáže předávat své zkušenosti, je cenné jak pro klienty, kteří mohou mít někoho, kdo jim skutečně může porozumět, tak i pro pracovníky, kteří nemají vlastní zkušenost s duševním onemocněním. Peer konzultantka dává svému týmu dobrou zpětnou vazbu o tom, co může zrovna ten klient prožívat, když se s ním něco domlouvá, něco se mu slibuje apod.

„Důležitěj mi tam přijde i ten peer konzultant mimořádně pro kontakty s těma klientema. (Psychiatr A)“

„Od peer konzultanta očekávám uklidnění našich klientů, že nejsou sami, kdo onemocní duševní poruchou, že klienti díky peer konzultantovi porozumí onemocnění. (Všeobecná sestra C)“

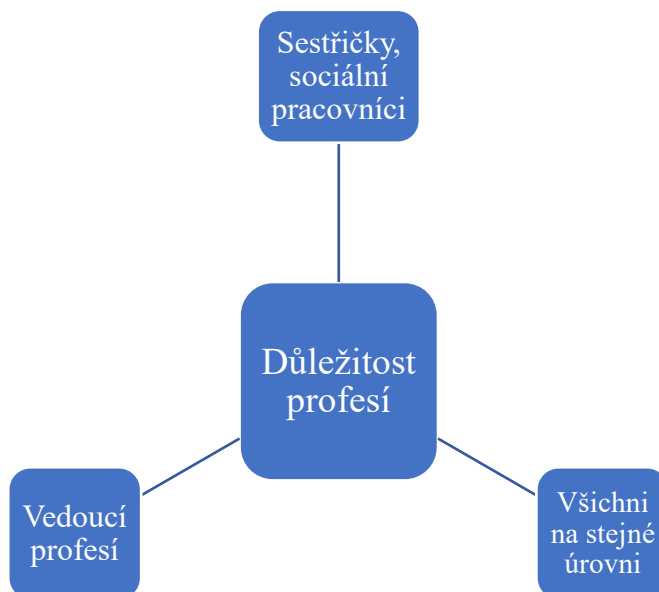
Informanti vnímají tuto profesi velmi pozitivně, a to i sama peer konzultantka, ač přiznává, že je to velmi náročná práce.

„Musela jsem si tu svoji cestu fakt najít sama... Někdy na mě (klienti) reagují dobře. Někdy prostě řeknou, že se se mnou bavit nechtějí. Většinou to jde. Ale když se někdy přijede k někomu, kdo opravdu nechce cizí lidi, tak mi na rovinu řekne, ať na něj vůbec nemluvim a ať se na něj nedívám. (Peer konzultantka)“

Peer konzultantka musí velmi pracovat se svými emocemi, zejména z toho důvodu, že se neustále vrací ke svým vzpomínkám, prožitkům, a díky tomu, že se jedná o duševní onemocnění, to není nikdy jednoduchá záležitost. Peer konzultantka vídá dennodenně klienty, kteří procházejí něčím podobným, čím prošla ona a mají před sebou ještě dlouhou cestu.

Někdy si připadám, že jsem byla hodně užitečná. Někdy si říkám, že je všechno hodně zbytečný. Na jednu stranu mě to hrozně baví, protože dělám něco, co jsem si sama prožila... a strašně mě to naplňuje... A někdy si říkám, proč to neudělaj takhle, dyť je to tak jednoduchý. (Peer konzultantka)“

8.1.2 Důležitost profesí v multidisciplinárním týmu v CDZ



Zdroj: Vlastní výzkum

Uvedené kódy byly získány pomocí otevřeného kódování:

- Vedoucí profesí
- Není jasné, kdo má hlavní slovo
- Není jasné, kdo zodpovídá

- Nikdo není hlavní
- Všichni v týmu na stejné úrovni
- Důležitost ostatních profesí
- Každý má svou roli v týmu
- Každá profese je důležitá

Co se týká rovnosti profesí, informanti odpověděli, že v týmu jsou si všichni rovni, že nikdo není hlavní, každý má svou důležitou roli.

Všichni na stejné úrovni

Informanti se shodují v tom, že všechny profese jsou na stejné úrovni, každý je stejně důležitý. Profese by se měly vzájemně prolínat a doplňovat.

„Vnímám je jako velmi důležité jednotlivé složky multidisciplinárního týmu. Při takto náročné práci by se měli prolínat, zastupovat.“ (Sociální pracovník B)

„Každá profese je svým způsobem jedinečná a nelze nahradit, takže je v týmu důležitý každý.“ (Sociální pracovník A)

„Každá ta profese je tady důležitá, to je zase ten rozdíl mezi psychiatrickou nemocnicí a CDZ, že v psychiatrických nemocnicích určuje léčbu lékař, kdežto v CDZ v tom týmu, tak mají všichni svoji důležitou roli. Jsou v podstatě nezastupitelní. Úplně stejně důležití.“ (Všeobecná sestra A)

„Důležitost jednotlivých profesí v týmu vnímám na stejné rovině... stále se od spolupracovníků i klientů dost učím a potřebuji je ke své práci.“ (Všeobecná sestra C)

„Každý z členů multidisciplinárního týmu je velice důležitý článek k tomu, aby vše fungovalo.“ (Všeobecná sestra B)

Sestřičky, sociální pracovníci

Oba psychiatři CDZ si naopak myslí, že práce nestojí na nich, ale jsou důležité ostatní profese. Sestry zejména kvůli vykazování a získávání financí na provoz a sociální pracovníci s peer konzultantkou kvůli své odbornosti v sociální oblasti.

„Nemyslim si, že tam byl někdo míň důležitěj a někdo víc důležitěj. Vnímám, že tam je trochu rozdíl v tý potřebě ohledně klienta a oproti tomu, aby se to dalo vykazovat na pojišťovny. Na zdravotních sestřičkách to stojí kvůli platbě na pojišťovnu.“ (Psychiatr B)

„Myslim si, že to stojí na tom peer konzultantovi, na těch sociálních pracovnících, sestřičkách a ten psycholog a doktor tam jsou takový doplňkový.“ (Psychiatr A)

Vedoucí profesí

Sociální pracovník C vidí, že teoreticky by si měli být všichni rovni, ale myslí si, že v praxi v CDZ se uplatňuje pozice vedoucího.

„Myslím si, že multidisciplinární tým by měl mít všechny členy stejně důležité, ale stejně máme vedoucí profesí, kteří jsou v podstatě důležitější než my.“ (Sociální pracovník C)

8.1.3 Hlavní slovo v péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Tyto kódy byly získány pomocí otevřeného kódování:

- Doktor je hlavní
- Důležití jsou peer, sociál, sestra
- Sociální pracovník je nejdůležitější
- Lékař rozhoduje o přijetí
- Názor lékaře je rozhodující

- Důležitý je klíčový pracovník
- Hlavní slovo má klíčový pracovník
- Klíčový pracovník – hlavní slovo po poradě týmu

Lékař

Výzkum poukázal na to, že převládající odpovědnost za péči má lékař.

„V rámci rozhodování o péči se klade velký důraz na názor lékaře, psychologa.“
(Sociální pracovník B)

„Asi opravdu ten doktor. Asi je to logický, má nejvíc zkušeností, ví, jak pracovat s lidmi, ví, co od nich očekávat.“ (Peer konzultant)

„Teoreticky ten, kdo rozhoduje, zda bude pacient přijat, nebo propuštěn, je lékař. Ale ve fůře jiných věcí záleží i na těch jiných... jinak sejde na tom, co se zrovna řeší.“ (Psychiatr A)

Na základě těchto výpovědí to vypadá, že lékař spíše odpovídá za péči, co se týká zdravotního hlediska, ale jakmile přijde na komplexnější péči, jde spíše o názor jednotlivých odborných profesí.

Klíčový pracovník

Nejvíce se tedy informanti shodují v tom, že hlavní slovo v péči o klienta má klíčový pracovník. Případně po poradě týmu, on si rozhodne, kam dál povede péči.

„Hlavní slovo má klíčovej pracovník. Měl by to být on a je to změna pro zdravotní sestry, bylo to historicky daný, byly zvyklý, že pracovaly podle toho, co indikoval lékař. Na to si některé sestry těžko zvykají.“ (Všeobecná sestra A)

„Záleží na tom, kdo je klientův klíčový pracovník, pokud sestra, tak sestra, pokud sociální pracovník, tak sociální pracovník. Pokud vezmu všechny členy multidisciplinárního týmu, tak psychiatr.“ (Všeobecná sestra B)

„Myslím si, že klíčový pracovník po poradě s lékařem a celým týmem CDZ. Tak to ale vnímám já.“ (Všeobecná sestra C)

„Myslím, že hlavní slovo pak v péči o klienty by měl mít klíčový pracovník.“ (Sociální pracovník B)

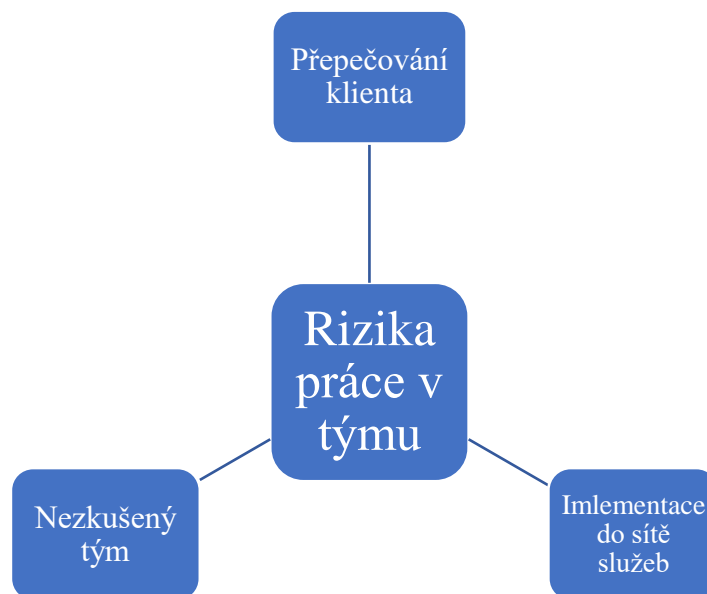
„Já si myslím, že klíčový pracovník by měl rozhodovat o tom, co dál s klientem, ale samozřejmě je tady ten tým, se kterým by to měl nejdříve probrat a pak se nějak rozhodnout, co dál.“ (Sociální pracovník C)

Otázka hlavního slova v péči o klienta není úplně jednoduchou a jednoznačnou záležitostí. Určitě je jasné, že case manager si vede své případy a má za ně zodpovědnost, ale, co se stane, když se musí řešit nějaká akutní záležitost, vypadá spíše, že v praxi je na celém týmu, který se dohodne a case manager pak plní tyto záležitosti. I takto to vidí psychiatr B:

„Za mě to není úplně jasné, kdo má v tom týmu být ten, záleží taky na té problematice, že jo... Zároveň by to mělo mít nějakou linku, co se stane, když nastane krize, tak kdo nese zodpovědnost.“

8.2 Spolupráce členů multidisciplinárního týmu

8.2.1 Rizika práce v multidisciplinárním týmu



Zdroj: Vlastní výzkum

Uvedené kódy byly získány pomocí otevřeného kódování:

- Síť služeb není funkční
- Riziko přepečování
- Noví ve službě
- CDZ není usazené ve službách

- Složitá praxe
- Limity spolupráce
- Krize
- Rozjezd služby

Nezkušený tým

Co bude obsahovat nová služba, informanti přesně netušili.

„Co jsem neočekávala, jsou takový ty praktický stránky toho CDZ, jak se ta služba rozjíždí. (Všeobecná sestra A)“

„Neuměla jsem si představit, jak složitý to v tý praxi bude všechno implementovat... Tým, který tady vzniknul, v CDZ byl úplně nezkušený... většina lidí přišla do tý služby úplně nově, řada z nich neměla úplně jasnou myšlenku toho, co to CDZ je... všechno se tvořilo za pochodu. (Psychiatr B)“

Implementace do sítě služeb

Z rozhovorů vyplynulo, že dalším rizikem úplně nové služby může být začlenění do sítě služeb a navázání spolupráce s dalšími organizacemi.

„Teoreticky je najednaný, že je síť služeb, který mezi sebou spolupracují a to prostě v realitě není funkční, takže myslím, že jsme od začátku naráželi na to, že CDZ jako takový není jako koncept usazený v těch službách zatím. (Psychiatr B)“

Přepečování klienta

Toto byla rizika spíše organizačního typu. Nyní se dostáváme k praktickému riziku, které podle peer konzultantky hrozí, když je v týmu mnoho odborníků, kteří se mohou věnovat jednomu člověku. Vnímá to ze své vlastní zkušenosti. Může hrozit riziko přepečování, kdy klient neustále vyžaduje péči, aniž by ho někam posouvala a pracovníci do něj dávají hodně energie.

„Myslím, že nadstandard, když lékař vidí ty lidi každých 14 dní a na hodinu... Myslím si, že u toho psychologa úplně stejně jako u toho doktora zas je tam riziko toho přepečování. Některý klienti ho navštěvují rok a půl a nevidím žádné posun a přijde mi, že ten psycholog se hodně vydává během tý hodiny na to, ab to nemělo absolutně žádnou odezvu. (Peer konzultant)“

8.2.2 Covid

Z rozhovorů vyplynulo, že celosvětová epidemiologická situace velkým způsobem ovlivnila práci v multidisciplinárním týmu. Podle informantů ovlivnila zavádějící službu a styl práce.



Zdroj: Vlastní výzkum

Uvedené kódy jsou výsledkem otevřeného kódování:

- Covid – destabilizace práce
- Během nouzového stavu náročná organizace
- Distanční fungování
- covid

Destabilizace práce

Podle informantky psychiatr B tato situace velmi destabilizovala práci: „Byly velké turbulence prvního půl roku, než se trochu ustálil ten tým, pak po novém roce, když se ten tým a ta práce začaly trochu rozjíždět, tak do toho padla koronavirová krize, která si myslím destabilizovala tu práci hlavně ve smyslu, že jsme se tady přestali pravidelně potkávat, což bylo daleko těžší, protože ten způsob fungování nebyl zajetý a teď jsme najednou měli fungovat distančně.“

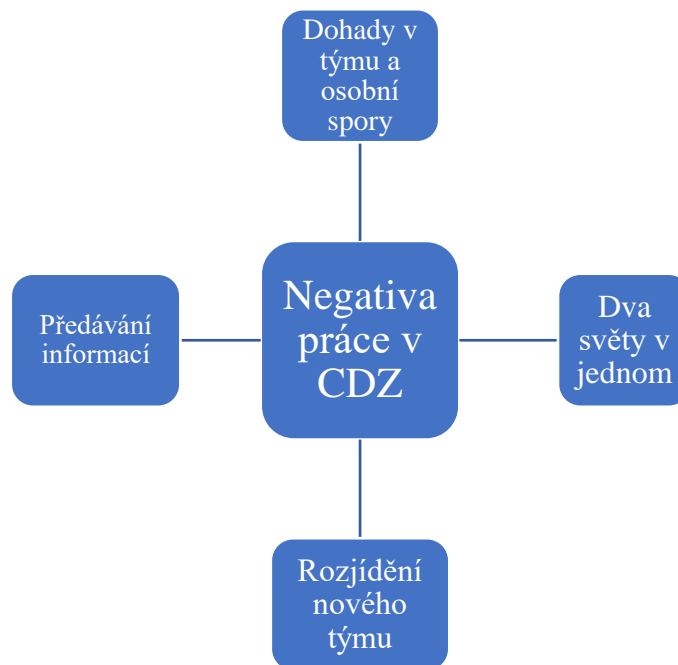
Náročná organizace

S tímto výrokem souhlasí také informantka všeobecná sestra C. „*Nyní v nouzovém stavu je organizace práce také obtížnější.*“

Na práci a klienty je mnohem méně času, protože týmy jsou rozdělené na 2 skupiny, a musí tak stihnout práci ve 2 nebo ve třech dnech za celý týden, a to může vytvářet trochu frustraci a tlak na zdravotní pracovníky, protože zdravotní část je závislá na vykázaných výkonech.

8.2.3 *Negativa multidisciplinárního týmu*

Téma negativ působí na atmosféru, a tím pádem také na práci v týmu.



Zdroj: Vlastní výzkum

Dohady v týmu

Uvedené kódy jsou získány pomocí otevřeného kódování:

- Lidé se mají dohodnout
- Dohady v týmu
- Neshody v týmu
- Složitá domluva v týmu
- Neshody v názorech
- Ne vždy shoda v týmu

Určité neshody dle informantů panují právě díky tomu, že CDZ tým je velký. Tvoří ho mnoho menších úvazků, a tak se při poradách schází velké množství lidí a každý má svůj názor.

„Zhodnocení toho týmu, jestli ten klient je, nebo není CDZ, ne vždy se na tom shodneme, což je výhoda i nevýhoda týmu.“ (Psychiatr B) *„V tom velkém týmu se taky těžko dva lidi shodnou na tom postupu, to je strašně složitý.“* (Peer konzultant) *„Objevují se občasné neshody v názorech. Ale to je spíše tím, že je tu zastoupeno více osobnostních rolí, které se občas neslučují. Takže se názory občas třou a vyvolává to nevoli v týmu, ale s tím se musí počítat v tak velkém týmu.“* (Sociální pracovník A) *„Problémy se najdou všude, ale je to o těch lidech, jestli jsou schopný se dohodnout. Ted'ka mluvím o tom týmu.“* (Psychiatr A)

Velký tým může zároveň způsobovat i nejasnosti v organizačních záležitostech.

„Ted' si myslím, že se domlouváme složitě skrz nějaký organizační možnosti a zároveň mám pocit u toho týmu, že ten potenciál fakt má.“ (Psychiatr B)

Ač v týmu probíhají některé neshody, je velmi užitečné, že je v týmu i psycholog, který může provádět například intervize anebo pomáhat usměrňovat konflikty.

„A myslím, že je hodně užitečnej (psycholog) pro nějaký intervize toho týmu, kdy v tom týmu je nějaký nesoulad nebo neshoda nebo je tam problém ve vztahu ke klientovi.“ (Psychiatr B)

Dva světy v jednom, spolupráce a atmosféra

Uvedené kódy byly získány v rámci otevřeného kódování:

- Týmy na sebe narážejí
- Narážení na sebe
- Negativní spolupráce
- Problém ve spolupráci
- Dusno

Jednou z informantek, kdo vnímá rozdíly mezi světem zdravotníků a sociálních pracovníků, které mohou způsobovat lehké tenze, je všeobecná sestra B. Ta popisuje, jak

jsou zvyklí pracovat zdravotní pracovníci. Ve zdravotnických zařízeních mají často mnoho právních úprav, za které nemohou jít.

„Já jsem byla hodně zvědavá na pohled sociálního pracovníka na klienta, kterej je jinej než pohled zdravotního pracovníka... Nejen u nás, ale myslim, že u spousty těch projektů, kde jsou ty multidisciplinární týmy, tak to tam na sebe naráží. ...Ale je to určitě o jednotlivých osobnostech toho týmu, jak jsou schopný tolerovat tu jinou profesi... Zdravořák je vázaný legislativou a normama, takže musí postupovat určitým postupem a nemáme tak rozvolněnou možnost tý léčby, jako je to u těch sociálních pracovníků. A pak vzniká ten problém. Něco jinýho pustí zdravořák a něco jinýho sociál v tý léčbě toho klienta. Jsou tu určitý hranice – zdravořák za ně nepůjde.“ (Všeobecná sestra A)

Podobný pohled má i další zdravotní pracovník – Psychiatr B, kdy skutečně také vnímá stereotypy ve zdravotnictví a individualizovanou práci.

„Myslím, že v tý zdravotní části se jede hodně individualizovaně a nevim, jestli je to jenom můj pohled nebo to tak fakt je. Chyběj mi od nich víc sdílení zkušenosti s klientem ze strany psychologů, já si můžu přečíst zápis, ale ten neodpovídá tomu kontaktu. Když si o tom popovídáme, to je daleko lepší. Určitě vnímám, že jako zdravořáci máme více stereotypů zajetých, jak pracujem, takže se to pak přenáší do týmu. A u těch sociálních pracovníků mi nejdůležitější přijde dovednost orientovat se v různých úřadech a možnostech dávek, to jde mimo mě. Schopnost přizpůsobit se tempu klienta.“ (Psychiatr B)

Z řad sociálních pracovníků nastává také negativní vnímání rozdílů těchto dvou stran. Sociální pracovník B a peer konzultantka popisují svou zkušenost z týmu.

„Hodnotím spolupráci spíše jako negativní. Z pohledu sociálního pracovníka, zdravotní část pracuje rychle, neosobně. Sestry jsou většinou zvyklé na zrychlený rytmus z nemocnic. Kdežto sociální pracovník pracuje úplně jinak.“ (Sociální pracovník B)

„Já v tý spolupráci vidím velkej problém. Hodně velkej problém. Dost často nad tím přemýšlím a dost často je pozoruju, aniž bych to dávala najevo. Je hrozně dobře vidět ten náhled, jak ho mají všichni úplně jinej. Ty dvě složky jsou úplně jiný – zdravořáci jednají, všechno by chtěli mít v nějakým řádu a jakmile jim to trošku vybočuje z řádu, tak mi přijde, že jsou hrozně bezradný. A sociálové jsou spíše kreativnější. Mají víc prostoru mluvit s lidma, dát tam to svoje, kus sebe. A hodnotím to trošku s úsměvem, jak na sebe

narází... Narážení na sebe způsobuje dusno v tom týmu, hodně si to lidi převádí do osobní roviny. “ (Peer konzultant)

Osobní spory

Uvedené kódy jsou získané pomocí otevřeného kódování:

- brání si věci osobně
- osobní problémy v týmu
- interpersonální spory

Všeobecná sestra A vidí, že jsou určité obtíže a osobní problémy mezi členy týmu. Ale nevnímá, že by to ohrozilo klienty.

„Nenarazila jsem osobně na žádný zádrhel (práce), to, že jsou zde interpersonální spory, to je vedlejší, ale co týká profesních, tak jsem nenarazila. Myslím, že klientů se to vůbec nedotýká.“ (Všeobecná sestra A)

Sociální pracovníci a peer konzultantka to vnímají trochu jinak. Vnímají, že určité osobní problémy mohou ovlivnit společnou spolupráci s jinými členy týmu.

„Negativum narážení na sebe je v tom, že je pak dost dusno v tom týmu, hodně lidí si to převádí do osobní roviny. To si myslím, že by se vůbec dít nemělo. To, že si pracovně nerozumím, tak neznamena, že toho druhýho budu mít hozenýho někde. Vidím to v tom, jak ti lidi to nedokážou odlišit. V tý osobní rovině jsou na sebe jiný, protože se nedokázali shodnout v něčem pracovním. Jdou trošku po sobě. To se mi moc nelíbí.“ (Peer konzultant)

„V neposlední řadě zde probíhá tzv. žalování a stěžování si na kolegy na vyšších místech, aniž by si to byli sami schopni vyříkat mezi sebou.“ (Sociální pracovník B)

„Někdy se do týmu vetřou osobní problémy. Je to takové zvláštní, že některý nechtěj spolu spolupracovat jen proto, že se v mimopracovním životě moc nemusí. Není to moc profesionální.“ (Sociální pracovník C)

Rozjždění nového týmu

Uvedené kódy jsou získané v rámci otevřeného kódování:

- turbulence v týmu

- chaos a rozjždění týmu
- budování CDZ bylo náročné

Všeobecná sestra C řešila v rámci budování CDZ ryze praktické věci, jako jsou nákup zařízení, malování apod.

„Zatím vše plní moje představy o práci v centru. Možná jenom tím, že budování CDZ v prvním půlroce bylo náročné, řešila jsem výběr kancelářského nábytku, malby prostor, což bylo pro mě nové, ale nic, co by se nedalo zvládnout.“ (Všeobecná sestra C)

Peer konzultantka přidává své pocity z toho, že ze začátku neměla moc s kým sdílet svůj příběh, a tím dělat svou práci.

„Z kraje jsem si tu připadala strašně zbytečně, jak nebyli klienti, nebyli lidi, všechno se tak nějak řešilo v takovym chaosu a v takovym, jak se to rozjždělo CDZ, tak jsem si tu připadala, že tu sedím a nebylo mi tu ani moc dobře.“ (Peer konzultant)

Psychiatr B to vidí z trochu jiného hlediska, vnímá tým jako celek jako nezkušený v komunitní práci s lidmi s duševním onemocněním. Někteří pracovníci ani s touto cílovou skupinou neměli žádné zkušenosti. A také vnímá problém ve sdílení myšlenky, o čem CDZ ve skutečnosti je.

„Tým, který tady vzniknul v CDZ, byl úplně nezkušeněj. Neměli jsme tady jako tým ve smyslu tý spolupráce, část byla z jiné služby, řada z nich neměla úplně jasnou myšlenku toho, co to CDZ je, jak je ten rozdíl oproti jiný službě pro lidi s duševním onemocněním. To se všechno tvořilo za pochodu. Myslím si, že jsme neměli od začátku úplně dobře komunikovanou tu myšlenku, nebyl nějaký nositel tý myšlenky. Byly velký turbulence prvního půl roku, než se trochu ustálil ten tým.“ (Psychiatr B)

Předávání informací

Uvedené kódy jsou získané v rámci otevřeného kódování:

- ztrácení informací
- obtížné sdílení informací v týmu
- moc informací zahlcuje

Všeobecné sestře C se velmi dobře pracuje ve velkém týmu, ale informací získává někdy až moc.

„Spolupráce v týmu je velmi dobrá, jen spíš mně osobně to dodává více informací, což je sice dobře, ale občas jsem z mnoha informací velmi unavená.“ (Všeobecná sestra C)

Psychiatr vnímá určité ztracení informací také jako to, že ostatní očekávají, že si někdo jiný vezme zodpovědnost za nějaký úkol a pak trpí organizace práce.

„Úskalí spolupráce vidím v tom obtížným sdílení informací, ale to nevím, jestli není téma dělenejma úvazkama a takovýto ztracení informací. Někdy něco naplánujeme, ale vlastně si to nikdo nevezme za úkol. A to je ono, že o tu zodpovědnost je dobrý se podělit, ale když si to ve finále na sebe nikdo nevezme, tak taky nemusíme dělat vůbec nic, to si myslím, že je úskalí týmu... A myslím si, že riziko je, když je ten tým příliš velkej, že to není uřiditelný. Umím si představit dělený úvazky i víc lidí v týmu, kterej už nějak funguje třeba nějakou dobu, je zastabilizovanej v nějakěj struktuře práce.“ (Psychiatr B)

Po pilotním programu, který trval rok a půl, se CDZ rozhodlo vytvořit pracovní pozici koordinátora CDZ, a tím zajistit lepší předávání informací – koordinátor o všem ví, informuje potřebné lidi, dohlíží na dotahování záležitostí. Toto rozhodnutí usnadnilo pracovní život v CDZ.

8.2.4 Pozitiva multidisciplinárního týmu



Zdroj: Vlastní výzkum

Hledání řešení v týmu

Uvedené kódy získané otevřeným kódováním:

- Tým přichází společně s řešením
- Potřeba kompromisu
- Hledání nových řešení v týmu
- Hledání nejlepší cesty

Výhodu týmu vnímají informanti ve sdílení. Děje se na poradách, kdy se klienti probírají, anebo, když je potřeba i během dne. Takto to vnímá i Psychiatr B a Všeobecná sestra B.

„Benefity jsou zejména ve sdílení příběhu toho klienta a toho sdílení zodpovědnosti za něj a podělit se o ty jednotlivé pohledy a hledání nějakých nových nápadů a možností řešení a možností intervencí, protože když je víc lidí, tak vás toho napadne víc.“ (Psychiatr B)

„Pozitiva týmu vidím v možnosti pomoci klientům ve všech oblastech společně.“ (Všeobecná sestra B)

Psychiatr A vnímá pozitivum ve společném hledání řešení, které je najednou rychlejší, zvláště pro klienta, než kdyby chodil do více různých služeb. Takto se na řešení může podílet hned několik různých profesí a každá z nich přinese svůj nápad a náhled.

„Přináší to pozitiva v tom, že se ten pacient nemusí přemlouvat, aby šel někam na nějaký úřad, nemusí se shánět někdo, kdo by ho tam dotáhl a tak podobně, protože ty věci se dají vyřešit hned... Jak jsme seděli u toho jednoho klienta ve třech pracovnicích, a ještě s těma příbuznými, tak se rovnou společně přicházelo na to, co se dá zažádat a normálně by to trvalo asi dlouho nebo by se na to vůbec nepřišlo. Takže v tomhle je to opravdu dobrý, protože je to rychlejší, svižnější no.“ (Psychiatr A)

Peer konzultantka vidí výhodu, pokud se tým dokáže shodnout na společném řešení. Vnímá to jako velký přínos pro klienty.

„Jinej náhled na tu věc a najde se vždy střední cesta... Je hodně přínosný pro klienty, kdy to vidíte každé jinak a pokavad' se dokážete domluvit, tak je to vždycky dobrý.“ (Peer konzultant)

Sdílení klientů v týmu

Uvedené kódy jsou výsledkem otevřeného kódování:

- Předání informací týmu a KP
- Probírání klientů v týmu
- Dobrá domluva v týmu
- Spolupráce s KP a týmem
- Diskuze v týmu
- Dobrá domluva face to face
- Konzultace s ostatními v týmu
- Rozebírání situace v týmu
- Sdílení o klientech v týmu

Podle rozhovorů sdílení klientů společně hodně ulevuje nejenom samotným klíčovým pracovníkům, ale i pro další profese, jako psychiatr a psycholog, je to velká výhoda. Nevidí pak klienta pouze svým jedním pohledem, ale může přicházet na další věci a získat další informace od pracovníků, co s klientem pracují. Jsou věci, které klient lékaři neřekne, ale pokud důvěřuje klíčovému pracovníkovi, tak se může svěřit.

Psychiatr B je za to opravdu rád, že má tým kolem sebe, se kterým to může probrat. Mimo práci v CDZ má také svou ambulanci, kde vidí, že ten tým chybí a o klientovi se dozví pouze to, co mu sám poví.

„Myslím si, že jsme docela dobře schopný se domluvit, když se potkáme a je nějaká face to face konverzace. Ale za ten poslední rok se nám to stává relativně málo... Benefity jsou zejména ve sdílení příběhu toho klienta a toho sídlení zodpovědnosti za něj a podělit se o ty jednotlivé pohledy... Přijde mi hodně užitečný, když máš možnost probrat klienta s jiným pracovníkem. U toho týmu tu možnost máš vždycky, obrátit se na někoho z toho týmu, kdo toho klienta taky zná a probrat, jak to kdo s ním vidí.“ (Psychiatr B)

Velmi podobně to vnímá i Sociální pracovník C.

„Já jsem ráda, když se můžu s lidmi v týmu pobavit o klientovi, někdy prostě člověk neví, co s ním dál a takové společné hledání a řešení dává naději a člověk si nepřipadá tak sám.“ (Sociální pracovník C)

Sociální pracovník B a Všeobecná sestra C považují na výhodu práce v týmu, že probíhá diskuzí a komunikací. Považují to za důležité pro sebe jako klíčové pracovníky.

„Práce v týmu probíhá metodou diskuze na základě vyslechnutí názorů a klíčový pracovník si tak může vytvořit svůj vlastní názor.“ (Sociální pracovník B)

„Vidím jako důležité metody postupu spolupráce především komunikaci, předávání si informací o postupu spolupráce s klientem do celého týmu, konzultace s klíčovým pracovníkem a dle domluvy klíčového pracovníka a týmu pracovat s klientem.“
(Všeobecná sestra C)

Rozmanitost týmu

Uvedené kódy jsou výsledkem otevřeného kódování:

- Dva pohledy
- Pohled sociální a zdravotní stránky
- Rozmanitost v týmu
- Různé pohledy na věc
- Více názorů v týmu
- Předávání zkušeností v týmu

Všeobecná sestra A s Peer konzultantkou si myslí, že rozmanitost týmu přináší pozitiva zejména pro klienty, a to v podobě komplexní péče a možnosti setkávat se s rozlišnými profesemi a osobnostmi najednou.

„Jsou vlastně pozitiva, že ty dva pracovníci přináší svůj pohled a svoje nápady. Pozitiva vyplývají jednoznačně pro klienta, že má na jednom místě veškerou komplexní léčbu, komplexní poradenství, tak to je pozitivní především pro klienta.“ (Všeobecná sestra A)

„Moc se mi tu líbí, že je tu hromada náhledů, že je tu sociální, zdravotní, lékař, že jsem tu i já a jsme tu různorodý osobnosti, a to je prostě perfektní, hlavně je to dobrý pro ty lidi.“ (Peer konzultant)

Sociálním pracovnícím A a B zase přináší rozmanitost výhodu zejména pro členy týmu. A to například v utřebení si názoru na základě informací a rozšiřování obzorů v problematice lidí s duševním onemocněním.

„Vyhovuje mi v týmu více názorů na věc, rozmanitost týmu. Každý člen týmu disponuje odlišnými dovednostmi a specifickým přístupem ke klientům... Víc hlav víc ví. Líbí se mi rozmanitá spolupráce, člověk si pak může vybrat, k čemu se více přiklání.“ (Sociální pracovník A)

„Větší rozhled jak sociálních pracovníků o problematice onemocnění, lécích, účincích apod., dále jaké jsou u psychologů terapeutické postupy. Tak i zdravotníci získají přehled o sociálním fungování jejich klientů, sociálních dávkách apod.“ (Sociální pracovník B)

Dobrá spolupráce týmu

Uvedené kódy jsou výsledkem otevřeného kódování:

- Spolupráce sociálních a zdravotních pracovníků dobrá
- Tým schopný dohody
- Dobré fungování CDZ
- Žádný problém v týmu
- Negativa týmu nejsou žádná
- Tým je profesně OK
- Kladná spolupráce

Všeobecné sestry nevidí žádný problém ve spolupráci zdravotní i sociální stránky a hodnotí ji velmi kladným způsobem. Jsou schopny se domluvit, dobře spolupracují.

„Tady konkrétně si myslím, že profesně je tým v pohodě. Já, když budu potřebovat od sociála pomoc anebo sociál od zdravotní sestry, tak jsme schopny se domluvit.“ (Všeobecná sestra A)

„Já rozhodně hodnotím kladně spolupráci týmu, negativa tam žádná nevidím.“ (Všeobecná sestra B)

„Sociální a zdravotní část podle mě spolupracuje velmi dobře. Nemám já osobně jediný problém a ani ho nemají jiní pracovníci v týmu. Hodnotím ji velmi kladně.“ (Všeobecná sestra C)

Psychiatr B vidí, že během začátků probíhaly změny v obsazení, a to bylo náročné na fungování týmu, ale pro ni jako pro lékaře byla veškerá spolupráce v pořádku.

„Spolupráce se mi hodnotí blbě, protože za ten rok a půl se ten tým relativně proměnil. Jednotlivě s každým, kdo tím týmem prošli, tím CDZ, si myslím, že nebyla úplně špatná spolupráce.“ (Psychiatr B)

Psychiatr A také připouští, že ze začátku projektu probíhaly i nějaké neshody, ale nevnímá, že by to ovlivňovalo práci.

„Myslím si, že spolupráce je dobrá, je pravda, že na začátku se museli nějak srovnat, ale jinak si myslím, že jsou schopný se dohodnout, co dělat. Nevidím v tom žádný problém.“ (Psychiatr A)

Zpětná vazba a podpora týmu

Uvedené kódy jsou výsledkem otevřeného kódování:

- Dobrá zpětná vazba
- Zpětná vazba týmu
- V CDZ podpora týmu

Všeobecná sestra považuje za výhodu, že její práce je kreativní, tvoří si ji sama a vnímá velkou podporu v tom od týmu, pokud vymyslí nějaký nápad na zlepšení prostředí, technik, práce s klientem.

„V CDZ si vše plánujete sami s přizpůsobením na klienty, máte podporu v multidisciplinárním týmu, můžete být kreativní, názory a nápady jsou vyslyšeny. Jsou to velmi jiné zkušenosti v porovnání s předchozí prací.“ (Všeobecná sestra C)

Psychiatricke B přijde velmi užitečné, když může s týmem hned sdílet nějakého klienta a tým jí dá zpětnou vazbu a otevřít ten jednostranný pohled lékaře.

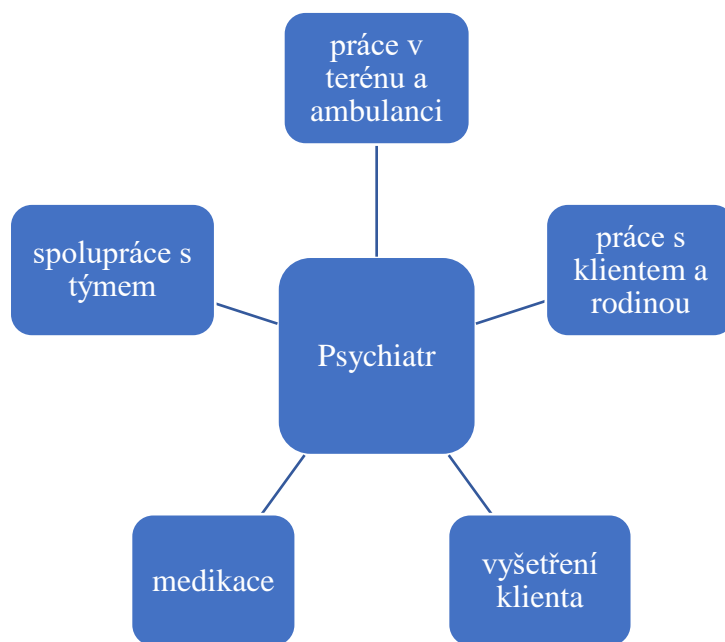
„V ambulanci mám omezený pohled toho doktora, ten tým ti může dát nějakou dobrou zpětnou vazbu, jak to zase vidí oni. To mi přijde hrozně užitečný a pak taky, když je klient v krizi, tak to člověk není sám, nejsi jedinej, kdo je na telefonu. Je možný se o to nějak vystřídat, tak to mi přijde užitečný.“ (Psychiatr B)

Všeobecná sestra A je ráda za zpětnou vazbu od týmu v rámci práce s klientem, díky tomu ví, že svou práci dělá dobře.

„Myslím si, že ty casy, co mám, že je vedu dobře. Nikdy jsem nebyla od žádnýho člena týmu odmítnuta, když jsem potřebovala pomoct. Funguje zpětná vazba. Já si myslím, že profesně to CDZ funguje dobře.“ (Všeobecná sestra A)

8.3 Očekávání od ostatních profesí

Psychiatr



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní část

Zdravotní část v tomto případě tvoří pouze všeobecné sestry, které odpovídaly, co očekávají od psychiatrů v týmu a jakou budou mít činnost.

Nejčastěji se objevilo vyšetření klienta, které slouží zejména k prvotní diagnostice a případně zjištění, zda klient spadá do CDZ. Dalším velmi podstatným bodem, na kterém se sestry shodly, byla přímá práce s klientem a jeho rodinou.

Psychiatr by se podle očekávání zdravotníků měl aktivně zapojovat do týmu, pracovat jak v terénu, tak ambulanci, poskytovat krizovou intervenci a spolupracovat s klíčovým pracovníkem. Mezi další činnosti by měla patřit spolupráce s dalšími psychiatry i mimo CDZ. Klient by měl mít možnost pracovat s psychiatrem na své medikaci a řešit s ním svůj aktuální zdravotní stav.

„Pro mě si myslím, že se očekávání splnilo a ti psychiatři dělají to, jaká je jejich role v tom týmu toho CDZ. Jak vyjíždí ven do terénu, ambuluje, dělají komplexní vyšetření, podpůrný psychoterapie si myslím, že tam jsou.“ (Všeobecná sestra A)

Sociální část

Ze sociální části hodnotily své očekávání vůči psychiatrům tři sociální pracovnice a jedna peer konzultantka.

Shodly se na všem, na čem se shodly zdravotní sestry. Nejčastěji zaznělo: vyšetření klienta, práce s medikací, spolupráce s rodinou a dalšími psychiatry, pomoc týmu.

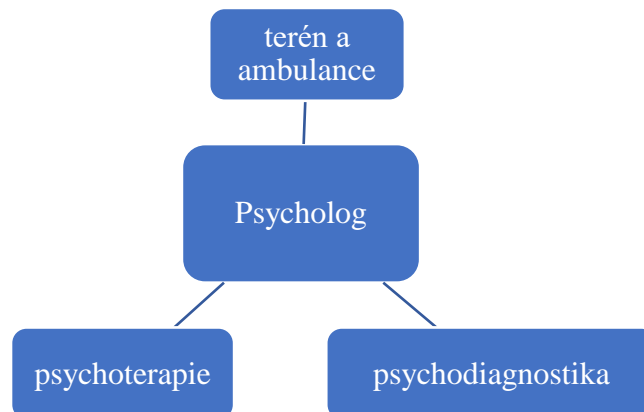
„Psychiatr by měl vyhodnocovat stav klienta, pomáhat týmu a být také autorem pro pacienty.“ (Sociální pracovník B)

Skutečná činnost

Psychiatři, kteří mi poskytli rozhovor, byli dva. Jejich činnost skutečně zahrnuje výše zmíněné očekávané činnosti. Navíc ještě různou administrativu jako například: e-recepty, přebírání e-neschopenek, psaní zpráv pro jiné lékaře, případně instituce, časté telefonování s jinými odborníky a domlouvání hospitalizací pro klienta.

„Já dělám vyšetření pacienta, v prvním kontaktu zhodnocení, jestli teda je indikovaný pro to CDZ, jestli je vůbec psychiatrický pacient, eventuálně když je, tak jakým způsobem se mu dá pomoci, jestli se mu dá medikace, není potřeba medikace, jestli zvládá psychoterapii a takový doporučení, co by se s ním mělo dělat. Když toho pacienta máme zavedeného, tak je ta práce o tom, že se mu upravuje nebo dodržuje ta medikace. A když je potřeba domluvit nějaký hospitalizace nebo něco takového, tak to domluvit na úrovni toho lékaře.“ (Psychiatr A)

Psycholog



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní část

Ze zdravotní části odhalili své očekávání ohledně pracovních činností tři všeobecné sestry a dva psychiatři.

Nejčastěji by podle nich měl psycholog poskytovat psychoterapii a psychodiagnostiku jako základní služby. Psychoterapie by měla být jak individuální, skupinová, tak i rodinná.

Zdravotní části chybí více terénu u psychologa, podle nich bylo větší očekávání toho, že psycholog bude častěji poskytovat krizovou intervenci u klientů doma, případně jen terapii v případě, že se klient nemůže dostavit. Zatím většinu času psychologům zabírá práce v ambulanci na pobočce CDZ.

„Psycholog si myslím, že pro to CDZ měl umět psychodiagnostiku, psychoterapii nebo umět pracovat jako individuálně i skupinově, bylo by skvělý, kdyby uměl pracovat s rodinou. Být členem týmu, kterej přináší pohled toho psychologa. Hodně dobrý by bylo, kdyby byl ochotnej jezdit do toho terénu a v rámci ať už nějakých krizí nebo v rámci terapií pro klienty, kteří se sami nedopraví do toho CDZ.“ (Psychiatr B)

Sociální část

Za sociální část odpovídaly tři sociální pracovnice a peer konzultantka. Pro ně také nejčastější předpokládaná činnost je právě psychoterapie a psychologické vyšetření. Zároveň by měl být k dispozici týmu a poskytovat svůj psychologický náhled nejen na

klienty, ale také na dění v týmu. Zároveň vnímají, že psycholog by v CDZ mohl být častěji, že jeho úvazek nepokrývá potřeby, které mají klienti.

„Myslím si, že psycholog by měl hlavně v rámci práce v CDZ pracovat s klientem, a to poskytovat psychoterapii nebo provádět psychologický vyšetření.“ (Sociální pracovník A)

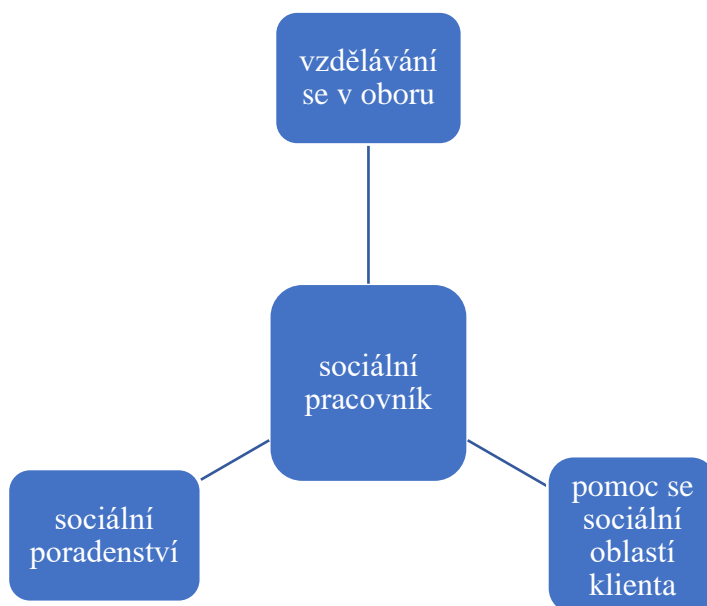
Skutečná činnost

S psychologem nebyl proveden rozhovor, ač byl také osloven. Podle příruček CDZ by skutečně měl být k dispozici klientům pro případnou psychoterapii, diagnostiku, měl by být součástí týmu, poskytovat konzultace jak týmu, tak klientům, spolupracovat s jinými odborníky.

V rozhovorech bylo jasně řečeno, že psychologů je v CDZ málo, pracovníci vnímají větší potřebu, kterou je ale velmi těžké naplnit, protože psychologů je v České republice málo a je velmi těžké jej najít a zaměstnat, stejně jako u psychiatra.

Také psycholog, protože jich je velmi málo, dělá práci zejména ambulantně v CDZ. To pracovníci vnímají, že by bylo dobré, kdyby se změnilo a jezdil více do terénu.

Sociální pracovník



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní část

Za zdravotní část se zúčastnili rozhovorů tři všeobecné sestry a dva psychiatři. Pro ně jsou sociální pracovníci velmi důležití, a to z důvodu starání se o sociální stránku klienta. Vnímají, že sociální pracovníci jsou skutečně na svém místě a bez nich by se to neobešlo.

Podle nich mezi základní činnosti patří poskytování sociálního poradenství, řešení sociálních problémů klienta, vzdělávání se v oboru, spolupráce s klíčovým pracovníkem a týmem, mít přehled o dávkách, pomoc s nimi, pomoc s finanční situací klienta, bydlením, zaměstnáním a sociální rolí ve společnosti.

„Od sociálního pracovníka očekávám řešení sociálních problémů klienta, sebevzdělávání v oboru – aktualizaci nových informací i orientaci v duševních onemocněních... zapálení pro práci, aktivitu, samostatnost, spolupráci s klíčovým pracovníkem klienta a týmem.“
(Všeobecná sestra C)

Sociální část

V sociální části odpovídala ohledně očekávání jen peer konzultantka, ona sama je ovšem pracovník v sociálních službách, takže je z oboru, ač má sama jinou náplň práce. Pro ni jsou sociální pracovníci nejdůležitější součástí týmu, protože řeší existenční problémy klienta, kam mimo jiné spadají i finanční problémy. Díky vyřešení problémů, které hraničí s existencí, se mohou klienti posouvat do řešení dalších oblastí v životě.

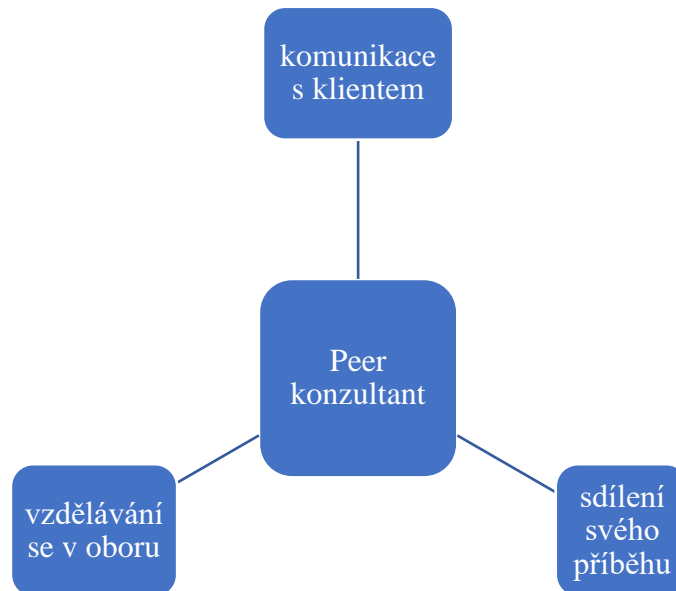
„Ty jsou tady asi nejdůležitější. Tihle lidi s nima řeší, samozřejmě, když mají svoje problémy, tak mají i existenční problémy. Takže tahle role toho sociálního pracovníka je strašně důležitá, jim můžou pomoci nejvíc, že jo, protože od toho všeho se odvíjí – v jakým jsou prostředí, jak to mají finančně. To je důležitý i pro psychicky zdravý člověka, natož pro nemocnýho.“ (Peer konzultant)

Skutečná činnost

Oslovené tři sociální pracovnice představily svou skutečnou náplň práce. Vedou své případy, které mají svěřené, chodí s klienty na úřady, vyřizují dávky, fungují jako case manageri, mapují potřeby klientů, poskytují sociální poradenství a tráví čas s klienty v rámci jejich zájmů.

„Já vlastně v práci dělám vše, co je v mé práci etické. Nemám problém, jak jít na úřady, tak jít s klientem na nákup, do lesa, do bazénu.“ (Sociální pracovnice B)

Peer konzultant



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní část

Peer konzultantka byla pro zdravotní část, která tvořila tři zdravotní sestry a dva psychiatry, velkým překvapením. Neměli tušení, jakou roli bude peer konzultant zastávat v týmu, ale nyní jsou opravdu rádi až nadšeni, že je součástí týmu CDZ. Nyní jsou jejich očekávání v tom, že peer konzultantka bude mluvit s lidmi, bude s nimi sdílet svůj příběh a podporovat je v naději na zotavení. Zároveň by se měla neustále proškolovat ve své profesi. I s týmem by měla sdílet svůj příběh a k tomu svůj náhled k situaci. Lidé, kteří si onemocněním neprošli, si občas nemusí uvědomit, jak některé věci působí a může to zranit velmi citlivé klienty.

„Peer rozumí lépe klientům. Klienti se jim často svěřují, protože ví, čím si procházejí. Myslím, že jsou velmi důležití.“ (Všeobecná sestra B)

Sociální část

Za sociální část hodnotily svá očekávání tři sociální pracovníce. V sociální oblasti se již setkaly s peer konzultanty. Pro ně je základní náplní práce peera sdílení svých zkušeností a svého příběhu. Důležitá je také komunikace s klientem a předpoklad toho, že peer naváže důvěru s klientem mnohem dříve než jiný pracovník.

„Peer je hrozně dobrá profese. Myslím si, že základ je prostě být s klientama a sdílet svůj příběh s nima. Myslím, že klienti to vítají, že mají někoho, kdo jim rozumí, kdo si tím prošel.“ (Sociální pracovník C)

Skutečná činnost

Peer konzultantka původně také netušila, co ji v CDZ bude čekat. Ze začátku měla jisté pochybnosti o práci, nevěděla, jak to bude fungovat, jestli se k ní budou klienti objednávat a ona bude s nimi jen pracovat ambulantně. To, co ji velmi překvapilo, bylo hodně administrativy a zapisování do systému, které zabere dost času. Dál tedy jezdí za klienty do terénu, do jejich přirozeného prostředí a kam oni sami chtějí, komunikuje s nimi a poskytuje jim a týmu konzultace.

„Většinou za mnou někdo přijde nebo za někým vyjízdim. Jsem takovým článkem mezi lidmi, jedu s těmi ostatními – lékař, sociální pracovník, sestra. Ten normální den je takovejhle, telefony, někdy do terénu, potom to zapsat. Hlavně dělám konzultace a od toho jsem tady a píšu a píšu.“ (Peer konzultantka)

Všeobecná sestra



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní část

Je rozdíl, zda práci vykonává všeobecná sestra či sestra pro péči v psychiatrii, ale jelikož je v CDZ předpoklad, že každá všeobecná sestra si dodělá specializaci v psychiatrii, mohou dělat tu samou činnost.

Za zdravotní část odpovídali dva psychiatři. Podle nich CDZ stojí na všeobecných sestřích/sestrách pro péči v psychiatrii, protože musí vykazovat činnost do systému na pojišťovnu a za to jdou v ostrém provozu finance zdravotní části.

Psychiatři očekávají, že všeobecné sestry budou zajišťovat zdravotní část, kontrolovat zdravotní stav klienta a hlásit změny psychiatrům, pracovat s léky, aplikovat injekce, v případě potřeby ošetřovat. Měly by zvládat i základní krizovou intervenci, edukaci klienta a rodiny a neustále se vzdělávat ve svém oboru.

„Měla by dělat, co normálně má dělat zdravotní sestřička. Ne ta, co pracuje u lůžek. Zajišťuje péči, co se týká léků, nějaká edukace základní, vyhodnocování zdravotního stavu základní – jestli je třeba volat doktora, nebo ne a zároveň taky nahlásit, když jsou

nějaký změny, když jsou potřeba řešit. To je péče zdravotní sestry. Dávání léků a takový věci.“ (Psychiatr A)

Sociální část

Tři sociální pracovnice a jedna peer konzultantka vidí nejčastěji, že všeobecné sestry pracují s medikací, aplikují depoty, edukují klienty, mají znalosti v problematice a poskytují ošetření klientům, zároveň hlídají i jejich zdravotní a psychický stav.

„Sestra by měla zajišťovat služby ve zdravotní oblasti, krizovou intervenci a edukovat klienta a rodinu.“ (Sociální pracovník A)

Skutečná činnost

Tři všeobecné sestry připustily, že velkou část práce tvoří právě vykazování výkonů na pojišťovnu, a tím zabezpečují finanční chod zdravotní části. Dále jezdí do terénu, jsou case managery a starají se o své svěřené klienty. Povídají si s nimi, poskytují motivační a podporující rozhovory, edukují klienty a rodinu, aplikují injekce a hlídají medikaci. Řeší aktuální problémy klienta, ať jsou jakéhokoliv tématu. Doprovází klienty k lékaři, komunikují s týmem, klientem a jeho rodinou.

„Provádím návštěvu klientů, pomoc při řešení některých problémů, telefonické konzultace, administrativní činnost, porady s ostatními. Sleduji zdravotní stav klientů, převazy, aplikace medikace, komunikace s klienty a rodinou.“ (Všeobecná sestra B)

U většiny profesí se očekávání naplnilo se skutečnou náplní práce, kterou pracovníci představili. Pouze u psychologa došlo k nenaplnění očekávání ohledně častějších výjezdů do terénu.

Náplní jednotlivých case managerů, kterými jsou všeobecné sestry a sociální pracovníci a která nebyla řečena, je také koordinace péče, kdy zjišťují, co klient potřebuje a od jaké profese a case manager to zprostředkuje, domluví setkání.

Díky velkému množství lidí v CDZ týmu se setkávají nejen různé profese, ale také různé osobnosti. A kromě některých dohadů a sporů, to může být velmi pozitivní, protože tým si může vzájemně předat zkušenosti, znalosti, názory a členové týmu tak mohou mít komplexnější přehled o problematice klienta a klient má zaručenou komplexní péči.

Sociální pracovník se může naučit něco od zdravotního, a naopak a mohou se v některých informacích vzájemně zastoupit.

9 Diskuze

Práce přinesla mnoho poznatků a zajímavá témata jsou přednesena v této diskuzi a členěna na témata. Hlavním záměrem bylo zjistit jaká jsou pozitiva a negativa práce v multidisciplinárním týmu. V rámci výzkumu došlo ke zjištění výsledků, zodpovězení na hlavní a vedlejší výzkumné otázky. Závěry jsou porovnány s jinými výzkumy a zdroji z tuzemské a zahraniční literatury.

Význam peer konzultanta

Multidisciplinární tým má mnoho členů, každý má svou roli, která je velmi podstatná. Z rozhovorů vyvstala jedna role, která je pro všechny velmi důležitá, a ne úplně známá. Peer konzultant přináší do týmu úplně nový prvek spolupráce. Je to velmi významná nejen profese, ale také role. Peer konzultant se díky vlastní prožité nemoci přibližuje klientům, získává dříve důvěru a pracovníkům tak otvírá cestu i k méně přístupným klientům. Peer přináší klientům různé benefity, někdy může dokonce být jediným kontaktem klienta s vážným duševním onemocněním a ten může pociťovat, že je to jediný člověk, co mu rozumí. Fan et al. (2019) přicházejí s výzkumem o tom, co poskytují peerři v Číně lidem s vážným duševním onemocněním. I po jejich výzkumu vyšlo, že jsou to velmi důležití členové týmu. Po práci s klientem jsou klienti například více poučeni o nemoci, nemoc se může stabilizovat, peerři mohou pomáhat v sociálních dovednostech a komunikaci a dávají velkou dávku podpory klientům. Velmi je podporují v zotavení, zvyšují sebevědomí a také spolupracují s rodinou, kde poskytují taktéž podporu. Výzkum této práce zcela podporuje výzkum z Číny (v Číně také zavedli podobná centra testovali jejich účinnost). Informanti jsou velmi spokojeni s kvalitní prací peera v Centru duševního zdraví, a to zejména díky navození dobrého kontaktu s klienty a potřebným sdílením svého příběhu. Nejvíce oceňují, že peer skutečně rozumí klientům. Sama peer konzultantka vnímá svou práci jako těžkou, ale smysluplnou.

Důležitost profesí v multidisciplinárním týmu

V multidisciplinárním týmu, který funguje dobře a efektivně, by si profese měly být rovny, mít jasně definované pozice, role, profese a dobře nastavenou komunikaci. To může fungovat, pokud jednotlivé profese vykazují míru profesní pokory – každá profese je v týmu důležitá, ač se to některému pracovníkovi nemusí zdát. V týmu musí panovat vzájemná důvěra a sdílení, dát ostatním k dispozici kus ze svého prožívání, to není vůbec snadné a může to být i riziko syndromu vyhoření. Odpovědnost za multidisciplinární tým

má ředitel – odpovídá za personální složení, které by se mělo shodovat i osobnostně (Jankovský, 2015). V týmu CDZ zatím nebylo úplně ujasněno, kdo je jak důležitý a kdo odpovídá za celý tým. Informanti vnímali, že teoreticky by si měli být všichni rovni, ale v realitě se často obracejí na lékaře. Hlavní slovo v týmu dávali také lékaři, případně jednotlivým klíčovým pracovníkům. Týmu by určitě prospělo, kdyby měli zodpovězeno, kdo zodpovídá za chod týmu a jak jsou na tom s vzájemnou důležitostí. Nastávají situace, kdy se neví, za kým se má jít s problémem, kdo ho může vyřešit nebo schválit nějaké rozhodnutí, a to může působit zmatek a nejistotu v týmu.

Riziko přepečování

Peer konzultantka vnímala jako jedno z rizik práce velkého týmu přepečování klienta. Spočívá to v tom, že klient má veškerý komfort, péči mnoha odborníků a stává se na ní závislý a nikam se neposouvá. O tomto riziku mluví také Janečková (2013). Uvádí tuto nadbytečnou péči jako riziko spolupráce sociálních a zdravotních služeb – klient má veškerou komplexní péči, ale pokud je jí příliš, může podlamovat zachovalé schopnosti.

Spolupráce sociální a zdravotní části

Práce sociální a zdravotní části má různé legislativní ukotvení. Podle informantů jsou zdravotníci více omezeni zákonem a nemají tolik volnou ruku v péči jako sociální pracovníci. I to může vyvolávat neshody v práci z důvodu nedohodnutí na dalším kroku v péči. S tímto bojují i další multidisciplinární týmy, kde se střetává zdravotně-sociální oblast. Podle Hrdé (2018) se liší práce těchto týmů právě v legislativním ukotvení, přípravě a mimo jiné také hodnoty jednotlivých profesí. Možná tyto na první pohled nepatrné rozdíly mohou i v CDZ činit ne jeden problém. Podle informantů je náročné skloubit spolupráci zdravotní a sociální části. Týmy na sebe ‚narážejí‘ – jiné pohledy, názory, postupy, hranice. Přináší to napjatou atmosféru. Podle sociální pracovnice pracují zdravotníci neosobně. To souvisí s dalšími negativy, které podle informantů přináší práce v multidisciplinárním týmu. Jsou jimi osobní spory a dohady. Jones (2006) při výzkumu přišel na další negativum v multidisciplinárním týmu, který pracuje s klienty, kteří trpí schizofrenií. Zaznamenal, že zejména sestry se cítí svou profesionalitou nadřazené ostatním profesím. Dávají najevo svou důležitost a nechovají se v týmu vhodně. To působí konflikty a dohady celého týmu.

Předávání informací v týmu

Tým CDZ zápasí také s předáváním informací. V týmu je mnoho pracovníků, někteří z nich mají jen kratší úvazek, a tak se snadno některá z informací zatoulá. Ale tímto způsobem v týmu vzniká zmatek, kdy pracovníci nemají veškeré potřebné informace, a tak práce, která má být hotová, tak není, případně jiný pracovník ani o ní neví. V týmu nebyl žádný systém, jak si budou předávat informace. Díky částečnému home office v rámci pandemické situace se tento problém zvětšil. Tým byl rozdělený na party a pracovníci se přestali potkávat osobně. Zavedli porady online, které pomohly k přenosu informací, ale vždy na nich všichni mohli být přítomní. Po skončení projektu (od 1. 1. 2021) vznikla nová pozice v týmu – koordinátor týmu. Tuto pozici zastává sociální pracovnice a má právě napomoci k lepšímu předávání informací. Tento krok byl velmi dobrou změnou, protože předávání informací je velmi důležité pro celý tým. Nyní veškerou agendu ohledně přijímání klientů, řešení porad a další administrativní věci řeší jen jeden pracovník, který by měl mít systém, jak dále informace šířit každému pracovníku a každý z nich tak měl důležité informace. Cumin et al. (2016) v jejich studii vidí komunikaci a předávání informací jako stěžejní pro multidisciplinární týmy, a to ve veškerých oblastech působení. Komunikace mezi pracovníky by měla být efektivní a obousměrná. Měli by si mezi sebou sdílet plány, když některý plán vybočí ze směru a rychlé změny.

Pozitiva práce v multidisciplinárním týmu

Práce v multidisciplinárním týmu kromě určitých negativ přináší i pozitiva. Dle informantů je největším pozitivem rozmanitost týmu. Jsou zde různé profese, které přinášejí různé názory, mohou se vzájemně doplňovat a radit. Klíčový pracovník se může podělit o zodpovědnost za případové vedení, není na klienta sám. Při poradách společně hledají řešení jednotlivých případů, a to může případně zabránit syndromu vyhoření, kdy by si pracovník nevěděl rady, co s klientem dál. Bechyňová et al. (2007) vidí výhody v multidisciplinárním přístupu, zejména poskytnutím pomoci také rodině a rodinným příslušníkům klienta, profese se potkávají společně a porovnávají rozdílné názory na klientovu situaci. I pro členy týmu je vzájemná podpora velmi důležitá. Podle Drucker (2008) je specializace samotná neplodná, je potřeba ji propojit s jiným specialistou a pak to přináší právě výhody v týmu.

Očekávání pracovníků od ostatních profesí

Informanti očekávali od psychologa více práce v terénu. Mysleli si, že psycholog nebude jen poskytovat terapie v ambulanci, ale bude více vyjíždět nejen ke krizovým klientům, ale také k běžným terapiím. Oceňovali jiný pohled psychologa, který je potřebný v týmu a může dobře sloužit ke kvalitnější péči o klienty. Wood et al. (2019) se s tímto zjištěním shodují. Zároveň podle jejich výzkumu pracovníci multidisciplinárního týmu viděli výhodu psychologického pohledu jako něčeho jiného, jiný náhled na péči o klienta, který mnohdy jiný pracovník nevidí. Psychologové jsou tak schopni nabídnout alternativní druh péče o klienta.

Očekávání od ostatních profesí v porovnání se skutečnou činností pracovníků přinesla docela překvapivý závěr. Tato očekávání jsou naplňována. Od všeobecných sester se čeká, že budou pracovat s klienty, starat se o zdravotní stránku, aplikovat injekce, pracovat s medikací a edukovat klienty. The College of Psychiatrists of Ireland (2018) popisuje práci sestry v multidisciplinárním týmu jako řešení problémů klienta, péči o jeho zdraví, monitoring medikace, poskytování základní terapie a administrativa.

Dle Kodymové (2015) je hlavní rolí sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu posouzení psychosociální situace klienta a přijít s intervenčním plánem, který má zajistit pomoc jedinci. Tajanovská (2015) dodává, že základním předpokladem sociálního pracovníka k výkonu této práce je vhodné vzdělání v oboru, pracovník se musí neustále vzdělávat, aby zdokonaloval své schopnosti a dovednosti. Mezi základní dovednosti patří komunikace, sebekontrola, kooperace a sociální kompetence. V týmu CDZ od sociálních pracovníků je očekávané také vzdělání a neustálé zdokonalování se v oboru. Ostatní pracovníci vidí výhodu v sociálních pracovnících zejména v zařizování finančních záležitostí, chování na úřady a pomoci v dalších oblastech sociálního života. To vše sociální pracovníci potvrdili, že je každodenní náplní jejich práce.

V očekáváních u psychiatra se profese také shodly v očekáváních v porovnání se skutečně vykonávanou činností. Od psychiatrů pracovníci očekávali diagnostiku onemocnění, práci s medikací, s rodinou a práci s celým týmem. Lékař podle nich odpovídá za zdravotní stránku. Podle Gaitz (1987) psychiatři pracují s týmem, rodinou klienta, poskytují konzultace, pracují s diagnózami a léčbou, starají se o zdravotní stav klientů.

10 Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká jsou pozitiva a negativa práce v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví. Celá práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické. V teoretické části je vymezená veškerá potřebná definice – co jsou Centra duševního zdraví, jak vznikaly, co je jejich cílem, jejich personální obsazení a představení cílové skupiny. V praktické části jsou použity hloubkové rozhovory dle návodu s pracovníky Centra duševního zdraví. Rozhovor zjišťoval odpovědi na výzkumné otázky uvedené v úvodu praktické části.

Rozhovor poskytlo devět informantů – tři všeobecné sestry, tři sociální pracovníci, jedna peer konzultantka a dva psychiatři. Díky hloubkovým rozhovorům byl dostatek prostoru pro doptání se na potřebné údaje. Rozhovory byly nahrány, následně přepsány a dále proběhlo kódování. Nejprve otevřené kódování, to přineslo určité kódy a důležité kategorie, které se mohly provázat pomocí axiálního kódování.

Práce v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví přináší jak pozitiva, tak negativa. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že nejvýznamnějším pozitivem je samotná rozmanitost týmu. Jsou zde různé profese, různé osobnosti, a tím i různé pohledy a názory a možnosti řešení problémů. To přináší užitek nejen pro klienty, ale také pro pracovníky samotné – mohou se tím obohacovat o vědomosti, nové postoje. Další pozitivem práce v multidisciplinárním týmu je možnost hledání řešení společně, možnost různých konzultací, aktuální zpětná vazba týmu a podpora od týmu. V týmu je přítomno v jeden okamžik několik profesí, všichni jsou si vzájemně k dispozici pro řešení krizových nebo složitých situací. Pozitivem i negativem je propojení dvou světů. Na jednu stranu je to dobrá věc, protože se věci neřeší jen jedním směrem, ale na druhou stranu, pokud tým není schopen dojít ke kompromisu, může to způsobit negativní atmosféru v týmu a ovlivnit i práci s klientem. Z rozhovorů vyplynulo, že zdravotní a sociální část má svůj styl práce a je zapotřebí velká dávka kompromisů. S tím souvisí také osobní problémy a dohady v týmu, které mohou být způsobeny tím, že si osobnosti nesednou a vytvoří se konflikt. Vzhledem k velkému týmu, způsobeno menšími úvazky, informanti uvedli, že se častěji ztrácí informace, a to způsobuje napjatou atmosféru. Může se stát, že k pracovníkovi nedojdou včas potřebné informace, a to může způsobovat velká nedorozumění.

Jednou z nejdůležitějších zjištěných rolí v týmu je jednoznačně peer konzultant. Zejména pro zdravotní část je velmi pozitivní složkou týmu. Sociální část se s touto rolí již setkala. Peer konzultant je zde pro klienty a sdílí s nimi svůj příběh. To je ta nepřínosnější část pro klienty. Vidí, že jim skutečně rozumí, protože si sám prošel podobnou situací. Je mostem mezi pacientem/klientem a také týmem. Konzultuje a přináší svůj pohled člověka, který si duševním onemocněním sám prošel a mnohdy pomůže týmu porozumět chování klientů a tomu, jak s ním pokračovat dál.

Každý z informantů vnímá, že ostatní profese mají stejně důležitou roli jako on sám, ale zároveň se objevily názory, že je v týmu trochu chaos z důvodu toho, že se neví, kdo zodpovídá za konečné rozhodnutí. Při zjišťování, kdo má hlavní roli v rámci rozhodování o péči, nebyly zjištěny jednotné názory. Jedním z nich je, že za péči o klienta zodpovídá klíčový pracovník, který má k dispozici celý tým na poradu, takže na to není sám. A další část považuje za toho hlavního lékaře, který by měl mít zejména hlavní slovo, co se zdravotní péče týká.

Při očekávání od ostatních profesí byla zjištěna shoda. Pracovníci očekávali to, co byla skutečně vykonávaná práce jednotlivých profesí. Od lékaře pracovníci očekávali, že bude provádět zejména komplexní vyšetření, dohlížet na medikaci a případně doporučovat na hospitalizaci. Samotní lékaři k tomu doplnili zejména administrativní úkony – konzultace s lékaři, psaní zpráv, hovory. Sociální pracovníci dle očekávání ostatních profesí by se měli orientovat v oboru, chodit na úřady a zabezpečovat sociální stránku života klienta, zde byla naprostá i skutečné náplni práce jednotlivých sociálních pracovníků. Peer konzultant často zaznělo, že nebyla zpočátku žádná očekávání, nyní se předpokládají konzultace s klienty, týmem a přinášení svého pohledu člověka, který si tím sám prošel. I zde byla shoda skutečně vykonávané práce peera. Všeobecné sestry u ostatní pracovníci předpokládali, že budou ošetřovat, dohlížet na medikaci, spolupracovat s lékařem, aplikovat injekce a případně edukovat. Ani zde se očekávání od reality neodchýlila. Co se týká psychologa, od něj se očekávaly psychoterapie, psychodiagnostika a očekávaly se více i výjezdy do terénu, ke kterým nedochází tak často a také častější zapojení do týmu. Pohled psychologa se nepodařilo získat.

Tato práce přinesla cenný pohled do práce multidisciplinárního týmu jednoho z Center duševního zdraví. Práce zde je velmi užitečná. Najdou se jak pozitiva, tak negativa práce týmu. Tým je složen z osob, kteří jsou odborníci na svém místě, zároveň má i lidskou

stránku a své slabiny. Při dobré práci s týmem lze slabiny využít ku prospěchu týmu a zejména klientů. Důležité pro takto velký a profesně obsáhlý tým je, aby se každý cítil součástí týmu, rovnocenně s ostatními a věděl, že tým je zde pro něj a není na klienta sám. Jako doporučení se nabízejí aktivity, které stmelují tým – různé teambuildingové akce, školení, které zahrnuje, jak funguje práce v multidisciplinárním týmu, výběrové řízení v Assessment centrech, které odhalí týmovou spolupráci a osobnosti potencionálních pracovníků.

Výzkum byl proveden jen v jednom Centru duševního zdraví. Bylo by velmi dobré porovnat práci více týmů. Zejména týmu, který začal jako tento na ‚zelené louce‘, všechny kontakty si musel shánět sám a týmu, který byl zřízen při psychiatrické nemocnici, a tak měl zajištěn dostatek personálu i klientů. Shánění klientů i personálu může být jedním z rizik nově se rozjíždějících projektů. Práce je tím zdlouhavá, může přinést i úbytek pracovníků, kteří se mohou začít nudit, protože nejsou lidi, a tím není práce.

Práce v multidisciplinárním týmu je náročná, ale má své opodstatnění a místo. Proto je důležité věnovat tomuto tématu větší pozornost, než doposud je. V České republice je zatím multidisciplinárních týmů v Centrech duševního zdraví 29 a je jich naplánováno celkem 100. Je to celkem vysoké číslo, bude zahrnovat mnoho pracovníků. Jejich výběr by rozhodně měl být pečlivý i s ohledem na citlivost cílové skupiny.

Tato práce může být dobrým přínosem pro všechny, kdo zde chtějí pracovat, mohou se tak podívat, jaká je náplň práce jednotlivých profesí, jaká může mít rizika práce v multidisciplinárním týmu a v neposlední řadě, jak vidí několik zaměstnanců jednoho CDZ svou práci v pozitivních a negativních.

11 Seznam literatury

- 1) ANTHONY, W., 1993. Recovery from Mental Illness: the Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23 s., doi: <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- 2) BÄHLER, M. et al., 2010. *FACT Fidelity Scale. Woerden: Certification Centre for ACT and FACT (CCAF) [online]*. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Fact-Fidelity-Scale_v2010_CZ_revize-2017_FINAL.pdf
- 3) BACHRACH, L. L., 1993. The Biopsychological Legacy of Deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*. 44(6), 523-524 s., doi: <https://doi.org/10.1176/ps.44.6.523>
- 4) BECHYŇOVÁ, V. a KONVIČKOVÁ, M., 2008. *Sanace rodiny*. Praha: Portál. 152s. ISBN: 978-80-7367-392-5
- 5) CUMIN, D. et al., 2016. Information Transfer in Multidisciplinary Operating Room Teams: a Simulation-based Observational Study. *BMJ QUALITY & SAFETY*. 26(3), 209-216 s., doi: 10.1136/bmjqs-2015-005130
- 6) DRUCKER, P. F., 2008. *Efektivní vedoucí*. Praha: Management Press. 208 s. ISBN: 978-80-7261-189-8
- 7) DUŠEK, K., a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. 648 s. ISBN: 978-80-247-4826-9
- 8) FAN, Y., et al., 2019. Feasibility of Peer Support Services among People with Severe Mental Illness in China. *BMC Psychiatry*, 19:360, doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2334-x>
- 9) FM solutions, a.s., 2015. *Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR [online]*. Praha: FM solutions, a.s. [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Anal%C3%BDza-vlivu-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De-na-oblast-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb-v-%C4%8CR.pdf>
- 10) FOITOVÁ, Z. a STUHLÍK, J., 2015. *Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů [online]*. Praha: Centrum pro rozvoj o péče o duševní zdraví [cit. 2020-12-12]. Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu_PK-Praha_2015.pdf

- 11) FOITOVÁ, Z., et al., 2016. *Manuál zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví [online]*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf
- 12) FOITOVÁ, Z., et al., 2017. *Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech [online]*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf
- 13) GAITZ, C. M., 1987. Multidisciplinary Team Care of the Elderly: The Role of the Psychiatrist. *The Gerontologist*. 27(5), 553-556, doi: 10.1093/geront/27.5.553
- 14) HEJZLAR, P., 2009. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 10(5), 226-230 s. [cit 27-02-2021]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>
- 15) HRDÁ, K., 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder, 65 s. ISBN 978-80-907190-1-9
- 16) INTAGLIATA, J., 1982. Improving the Quality of Community Care for the Chronically Disabled: The Role of Case Management. *Schizophrenia Bulletin*. 8(40), 655-674, doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/8.4.655>
- 17) JANEČKOVÁ, H., 2013. Zdravotně-sociální péče v individuálním projektu MPSV Inovace systému kvality sociálních služeb [online]. *Zdravotnické noviny*. [cit. 04-04-2021] Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zdravotnicke_noviny_clanek.pdf/5e1fa747-4da3-3848-5acd-475b42145119
- 18) JANKOVSKÝ, J., 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka [online]. IN MPSV. *Sešit sociální práce: Sociální pracovníci v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV [cit. 04-04-2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>

- 19) JONES, A., 2006. Multidisciplinary Team Working: Collaboration and Conflict. *International Journal of Mental Health Nursing*. 15(1), 19-28. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00400.x>
- 20) KODYMOVÁ, P., 2015. *Sešit sociální práce: Sociální pracovníci v multidisciplinárním týmu* [online]. Praha: MPSV [cit. 04-04-2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
- 21) KORTRIJK, H. et al., 2019. Trajectories of Patients with Severe Mental Illness in Two-year Contact with Flexible Assertive Community Treatment Teams Using Routine Outcome Monitoring Data: An Observational Study. *PLoS ONE*, 14(1), 1-16, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207680>
- 22) KOUBOVÁ, M., 2018. *Kulatý stůl ZD: Transformace léčeben bude sisyfovská práce. Zkomplikuje ji nedostatek lidí i odliv financí z následných lůžek* [online]. Praha: Zdravotnický deník [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/05/kulaty-stul-zd-transformace-leceben-bude-sisyfovska-prace-zkomplikuje-nedostatek-lidi-i-odliv-financi-naslednych-luzek/>
- 23) LÁTALOVÁ, K., 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 978-80-247-3125-4
- 24) LEXÉN, A., SVENSSON, B., 2016. Mental Health Professional Experiences of the Flexible Assertive Community Treatment Model: a Grounded Theory Study. *Journal of Mental Health*. 25(4), 379-384, doi: 10.1080/09638237.2016.1207236
- 25) MAHROVÁ, G. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 176 s. ISBN: 978-80-247-2138-5
- 26) MÁCHA, J., 2014. *Koncepce psychiatrické péče na území Jihočeského kraje – Centra duševního zdraví a komunitní služby* [online]. České Budějovice: Jihočeský kraj [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: https://www.kraj-jihocesky.cz/ku_file/139289/0
- 27) MALÁ, E., 2005. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada. 196 s. ISBN: 80-247-0737-3.
- 28) MARKOVÁ, E. et al., 2005. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN: 80-247-1151-6.

- 29) Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví* [online]. Praha: MPSV [cit 26-01-21]. Dostupné z: [e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c \(mpsv.cz\)](https://www.mpsv.cz/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c)
- 30) Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: MZ ČR [cit 26-02-2021]. Dostupné z: SRPP_publicace_3v_on.indd (fokuslabe.cz)
- 31) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019a. *Průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: [PrůvodceReformou_komplet.cdr \(mzcr.cz\)](https://www.mzcr.cz/PruvodceReformou_komplet.cdr)
- 32) Ministerstvo zdravotnictví, 2016. Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ) [online]. *Věstník MZ ČR*, částka 5/2016, 35-45 s. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: [Standard_CDZ_final.pdf \(cmhd.cz\)](https://www.cmhd.cz/Standard_CDZ_final.pdf)
- 33) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2017. *Příručka jazyka zotavení* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 04-12-2020]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/38545/Prirucka_jazykazotaveni.pdf
- 34) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2019. *Základní principy péče poskytované v CDZ* [online]. Praha: Reforma péče o duševní zdraví [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D.6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf
- 35) MUELLER-STIERLIN et al., 2020. Effectiveness and Cost-effectiveness of a Community-based Mental Health Care Programme (GBV) for People with Severe Mental Illness in Germany: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *Trials*. 21:598, doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04492-y>
- 36) MZ ČR, 2017. Informace o projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví I. Praha: MZ ČR [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné online: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-vzniku-center-dusevniho-zdravi-i/>
- 37) MZ ČR, 2018. Informace o projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví II. Praha: MZ ČR [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné online: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-vzniku-center-dusevniho-zdravi-ii/>

- 38) MZ ČR, 2019. Informace o projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III. Praha: MZ ČR [online]. [cit. 2021-02-17]. Dostupné online: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-vzniku-center-dusevniho-zdravi-iii/>
- 39) MZ ČR, 2020. *Národní akční plán duševní zdraví 2020-2030* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
- 40) NIELSEN, C. M. et al., 2020. *The Effect of Flexible Assertive Community Treatment in Denmark: a Quasi-experimental Controlled Study*. The Lancet Psychiatry, online Copenhagen Research Center for Mental Health (CORE), Mental Health Center Copenhagen, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark, doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30424-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30424-7)
- 41) NUGTER, M. et al., 2016. Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: a Prospective Real Life Study. *Community Ment Health Journal*. 52(8), 898–907 s., doi: 10.1007/s10597-015-9831-2
- 42) PASZ, J. a PLECHATÁ, A., 2020. *Normální šílenství: Rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: HOST – vydavatelství, s.r.o. 542 s. ISBN: 978-80-275-0560-9.
- 43) PĚČ, O., 2008. Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu komunitní péče o duševně nemocné. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2/2008, 78-84 s. [cit 26-02-2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/296770610_Navr_h_novelizace_Koncepce_oboru_psychiatrie_z_pohledu_komunitni_pece_o_dusevne_nemocne
- 44) PRAŠKO, J. et al., 2015. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál. 360 s. ISBN: 978-80-262-0900-3
- 45) Psychiatrická společnost ČLS JEP, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: Galén [cit 07-12-2020]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
- 46) RABOCH, J. a WENIGOVÁ, B., 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a*

- zahraničí) [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost [cit 21-02-21].
Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf
- 47) ŘÍČAN, P., 2019. *Předběžná analýza bariér pro zapojování peer konzultantů do akutní péče v ČR* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Analyza-zapojovani-PK-na-akutni-oddeleni.pdf>
- 48) SCHNATZ, J., 2019. *FACT: The Netherland's Flexible Assertive Community Treatment for Mental Illness (2003 – ongoing)* [online]. Velká Británie: Centre for Public Impact A BCG FOUNDATION [cit 13-01-2021]. Dostupné z: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/fact-netherlands-flexible-assertive-community-treatment-mental-illness-2003-ongoing/#nav-1>
- 49) SCHRANK, B. a SLADE, M., 2007. Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. 31, 321-325 s., doi: 10.1192 / pb. bp.10 6.013 4 25
- 50) SOOD, L. et al., 2017. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Model in Specialist Psychosis Teams: an Evaluation. *BJPsych Bulletin*. 41(4), 192-196, doi: <https://dx.doi.org/10.1192%2Fpb.bp.116.053967>
- 51) STUHLÍK, J. a WENIGOVÁ, B., 2007. Vzdělávací potřeby praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v oblasti péče o duševně nemocné [online]. *Medicina pro praxi* [cit. 2021-03-15]. 4(12), 519-520. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/12/08.pdf>
- 52) SVENSSON, B., et al., 2017. What Matters When Implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish Healthcare Context: A Two-year Implementation Study. *International Journal of Mental Health*. Vol. 46, No. 4, 284-298 s.. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1345041>
- 53) SVENSSON, B., et al., 2018. Outcomes of Client in Need of Intensive Team Care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*. 72(3), 226-231 s., doi: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168>
- 54) TAJANOVSKÁ, A., 2015. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti [online]. IN MPSV. *Sešit sociální práce: Sociální pracovní v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV [cit. 04-04-2021]. Dostupné z:

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>

- 55) The College of Psychiatrists of Ireland, ©2018. *What is a Multidisciplinary Team?* [online] [cit. 04-04-2021]. Dostupné z: <https://www.irishpsychiatry.ie/external-affairs-policy/public-information/what-is-a-multidisciplinary-team/#1578400539844-7cbbdc98-5cb7>
- 56) THOEGERSEN, M. H. et al., 2019. Assertive Community Treatment Versus Standard Treatment for Severely Mentally Ill Patients in Denmark: a Quasi-experimental Trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. 73(2), 149-158 s., doi: <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1576765>
- 57) Tiskové oddělení MPSV, 2019. *Ministryně Maláčová a ministr Vojtěch se dohodli na dalším postupu v oblasti sociálně zdravotního pomezí* [online]. Praha: MPSV. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/511219/TZ_-_Reforma_pece.pdf/2f612d65-d00e-0a2e-9c1b-979b88128a08
- 58) ÚZIS ČR, 2019. *Zdravotnická statistika: Psychiatrická péče 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-183-0
- 59) ÚZIS ČR, 2021. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání [online]. [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
- 60) VELDHUIZEN, J. a BÄHLER, M., 2017. *Manuál Flexible ACT [Manual Flexible ACT]* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s. [cit. 2020-12-04]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf
- 61) VODÁČKOVÁ, D. et al., 2012. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 544 s. ISBN: 978-80-262-0212-7
- 62) WINKLER, P. et al., 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 69 s. ISBN: 978-80-87142-21-9
- 63) WOOD, L., et al., 2019. The Role of Psychology in Multidisciplinary Psychiatric Inpatient Setting: Perspective from the Multidisciplinary Team. *The British Psychological Society*. 92, 554-564, doi:10.1111/papt.12199

12 Přílohy

12.1 Příloha č. 1

Osnova k hloubkovým rozhovorům

Role členů:

Jaké jsou role jednotlivých členů multidisciplinárního týmu?

- Jak vnímáte svou roli v CDZ?
- Jak si myslíte, že se liší Vaše role v multidisciplinárním týmu oproti práci, kde jsou podobné profese?
- Jak odpovídá reálná role Vaší profese oproti Vašemu očekávání při vstupu do týmu?

Očekávání od ostatních profesí:

Jaká jsou očekávání členů multidisciplinárního týmu ve vztahu k jednotlivým zapojeným profesím?

- Jak vnímáte důležitost jednotlivých profesí v týmu?
- Jak se vyznáte v jednotlivých rolích ostatních profesí?

Popis své práce a zhodnocení

Jak popisují jednotliví členové multidisciplinárního týmu svou práci a jak ji hodnotí?

- Jak vypadá Váš typický den v práci?
- Co všechno děláte v rámci své profese?
- Jak se shoduje daná náplň práce s Vaší reálně konanou činností?

Fungování v týmu

Jak probíhá spolupráce mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu?

- Jak hodnotíte spolupráci sociální a zdravotní části týmu?
- Jaká úskalí tato spolupráce přináší?
- Jaké přínosy má tato spolupráce?
- Jaké jsou metody postupu spolupráce?
- Kdo má ‚hlavní slovo‘ v rámci rozhodování péče? – popř. kdo rozhoduje?