

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Michaela Vitásková, DiS.

*Role sociálního pracovníka v terénním
multidisciplinárním týmu pro péči o osoby
s duševním onemocněním v regionu Opava
v návaznosti na reformu psychiatrické péče.*

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2018

Prohlášení

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

V Háji ve Slezsku, 16. dubna 2018

.....

Bc. Michaela Vitásková, DiS.

Poděkování

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Mgr. Liboru Novosádovi, PhD., za vstřícné vedení, cenné rady a čas, který mi věnoval. Děkuji také mému manželovi, synovi Kubíčkově a celé své rodině, za jejich nekonečnou oporu během celého mého studia.

Obsah

Úvod

1 Duševní onemocnění a sociální práce.....	9
1.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F 20 – F 29).....	11
1.1.1 Projevy a prožívání nemoci.....	12
1.1.2 Sociální dopad.....	13
1.2 Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F 30 – F 39).....	16
1.2.1 Projevy a prožívání nemoci.....	16
1.2.2 Sociální dopad onemocnění.....	18
1.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F 40 – F 48).....	18
1.3.1 Projevy a prožívání nemoci.....	19
1.3.2 Sociální dopad nemoci.....	20
1.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F 60 – F 69).....	21
1.4.1 Projevy a prožívání nemoci.....	21
1.4.2 Sociální dopad nemoci.....	22
1.4.3 Příklad dobré praxe: Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	24
2 Reforma psychiatrické péče.....	32
2.1 Dokumenty podporující reformu psychiatrické péče.....	32
2.1.1 Projekt Mapování stavu psychiatrické péče.....	35
2.2 Strategie reformy psychiatrické péče.....	37
2.3 Centrum duševního zdraví.....	40
2.3.1 Centrum duševního zdraví bez nepřetržité krizové pomoci.....	42
2.3.2 Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou pomocí.....	43
2.4 Multidisciplinární přístup.....	44
2.5 Recovery.....	45
3 Komunitní sociální práce a Case management.....	50
3.1 Sociální práce.....	50
3.2 Komunitní sociální práce.....	51
3.2.1 Příklad dobré praxe – Velká Británie: Komunitní týmy.....	54
3.3 Case management.....	58
3.3.1 Úkoly Case managera.....	60
3.3.2 Modely Case managementu.....	62
3.3.3 Příklad dobré praxe – Nizozemí: Flexible Assertive Community Treatment, FACT (Dutch version of ACT teams).....	66
3.3.4 Příklad dobré praxe – Norsko: Flexible Committed, Community Collaboration – The C-Flex Mod.....	69
4 Hodnocení a naplňování potřeb osob s duševním onemocněním.....	71
4.1 Činnost sociálního pracovníka.....	71
4.2 Specifické potřeby osob s duševním onemocněním.....	72
4.3 Hodnocení potřeb osob s duševním onemocněním.....	73
4.4 Oblasti naplňování potřeb osob se závažným duševním onemocněním.....	75
4.4.1 Příklad dobré praxe: Zapojení osob s duševním onemocněním do pracovního procesu – Projekt FOKUSu – Opava, z. s.....	79
5 Role sociálního pracovníka v opavském terénním multidisciplinárním týmu.....	85
Kvalitativní výzkumná studie.....	88
Rozhovor.....	89

Vyhodnocení rozhovorů.....	91
Shrnutí strukturovaného rozhovoru a neformálního rozhovoru.....	108
Analýza dokumentu.....	110
Charakteristika dokumentu: Metodika multidisciplinárního týmu.....	112
Shrnutí analýzy dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu.....	121
Ilustrace průběhu spolupráce s klientem.....	123
Závěr.....	130
Bibliografický seznam.....	134
Přílohy.....	140

Úvod

Reforma psychiatrické péče je v současné době velice diskutovanou otázkou nejen mezi odborníky na problematiku duševního zdraví. Reforma psychiatrické péče započala podepsáním dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče, která byla podepsána 7. října 2013, tehdejším ministrem zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem, MBA. „Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že psychiatrická péče v České republice nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a jako zdravotní obor se potýká s dlouhodobou podfinancovaností. Stávající systém péče má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 5). Obecným cílem reformy psychiatrické péče je zlepšení kvality života osob se závažným duševním onemocněním, přičemž hlavními nástroji při naplňování tohoto cíle je „restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči. Reforma jakožto dlouhodobý proces bude probíhat (dle zkušeností ze zahraničí) téměř dvacet let (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 5-6).

S reformou psychiatrické péče úzce souvisí téma této diplomové práce. Základní změna, která proběhne v systému péče o osoby se závažným duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované, vzájemně propojené zdravotně sociální péče. Systém péče o osoby se závažným duševním onemocněním bude tvořen regionální, provázanou, koordinovanou, kontinuální sítí služeb, jejíž fungování bude vycházet z multidisciplinárního přístupu (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 7). Multidisciplinární přístup je přístupem, ve kterém dochází ke koordinaci a spolupráci různých profesí, napříč službami a v rámci komunity. Součástí multidisciplinárního týmu jsou psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a peer konzultanti.

Diplomová práce se bude věnovat postavení sociálního pracovníka v terénním multidisciplinárním týmu pro péči o osoby se závažným duševním onemocněním.

Cílem diplomové práce je zjistit, jakou roli má sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu v Opavě, který vznikl na základě spolupráce nestátní neziskové organizace FOKUS – Opava, z. s. a Psychiatrické nemocnice Opava, p. o.

Diplomová práce je teoreticky orientovaná, koncipovaná jako analýza dostupné literatury, přičemž následná syntéza získaných poznatků by měla vytvořit ucelený přehled o problematice multidisciplinárního přístupu v péči o osoby se závažným duševním onemocněním, který je základem pro práci s touto cílovou skupinou v návaznosti na reformu psychiatrické péče.

Teoretická část diplomové práce se bude věnovat tématu duševního onemocnění v kontextu jeho projevů, prožívání a sociálního dopadu. Druhá kapitola bude popisovat reformu psychiatrické péče v České republice, její strategie, centra duševního zdraví, multidisciplinárnímu přístupu a recovery (zotavení). Třetí kapitola je věnována komunitní sociální práci a Case managementu (případovému vedení) a čtvrtá kapitola poté uvede do problematiky specifických potřeb osob se závažným duševním onemocněním a jejich hodnocení. Teoretická část diplomové práce je ve třech kapitolách (první, třetí a čtvrtá kapitola) doplněna praktickým příkladem, nazývaným Příklad dobré praxe. Příklady dobré praxe popisují konkrétní způsob hodnocení klientovy úrovně psychických, sociálních a pracovních funkcí (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) (kapitola první), dalším z praktických příkladů dobré praxe je příklad nizozemského a norského Case managementu (kapitola třetí) a Příklad dobré praxe opavského FOKUSu – Opava, z. s. z oblasti naplňování potřeb osob se závažným duševním onemocněním v oblasti pracovního uplatnění (kapitola čtvrtá).

Praktická část diplomové práce se již bude věnovat roli sociálního pracovníka v opavském terénním multidisciplinárním týmu, přičemž v úvodu této části diplomové práce bude popsáno, jakým způsobem započala reforma psychiatrické péče v Opavě a dále bude krátce představena nezisková organizace FOKUS – Opava, z. s. Praktická část bude výzkumnou studií, založenou na kvalitativním výzkumu. Případem výzkumného zájmu budou sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu. Jako zdroj dat bude sloužit strukturovaný rozhovor se sociálními pracovnicemi terénního týmu, neformální rozhovor se sociální pracovníci terénního týmu a dokument Metodika multidisciplinárního týmu. Výstupem z praktické části diplomové práce bude

návrh rozšíření stávající Metodiky multidisciplinárního týmu, se zaměřením na vyzdvižení postavení sociálního pracovníka v tomto týmu.

1 Duševní onemocnění a sociální práce

První kapitola diplomové práce se bude věnovat jednotlivým duševním onemocněním z diagnostických okruhů popisujících závažné duševní onemocnění (Serious/Severe Mental Illness). Klienti z této cílové skupiny jsou v péči terénního multidisciplinárního týmu. V textu budou popsány projevy a prožívání onemocnění, a také sociální dopad těchto duševních onemocnění. Pro pracovníky terénního multidisciplinárního týmu je velice důležité mít teoretické znalosti a povědomí o jednotlivých závažných duševních onemocněních, protože je poté ve své praxi využívají ku příkladu k posouzení klientovy úrovně psychických, sociálních a pracovních funkcí a také při následném vyhodnocování funkčního narušení v těchto oblastech. V závěru této kapitoly je uveden Příklad dobré praxe, ve kterém jsou popsány kritéria k určení takzvaného funkčního stavu klienta, jež je rozhodující pro přijetí klienta do péče terénního multidisciplinárního týmu.

Klasifikaci závažných duševních onemocnění popisuje desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Sociální pracovník pro svou práci s touto cílovou skupinou potřebuje rozlišit jaké jsou nejdůležitější příznaky duševních poruch. MKN-10 je pro sociálního pracovníka průvodcem v oblasti duševních onemocnění, protože popisuje nejen symptomy, syndromy a diagnózy v oblasti duševních onemocnění, ale také jejich průběh či dopad tohoto onemocnění na život člověka (Probstová, Pěč, 2014, s. 20). Díky této klasifikaci může sociální pracovník lépe pochopit klienty a dokáže si představit, co klienti prožívají a co může být podstatou jejich chování. Pro práci sociálního pracovníka je nezbytné, aby se s MKN-10 seznámil, aby byl co nejlépe připraven na práci s touto cílovou skupinou, aby věděl, že v průběhu jeho působení na klienta bude docházet k různým zvrátům z toho důvodu, že duševní onemocnění má jistou dynamiku (Probstová, Pěč, 2014, s. 22). V tabulce níže, autorka uvádí výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch dle MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování jsou popsány v páté kapitole, která obsahuje jedenáct oddílů.

V. kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu - oddílu
F 00 – F 09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F 10 – F 19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoafektivních látek
F 20 – F 29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F 30 – F 39	Afektivní poruchy (poruchy nálad)
F 40 – F 48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F 50 – F 59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F 60 – F 69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F 70 – F 79	Mentální retardace
F 80 – F 89	Poruchy psychického vývoje
F 90 – F 98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání
F 99	Neurčená duševní porucha

Tabulka č. 1 Výchet diagnostických kategorií duševních poruch, V. kapitola, volně dle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2018 [online]).

Pro účely mé diplomové práce bych ráda blíže vymezila cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním, jež je v zahraniční literatuře označována jako Serious/Severe Mental Illness (dále jen SMI, závažné duševní onemocnění). Této cílové skupině budou věnovány i následující kapitoly, zejména pak kapitola o reformě psychiatrické péče v České republice.

Serious/Severe Mental Illness (SMI)

Prvním kritériem pro určení, zda duševní onemocnění patří mezi SMI je vymezení diagnostického okruhu, přičemž zde spadají diagnózy F2 (respektive F 20 – F 29), F3 (respektive F 30 – F 39). Do tohoto diagnostického okruhu je možné zařadit také F4 (respektive F 40 – F 48) a F6 (respektive F 60 – 69). (Níže uvádím tabulku diagnostických okruhů dle MKN-10.) Dalším kritériem SMI je jeho trvání déle než dva roky a třetím kritériem je funkční narušení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Klinickým nástrojem pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění je skóre Global Assessment of Functioning (GAF).¹ Funkční narušení znamená skóre GAF \leq 50

1 Více ke GAF viz. podkapitola 1.5 Příklad dobré praxe.

(Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, s. 7-8).

V. kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu - oddílu
F 20 – F 29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F 30 – F 39	Afektivní poruchy (poruchy nálad)
F 40 – F 48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F 60 – F 69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Tabulka č. 2 Charakteristika SMI, volně dle MKN-10 (ÚZIS ČR, 2018 [online]).

Vzhledem k povaze diplomové práce, budou v následujícím textu blíže popsány diagnostické okruhy F 20 – F 29 a F 30 – F 39, další diagnostické okruhy budou zmíněny okrajově.

1.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F 20 – F 29)

Schizofrenie (F 20) „patří do širšího okruhu onemocnění, které obecně nazýváme psychózy, čili stavy, při kterých dochází k poruše kontaktu s realitou“ (Látalová, Praško, 2012, s.11). Slovo schizofrenie pochází z řečtiny a označuje rozštěpení duše. Tento pojem se začal používat na základě mylné představy o tom, že člověk, který takto onemocní má rozdvojenou osobnost (Jarolínek, 1996, s. 7). Při tomto onemocnění dochází k narušení myšlení a vnímání, ale také chování a citů. Rozlišujeme schizofrenii paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferenciovanou, reziduální, schizofrenii simplex, dále postschizofrenní deprese, jinou schizofrenii či schizofrenii nespecifikovanou (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 203-204). „Schizofrenie má mnoho různých příznaků a symptomů, které se mohou objevovat v různých kombinacích a s různou mírou závažnosti, a navíc se mohou během života měnit. Příznaky schizofrenie ovlivňují způsob myšlení, vnímání, cítění a jednání“ (Praško, Bareš, Horáček, Mohr, Motlová, Seifertová, Španiel, 2008, s. 12).

1.1.1 Projevy a prožívání nemoci

Nejčastější formou schizofrenie je **schizofrenie paranoidní** (F 20.0), která je doprovázena halucinacemi či bludy. Klient může mít pocity, že mu nějaká osoba chce ublížit, ve svém přirozeném prostředí se cítí v nebezpečí, má pocity, že je sledován, pozorován, že ho někdo odposlouchává, že je někým ovlivňován, pocit, že ho někdo pomlouvá aj. (Látalová, Praško, 2012, s.15-16).

Hebefrenní schizofrenie (F 20.1) je doprovázena emoční labilitou či neadekvátními emočními projevy v oblasti myšlení a emocí a v oblasti chování se vyznačuje manýrovanou řečí, bizarním chováním s prvky nedospělosti (Probstová, Pěč, 2014, s. 53). Tento typ schizofrenie se vyskytuje zejména v období dětství a dospívání (okolo 20 let) a v dospělosti se mění v jiný typ schizofrenie. Projevem je zanedbávání povinností, používání vulgarismů, filozofování, vtipkování či podivínství. Klient se může jevit jako nevychovaný, roztěkaný, je nápadně hlučný a jeho řečový projev je nesouvislý. Léčba tohoto typu schizofrenie je komplikovaná (Látalová, Praško, 2012, s.16).

Katatonní schizofrenie (F 20.2) se v současné době diagnostikuje méně často a mezi její doprovodné znaky patří porucha psychomotoriky. Tento stav bývá označován jako katatonní stupor, jehož znakem je tak zvaná vosková ztuhlost (Probstová, Pěč, 2014, s. 53). Příčinou této ztuhlosti jsou hlasy, které klientovi zakazují, aby se hýbal. Jiným stavem oproti stuporu může být tak zvaný stav produktivní, při němž se klient na příklad stereotypně pohybuje (pohupuje) či se velice neorganizovaně hýbe či zaujímá nezvyklé tělesné pozice a postoje. Někdy se okolí může zdát, že se klient chová jako robot (automaticky plní to, co po něm okolí žádá). Léčba tohoto typu schizofrenie má dobrou prognózu (Látalová, Praško, 2012, s.16-17).

Schizofrenia simplex, neboli **simplexní schizofrenie** (F 20.6), je sice méně častá, ale z důvodu pomalého rozvoje bývá její prognóza velice závažná. Projevem této schizofrenie je ztráta zájmů či úbytek vůle (Probstová, Pěč, 2014, s. 53). Simplexní schizofrenie se může objevit již okolo patnácti let věku a projevuje se spíše negativními příznaky (citová otupělost, abulie – ztráta vůle a iniciativy, anhedonie – neschopnost příjemného prožívání), dochází k ztrátě zájmů, klient je sebestředný, pasivní, dochází

ke snížení slovní zásoby a potíží při studiu či v práci (ztráta výkonnosti) (Látalová, Praško, 2012, s.17).

Schizotypální porucha (F 21) se vyznačuje „výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 204).“ Pro tuto poruchu je typické, že se příznaky rozvíjejí minimálně dva roky. Mezi příznaky může patřit na příklad „citový chlad, vztahovačnost, sociální stažení, pocity odtažení se od sebe a od světa (depersonalizace a derealizace) a přechodné psychotické epizody“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 41)

Mezi **poruchy s trvalými bludy** (F 22) řadíme různé poruchy, u kterých se objevují bludy, které přetrvávají několik měsíců (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 205). Při tomto onemocnění se u klientů může postupně vyvinout jeden či více bludů, jejichž obsahem je většinou pronásledování, žárlivost či křivda (Probstová, Pěč, 2014, s. 41).

Existuje skupina **akutních a přechodných psychotických poruch** (F 23), pro kterou je typický „náhlý výskyt psychotických symptomů, jako jsou bludy, halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování“ (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 205). „Příznaky nasedají na nějakou proběhlou stresovou situaci, trvají méně než jeden měsíc a vyznačují se obvykle měnlivostí různých příznaků psychózy“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 41). Akutní porucha může mít několik podob – bez schizofrenních symptomů, se symptomy schizofrenie, ale může být také pouze schizofrenii podobná (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 206).

Schizoafektivní poruchy (F 25) se vyznačují zejména svou epizodovostí, kdy můžeme sledovat typ manický, depresivní, či smíšený (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 207). Tato porucha se „vyznačuje současným výskytem příznaků schizofrenie a afektivní poruchy (deprese nebo mánie). Mezi atakami jsou období spíše bezpříznakové (plné) remise a oproti schizofrenii má tato porucha lepší prognózu“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 41).

1.1.2 Sociální dopad

U schizofrenie se setkáváme s rozdělením příznaků tohoto onemocnění na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní. Mezi **pozitivní příznaky** se řadí halucinace (poruchy kvality vnímání), bludy (změny myšlení – falešné představy)

a poruchy chování (neklid, zrychlení, agresivita, zvláštnosti v chování, bizarní oblékání). **Negativními příznaky** jsou problémy v motivaci (snížení až vymizení), ztráta zájmu (o cíle, plány, zájmy), problémy v citovém prožívání, ztráta zájmu o sociální kontakty, problémy v komunikaci, porucha koncentrace pozornosti, problémy v oblasti rozhodování a plánování, volní problémy (oslabení až ztráta vůle). Mezi **kognitivní příznaky** patří poruchy kognitivních (poznávacích) funkcí (pozornost, paměť, učení) (Praško a kol., 2005, s. 12-17). U některých klientů trpících schizofrenií se může objevovat bizarní chování, při kterém se chovají podivně či překračují společenské mravy, dělají zvláštní či nevhodná gesta, či zauímají podivné postoje (Látalová, Praško, 2012, s. 18).

Pozornost a myšlení

Vlivem nemoci dochází k poruchám v oblasti pozornosti, myšlení, soustředění a paměti. Myšlení ztrácí logickou provázanost a skloubenost, je nesouvislé, může docházet k myšlenkovým zárazům. Myšlení klientů je ovlivňováno různými bludy (nevývratná, nereálná přesvědčení), na příklad blud pronásledování, megalomaničtý, blud o významném původu, bludy s náboženským obsahem. Dochází k bludnému vnímání, které bývá spojeno s úzkostí. V myšlení se také objevuje nedostatečný náhled či ztráta náhledu na nemoc, což může být překážkou v zapojení klienta do léčby či sociální nebo pracovní rehabilitace. Celkově může dojít ke zhoršení spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem. V případě, že i přes nedostatek náhledu sociální pracovník aktivně zapojí klienta na příklad do jednoduché pracovní rehabilitace, můžeme hovořit o tak zvané sociální úzdravě (Probstová, Pěč, 2014, s. 49-51). Obecně je myšlení narušeno do takové míry, že myšlenky působí jako rozvolněné, netvoří kompaktní, souvislý celek a nedává smysl ani klientovi, ani jeho okolí (Látalová, Praško, 2012, s. 13).

Vnímání

U klientů můžeme pozorovat poruchy vnímání, respektive výskyt různých druhů smyslových halucinací. Zrakové, čichové, chuťové, tělové či sluchové halucinace jsou vjemy bez jasného zevního podnětu. Mezi nejčastější halucinace řadíme tak zvané hlasy (hlasové, intrapsychické halucinace), které mohou komentovat či přikazovat a většinou

přichází jakoby z nitra mysli než z vnějšího prostředí (Probstová, Pěč, 2014, s. 51). Klienti pociťují, jako by jim myšlenky byly někým odnímány nebo vnučovány a jako by někdo jejich myšlenky opakoval nahlas (Praško a kol., 2005, s. 13).

Pozornost, paměť, učení

Poruchy kognitivních funkcí mají „za následek selhávání v každodenních činnostech, v práci, při studiu i v kontaktu s lidmi, v běžných situacích. Klient se nedokáže soustředit, nedokáže odlišit podstatné od nepodstatného, nedokáže pochopit informace a dále je zpracovávat. Klient má obtíže naplánovat si činnost nebo ji uskutečnit, řešit problémy. (...) Klienti, kteří mají závažné poruchy kognitivních funkcí nejsou schopni vrátit se zpět do práce či ke studiu i přesto, že jejich bludy a halucinace byly zaléčeny“ (Praško a kol., 2005, s. 16). Poruchy paměti negativně ovlivňují klientovo fungování v běžných sociálních situacích a v komunikaci, a poruchy pozornosti se odrážejí ve špatné výkonnosti (Praško a kol., 2005, s. 17).

Afektivita

Citový život klientů bývá často ochuzen, prožívají pocity úzkosti či zlosti a často se uchylují do svého vnitřního světa a snaží se izolovat od okolního světa. Může se stát, že se po první atace objeví postschizofrenní deprese, která je doprovázena „pocity méněcennosti, beznaděje, selhání, obav z možné špatné prognózy nemoci, sociálního vyloučení a stigmatizace“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 52).

Somatické stavy

„Somatické stavy u schizofrenie zahrnují neurčité stavy celkové fyzické slabosti, drobné nespecifické neurologické projevy. Někdy dlouhodobé tenzní bolesti hlavy nebo chronické bolesti pohybového aparátu bez organického podkladu mohou být obranou vůči pocitovému a myšlenkovému vyprázdnění (tzv. negativní hypochondriáza). Jindy mohou tělesné příznaky navazovat na bludná přesvědčení či tělové halucinace (hniající střeva, explodující hlava, elektrizovaná páteř aj.)“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 52).

1.2 Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F 30 – F 39)

Pro poruchy nálady je typické jejich směřování k depresi nebo naopak k euforii, přičemž jsou změny v náladě doprovázeny změnou ve fyzické výkonnosti klienta. Většina poruch nálad má tendenci k recidivě. „Afektivní poruchy patří k nejčastějším psychickým onemocněním. I když je jejich průběh v mnoha případech příznivý, zvláště u dlouhodobě probíhajících depresivních a bipolárních onemocněních mohou vzniknout významná psychosociální omezení. Intervence sociálního pracovníka zde významnou měrou přispívají ke zlepšení kvality života těchto lidí“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 89).

1.2.1 Projevy a prožívání nemoci

Manie

Projevem manie je „zvýšená veselost až rozjařenost, zvýšená aktivita, může být přítomna i podrážděnost, agresivita (spíše verbální), klient má zvýšené sebevědomí, přeceňuje jak sebe tak své možnosti a schopnosti. Objevují se také somatické poruchy jako poruchy spánku (pocit, že spánek není třeba), poruchy příjmu potravy (na jídlo není čas), ale také kognitivní poruchy jako na příklad tak zvané zrychlené myšlení, po povrchu jdoucí, nepřesné, někdy dosahující kvalit myšlenkového trysku. Řeč je zrychlená, proložená žertováním, často nepřiměřeným běžné situaci člověka. Častá je nesoustředivost, objevuje se řada myšlenek, nápadů, jejichž kvalita je přeceňována. Vnějšími projevy poruch nálad bývá zvýšené psychomotorické tempo až agitovanost (bezcílné, neúčelné jednání, které může být doprovázeno motorickým neklidem), podnikavost (od záměrů na zbohatnutí, nakupování, cestování atd.), zvýšená sexuální podnikavost“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 69-70).

Při **manické fázi** (F 30) můžeme sledovat hypomanii, při které dochází pouze k mírnému zvýšení nálady, při mánii již pozorujeme nadměrně zvýšenou náladu, při které se mohou či nemusí objevit psychotické symptomy (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 208-209). Při mírné manické fázi (hypománii) dokáže klient normálně fungovat na příklad v práci. V této fázi má klient „subjektivně příjemný stav zvýšeného sebevědomí, sníženou potřebu spánku, pocit zvýšené úrovně energie, produktivity, zapojení se do aktivit. Okolím je tento stav většinou přijímán pozitivně, může to ovšem

vést k podcenění hrozby zvýraznění příznaků, či k odmítání medikace“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 70). Při těžké manické fázi již má klient bludy i halucinace.

Pro **bipolární afektivní poruchu** (F 31) je charakteristické, že se při ní objevují dvě či více fází narušení nálady, při kterých se u klienta vyskytují opakované ataky manie (bez či s psychotickými symptomy) či hypomanie s atakami lehké až střední deprese (bez či s psychotickými symptomy). Dle fází bipolární afektivní poruchy můžeme dále sledovat fázi smíšenou, ale i období, kdy je nemoc v remisi (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 209-201) .

Deprese

„Depresivní prožívání není spojeno jen se smutkem, lidé ho mohou popisovat jako velkou tenzi, bolestivé sevření, které je znehybňuje, únavu, která jim znemožňuje i několik dní vstát z postele či dodržovat základní hygienické návyky“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 76).

Depresivní fáze (F 32) při poruchách nálady může probíhat v lehké, středně těžké či těžké formě (při těžké formě bez či s psychotickými symptomy). Klient má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu, bývá unavený v důsledku narušení spánku. V depresivní fázi může klient začít výrazně hubnout z důvodu špatné chuti k jídlu (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 211). „Depresivní epizoda je definovaná obdobím nejméně dvou týdnů, během kterých člověk prožívá depresivní náladu anebo pokles zájmů v téměř všech životních aktivitách“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 78).

Periodická depresivní porucha (F 33) se vyznačuje tím, že se pravidelně opakují fáze deprese, přičemž krátce po depresivní fázi nastupuje krátká manie či hypomanie. Opět i zde můžeme sledovat lehkou, středně těžkou a těžkou fázi (při těžké formě bez či s psychotickými symptomy), či fázi remise (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 212-213).

Afektivní poruchy (poruchy nálady) mohou mít také **perzistentní (trvalou)** formu (F 34), která se vyznačuje kolísající náladou, přetrvávající několik let. Zde můžeme mluvit o tak zvané cyklothymii (dlouhotrvající depresivní období či období lehké manie) či dysthymii (chronické zhoršení nálady) (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 213). „Symptomy, kterými lidé trpí jsou obdobné jako v depresivní fázi, ale nejsou tak intenzivní. Podmínkou pro tuto diagnózu jsou dva roky průběžně trvající depresivní

nálady. Častěji tuto diagnózu mají lidé, kteří se léčí u ambulantních psychiatrů a zpravidla nevyžadují ani hospitalizaci, ani intervence sociálních pracovníků“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 78).

1.2.2 Sociální dopad onemocnění

„Po odeznění manické epizody může být bezprostřední dopad a poškození důsledky manického chování na život člověka devastující, ovlivňuje to i zvládnutí nemoci. Zvláště u bipolární poruchy mohou být socioekonomické dopady až tragické, a to nejen pro jedince, ale i pro jeho okolí: dluhy, neurovnané a přetřhané vztahy, komplikace spojené s pitím alkoholu, konzumací drog, někdy i trestná činnost. Tito lidé potřebují další pomoc (např. dluhové poradenství) a jsou častými klienty služeb poskytujících psychiatrickou rehabilitaci, ale k další konkrétní pomoc“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 70).

Depresivní epizody a jejich negativní symptomatika má výrazný dopad na sociální fungování klientů a na udržení společenských vztahů. Objevují se problémy v kognitivní oblasti – poruchy pozornosti, celkové zpomalení, problémy v komunikaci (udržení tématu konverzace, zpomalení tempa mluvy), zpomalení reakcí. Lze sledovat typické tělesné projevy jako schoulení těla při stání, neudržování očního kontaktu či strnulý výraz v obličeji. To vše ovlivňuje klientovo sociální zapojení do společnosti a může to způsobit na příklad problémy při hledání zaměstnání (Probstová, Pěč, 2014, s. 81).

1.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F 40 – F 48)

Neuróza je porucha adaptace vůči okolnímu světu i vůči sobě samému a vzniká působením psychosociálních vlivů, má mnoho příznaků (obavy, strach, úzkost, slabost, smutek aj.). Akutní neurózy jsou vyvolány nějakým psychickým traumatem, který klient prožije (Mahrová, Venglářová, Čadková-Svejkovská, Hronová, Chytil, Laštovice, Opatová, Valentová, Vojáčková-Kuncová, Vondrka, Knapp, 2008, s. 79-80).

1.3.1 Projevy a prožívání nemoci

Mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy řadíme fobické **úzkostné poruchy** (F 40). Pro tyto poruchy je typické, že u klientů vyvolávají strach/úzkost z určité situace, jedná se o agorafobii (strach z opuštění domova), sociální fobii (strach z posuzování ostatních), či další specifické fobie (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 214-215).

Jiné anxiózní/úzkostné poruchy (F 41) zahrnují poruchy vyznačující se epizodickou záchvatovitou úzkostí (panická porucha), generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu či jiné smíšené úzkostné poruchy (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 215-216).

Obsedantně kompulsivní/nutkavá porucha (F 42) se projevuje opakujícími se nutkavými činy (nutkavé rituály) či vtíravými myšlenkami (nápady, představy, popudy k činnosti), které mohou být oddělené (činy či myšlenky) či smíšené (činy i myšlenky) (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 216-217).

Odlíšnou kategorií poruch jsou **reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení**, které jsou vyvolány stresovou situací v životě klienta a vznikají jako reakce na těžký stres či trauma trvalého charakteru. Jedná se o akutní stresové reakce (na příklad psychický šok), posttraumatickou stresovou poruchu (opožděná odpověď na stresovou situaci), poruchy přizpůsobení (na příklad kulturní šok) (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 218-219).

Disociativní (konverzní) poruchy (F 44) se vyznačují „částečnou nebo úplnou ztrátou normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity a bezprostředních pocitů, a ovládnutí tělesných pohybů. Všechny typy disociativních poruch mají tendenci opakování po několika týdnech nebo měsících, zvláště jejich výskyt byl spojen s traumatizující životní událostí. (...) Příznaky často ukazují pacientovu představu o tom, jak má vypadat somatická choroba. Lékařské vyšetření neodhalí žádnou známou interní ani neurologickou poruchu“ (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 220). K těmto poruchám řadíme disociativní amnézii (ztráta nedávných vzpomínek), disociativní fugu/útěk (má formu amnézie ve spojení s účelným cestováním za hranice běžného denního života), disociativní stupor (snížení či ztráta odpovědi na vnější podněty bez somatických příčin), trans a posedlost (mimovolní nebo nechtěné), disociativní motorické poruchy (např. ztráta schopnosti pohybu celé

končetiny), disociativní záchvaty (podobné epileptickým záchvatům zejména v pohybech, ale nevyskytuje se kousnutí do jazyka, úrazy, pád či inkontinence moči, pouze vzácně), disociativní anestezie a ztráta citlivosti (spojena s pocity mravenčení kůže, necitlivé oblasti bývají ohraničeny). Tyto poruchy mohou být také smíšené (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 220-222).

Somatoformní poruchy se vyznačují tím, že si klient opakovaně stěžuje na jisté tělesné symptomy a vyžaduje vyšetření, nález je vždy negativní. Řadíme zde na příklad somatizační poruchu (symptomy trvají minimálně dva roky), hypochondrickou poruchu (klient je přesvědčen že má jednu či více nemocí), či perzistující somatoformní bolestivou poruchu (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 222-225).

Mezi **jiné neurotické poruchy** můžeme zahrnout na příklad neurastenii (první typ – únavnost, pokles výkonnosti; druhý typ – pocit tělesné či fyzické slabosti a vyčerpání), která je spojena s nepříjemnými pocity (závratě, bolest hlavy), depersonalizaci a derealizaci (vše je pro klienta neskutečné, vzdálené či automatické) (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 226).

1.3.2 Sociální dopad nemoci

Klienti trpící neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami dlouhodobě pociťují strach a mají nízkou sebedůvěru, často se také za své onemocnění stydí. Klient se může krátkodobě vyhýbat takovým situacím, které ho bezprostředně v danou chvíli ohrožují – dosáhne tak okamžité, ale na druhou stranu krátkodobé úlevy. Klienti díky těmto poruchám mívají své limity – jejich aktivity bývají velice omezené, a může dokonce dojít až k izolaci klienta ve svém domácím prostředí. Dopad tohoto onemocnění se poté projevuje jak v oblasti možného studia či pracovního uplatnění, tak v oblasti osobního života a partnerství (Probstová, Pěč, 2014, s. 95).

Klienti trpící panickou poruchou si často konstruují plány, jak se vyhnout situacím, ve kterých by mohli očekávat ataku či kontrolují prostředí ve kterém žijí, respektive osoby se kterými žijí (rodinu, děti) a mají snahu omezovat všechny společné aktivity, během kterých by pravděpodobně mohlo dojít k atace. V případě že klient, který má panickou poruchu a selže ve svém zaměstnání, okolí často neporozumí z jakého důvodu se tomu tak stalo (Probstová, Pěč, 2014, s. 89-99).

Klient trpící obsedantně-kompulzivní poruchou má nutkavé projevy, které jej velice omezují zejména v jeho pracovním uplatnění a společenském životě. „Nutkavé projevy často výrazně omezují pracovní a společenské uplatnění, a dopadají tak i na rodinné příslušníky, mohou zasahovat také spolupracovníky, přátele. Pokud je člověk neschopen se symptomům bránit, může se nutkavá symptomatologie rozšířit a jedinou cestou, jak snížit úzkost, je nutkání vyhovět. Ne vždy je ale rodinou nutkavé chování zpochybňováno. Někdy dochází k jeho normalizaci a zapojení do chodu rodiny, běžných denních činností. Jindy dochází k výraznému omezení povinností a zájmů. Vysoká je míra rozvodovosti a následného osamocení. Profesionální a sociální kompetence, sociální síť těchto lidí, bývají pak zřetelně zúženy“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 105).

1.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F 60 – F 69)

Poruchy osobnosti a chování se vyznačují „rozmanitými stavy a vzorci chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. (...) Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendence být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu“ (ÚZIS ČR, 2018 [online], s.232).

1.4.1 Projevy a prožívání nemoci

Mezi specifické poruchy osobnosti (F 60) řadíme paranoidní poruchu osobnosti (citlivost k odmítnutí, bezdůvodné podezřívání, tendence zkreslovat), schizoidní poruchu osobnosti (distanc od citových, sociálních a jiných kontaktů, útek do fantazie, neschopnost vyjadřovat své city), disociální poruchu osobnosti (bezohlednost v závazcích, nedostatek citění pro druhé, klamání druhých, konflikt se společností),

emočně nestabilní poruchu osobnosti (sklon ke zkratkovitému chování, nepředvídatelná nálada, emoční výbuchy), histrionskou poruchu osobnosti (labilní afektivita, sebedramatizace, teatrálnost, egocentričnost aj.), anankastickou poruchu osobnosti (pocit osobní nejistoty a pochyb, nadměrná svědomitost, zaměstnávání se detaily aj.), anxiózní/vyhýbavá osobnost (pocity napětí a obavy, nejistota a podřízenost, přecitlivělost na odmítnutí aj.), závislou poruchu osobnosti (závislost na druhých, obavy z opuštěnosti, pocity bezmoci, nedostatek průbojnosti aj.), a další poruchy osobnosti (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 233-235).

Mezi další poruchy osobnosti patří smíšené a jiné poruchy osobnosti (F 61), přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku (F 62) (na příklad po katastrofické zkušenosti, po psychiatrickém onemocnění), nutkavé a impulzivní poruchy (F 63) (na příklad patologické hráčství, pyromanie – patologické zakládání požárů, kleptomanie – patologické kradení, trichotillomanie – nutkání vytrhávat si vlasy, či jiné poruchy. Dále poruchy pohlavní identity (F 64) (na příklad transsexualismus, transvestitismus dvojí role, porucha pohlavní identity v dětství či jiné poruchy), poruchy sexuální orientace (F 65) (na příklad fetišismus – stimulem pro sexuální vzrušení a uspokojení je neživý předmět, fetišistický transvestitismus – stimulem pro sexuální vzrušení je nošení šatů opačného pohlaví, exhibicionismus – recidivující nebo přetrvávající tendence ukazovat genitál cizím osobám, voyerismus – tendence dívat se na osoby při sexuálním chování, pedofilie – sexuální preference dětí, sadomasochismus – preference bolestivé sexuální aktivity a jiné. Také poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací (F 66), jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých (F 68) či neurčenou poruchu osobnosti a chování u dospělých (F 69) (ÚZIS ČR, 2018 [online], s. 236-241).

1.4.2 Sociální dopad nemoci

„Traduje se, že u lidí s paranoidní poruchou osobnosti spíše trpí okolí než oni sami. Mezi lidmi jsou spíše neoblíbení, vyzývají k agresi a sami se mohou dopouštět agresivního jednání. V práci mohou opakovaně selhávat, špatně snášejí skupiny, kolektiv – je to pro ně nepřehledná situace“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 126).

„Lidé se schizotypní poruchou se často cítí ohroženi, skrývají se. Tendence ke stažení, ukrytí se, vede k jejich neakceptaci sociálních norem a očekávání, někdy je patrný až odpor, což vede k nárokům na toleranci okolí. Silnou a okolím ceněnou stránkou je kreativita, kterou mnozí lidé se schizoidní poruchou mají a kterou uplatňují snad ve všech oborech lidské činnosti. Ta jde ale ruku v ruce s výraznou (sebe)kritičností“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 134).

U emočně nestabilní poruchy se objevuje „emoční nestálost, afektivní labilita, chaotické, intenzivní a konfliktní vztahy, rychlé rozchody a odchody, pro okolí nevyzpytatelné chování, což má dopad na životní uplatnění a vztahy s blízkými. Tito lidé často rozdělují okolí na ty, co je nesnášejí a ty co je milují. (...) Často selhávají, nerealizují svůj potenciál, selhávají studijně, pracovní, přidávají se problémy s alkoholismem či/a drogami“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 146-147).

U hysteriíonské poruchy se objevuje „vyzývavé chování (se kterým klient nemusí být v kontaktu, uvědomovat si ho) může mít důsledky až již v podobě sexuálního násilí, útoku nebo výsměchu a opovržení ze strany okolí. Jejich vztahy mohou být nestálé, mohou se dostávat do konfliktu s okolím, které je zklamáno jejich povrchními a rychle se měnícími preferencemi. Sociální pracovníce mohou být zaskočeny partnerským výběrem svých klientek. Mnohé přes svou špatnou zkušenost vstupují opakovaně do pro ně zraňujících vztahů s muži, kteří jsou nějakým způsobem zneužívající a využívající. Snaha vyhovět, být po vůli je může přivádět do nebezpečných situací“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 157).

V následujícím textu bude uveden Příklad dobré praxe, přičemž bude čtenáři umožněno nahlédnout na Global Assessment of Functioning Scale (GAF), jež je nástrojem pro hodnocení úrovně klientových psychických, sociálních a pracovních funkcí. Tento nástroj používají sociální pracovníce opavského terénního multidisciplinárního týmu.

1.4.3 Příklad dobré praxe: Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Global Assessment of Functioning Scale (GAF) je nástrojem pro „hodnocení úrovně psychických, sociálních a pracovních funkcí v hypotetickém kontinuu zdraví – nemoc. Nebere se v úvahu zhoršení funkcí způsobené tělesným omezením (nebo vlivem prostředí)“ (podklad pro Global Assessment of Functioning Scale).

Skórování, respektive škálovací kritéria se využívají k určení současného funkčního stavu jednotlivce. Zaznamenávání probíhá přímo do formuláře Škálovací kritéria m-GAF (R), který mají pracovníci terénního multidisciplinárního týmu k dispozici. V tomto formuláři pracovník zaznamenává (např. podtrhuje) jednotlivá kritéria (příznaky). Výsledkem je scóre funkčního narušení – do péče terénního multidisciplinárního týmu jsou zařazeni klienti, jejichž hodnota GAF scóre je rovna a menší 70:

- Trvalé mírné příznaky nebo trvalé mírné potíže ve fungování,
- Středně těžké příznaky nebo středně těžké poškození ve fungování,
- Vážné příznaky nebo vážné poškození fungování,
- Výrazné zhoršení v několika oblastech fungování,
- Neschopnost fungovat téměř ve všech oblastech,
- Utrpení z nedostatku péče nebo nebezpečí poranění (poškození) sebe nebo druhých,
- Bezprostřední nebezpečí ze zanedbání péče nebo sebepoškození.

Text níže popisuje Global Assessment of Functioning Scale (GAF) spolu se škálovacími kritérii dle formuláře Škálovací kritéria m-GAF (R). Autorka diplomové práce upravila text dle záznamových archů FOKUSu – Opava, z. s.²

2 Autorka diplomové práce jako zdroj využila dva formuláře, z nichž jeden obsahuje následující odkaz na zdroj: „m-GAF (R) – adapted in 2004 by the Florida DCF Functional Assessment Workgoup from the original M-GAF reported by S. Caldecott-Hazard & R.C.W. Hall, 1995“. Tento materiál byl předán pracovníkům, kteří byli proškoleni v používání GAF. Autorka diplomové práce neměla jiný zdroj pro zpracování textu k tématice GAF.

1. Vynikající fungování v širokém okruhu aktivit, životní problémy se nikdy nevymykají zcela z ruky, klient je vyhledáván jinými pro řadu dobrých vlastností. Nejsou přítomny žádné příznaky (91 - 100).

2. Příznaky chybějí nebo jsou minimální, klient dobře funguje ve všech oblastech, projevuje zájem o široký okruh aktivit a je v nich dobře zapojen, je sociálně aktivní, celkově spokojen se životem, nemá žádné závažnější, než běžné denní problémy nebo těžkosti (81 – 91).

Upřesnění škálování: 90: Příznaky chybějí nebo jsou minimální, není zhoršené fungování:

Kritéria skupiny H:

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

Škálování:

88 – 90: Žádné psychotické příznaky a žádné potíže ve fungování v běžném životě.

84 – 87: Minimum příznaků a bez potíží ve fungování v běžném životě.

81 – 83: Minimum příznaků a některé potíže ve fungování v běžném životě.

3. Jsou-li příznaky přítomny, jedná se o přechodné a očekávané reakce na psychosociální zátěž. Není více než lehké zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních a studijních funkcí (71 – 80).

Upřesnění škálování: 80: Přechodné mírné příznaky nebo dosažené mírné potíže ve fungování:

Kritéria skupiny G:

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

Škálování:

78 – 80: BUĎ mírný(é) příznak(y) NEBO lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

74 – 77: Mírné zhoršení ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní).

71 – 73: PŘÍTOMNOST mírných příznaků A lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

4. Několik mírných příznaků NEBO určité obtíže v oblasti sociální, pracovní či studijní, ale celkově klient funguje dobře, má několik smysluplných interpersonálních vztahů (61 – 70).

Upřesnění škálování: 70: Trvalé mírné příznaky nebo trvalé mírné potíže ve fungování:

Kritéria skupiny F:

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

Škálování:

68 – 70: BUĎ mírné přetrvávající příznaky NEBO mírné obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

64 – 67: Mírné přetrvávající obtíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní).

61 – 63: Přetrvávají mírné příznaky A jsou přítomny potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

5. Středně závažné NEBO středně závažné obtíže při výkonu sociálních, či pracovních nebo studijních funkcí (51 – 60).

Upřesnění škálování: 60: Středně těžké příznaky nebo středně těžké poškození ve fungování:

Kritéria skupiny E:

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

Škálování:

58 – 60: BUĎ projevy středně těžké depresivní nálady NEBO středně těžké obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování.

54 – 57: Středně těžké potíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní).

51 – 53: PŘÍTOMNOST středně závažných příznaků A středně závažné selhávání v sociální, pracovní nebo školní oblasti.

6. Závažné příznaky NEBO závažné zhoršení při výkonu sociálních, pracovních nebo studijních funkcí (41 – 50).

Upřesnění škálování: 50: Vážné příznaky nebo vážné poškození fungování:

Kritéria skupiny D:

- Vážné selhávání v práci, ve škole nebo v domácnosti (pokud je klient žena/muž v domácnosti) – např. neschopnost udržet si práci nebo studium, selhávání ve škole nebo neschopnost starat se o rodinu a domácnost.

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

Škálování:

48 – 50: 1 kritérium ze skupiny D.

44 – 47: 2 kritéria ze skupiny D.

41 – 43: 3 kritéria ze skupiny D.

7. Určité zhoršení v hodnocení reality nebo v komunikaci NEBO velké zhoršení v několika oblastech, jako je práce ve škole, rodinné vztahy, úsudek, myšlení nebo nálada (41 – 50).

Upřesnění škálování: 40: Výrazné zhoršení v několika oblastech fungování

Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“

Škálování:

38 – 40: 4 kritéria ze skupiny D.

34 – 37: 5 kritérií ze skupiny D.

31 – 33: 6 kritérií ze skupiny D.

8. Chování je závažně ovlivněno bludy nebo halucinacemi NEBO těžkým zhoršením v oblasti komunikace a úsudku NEBO neschopnost výkonu funkcí ve všech oblastech (21 – 30).

Upřesnění škálování: 30: Neschopnost fungovat téměř ve všech oblastech:

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

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

Kritéria skupiny C:

- BUĎ neodbytné myšlenky na sebevraždu, nebo sebevražedné myšlenky s přípravou realizace.

- NEBO chování výrazně ovlivněné bludy a halucinacemi.

- NEBO vážné zhoršení v komunikaci (někdy nesouvislé, nepatřičně působící NEBO hluboce depresivně stuporózní – nereagující na okolí).

Škálování:

28 – 30: 7 kritérií ze skupiny D.

24 – 27: 8 kritérií ze skupiny D.

20 – 23: 9 kritérií ze skupiny D.

21: 1 kritérium ze skupiny C

9. Určité nebezpečí, že ublíží sobě nebo jiným NEBO příležitostně chybí dodržování minimální osobní hygieny NEBO značné zhoršení komunikace (11 – 20).

Upřesnění škálování: 20: Utrpení z nedostatku péče nebo nebezpečí poranění (poškození) sebe nebo druhých:

Kritéria skupiny B:

- Sebevražedné pokusy bez jasného záměru zemřít.

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

Škálování:

- 18 – 20: 1-2 kritéria ze skupiny B.
- 14 – 17: 3-4 kritéria ze skupiny B.
- 11 – 13: 5-6 kritérií ze skupiny B.

10. Trvalé nebezpečí těžkého ublížení sobě nebo jiným NEBO trvalá neschopnost udržet minimální osobní hygienu NEBO závažné suicidální jednání s jasným očekáváním smrti (1 – 10).

Upřesnění škálování: 10: Bezprostřední nebezpečí za zanedbání péče nebo sebepoškození:

Kritéria skupiny A:

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

Škálování:

8 – 10: 1-2 kritéria ze skupiny A.

4 – 7: 3-4 kritéria ze skupiny A.

1 – 3: 5-6 kritérií ze skupiny A.

0

Vyplňování formuláře Škálovací kritéria m-GAF (R) vyžaduje teoretickou znalost příznaků dlouhodobého duševního onemocnění. Pracovníci terénního multidisciplinárního týmu mohou tento formulář vyplňovat sami či ve spolupráci např. s psychiatrickou sestrou či psychologem.

První kapitola diplomové práce se věnovala popisu závažných duševních onemocnění – jejich projevům, jak je nemoc prožívána a jaký je její sociální dopad. Součástí kapitoly byl také Příklad dobré praxe, jež byl praktickým znázorněním zaznamenávání příznaků závažného duševního onemocnění do škálového formuláře Global Assessment of Functioning Scale (GAF), který využívají pracovníci terénního multidisciplinárního týmu pro zařazení klienta do péče, respektive si tím potvrzují, že klient spadá do cílové skupiny týmu.

Následující kapitola se bude věnovat tématu reformy psychiatrické péče v České republice, principům její realizace, cílům reformy či pilířům reformy se zaměřením na nejdůležitější pilíř – Centrum duševního zdraví, jehož součástí je terénní multidisciplinární tým.

2 Reforma psychiatrické péče

Tato kapitola se bude věnovat tématu reformy psychiatrické péče v České republice, se zaměřením na historii deinstitucionalizace psychiatrické péče, respektive výchozí dokumenty, které podporují reformu a projekt Mapování stavu psychiatrické péče. Součástí kapitoly je také text věnovaný strategii reformy psychiatrické péče a popisu jednoho z nejdůležitějších pilířů reformy – vzniku center duševního zdraví, jehož součástí je terénní multidisciplinární tým, který v centru poskytuje veškeré zdravotní a sociální služby.

2.1 Dokumenty podporující reformu psychiatrické péče

Mezi první dokument, který popisoval nutnost deinstitucionalizace stávající psychiatrické péče v České republice, s následným propojením se sítí komunitních služeb, byl **Koncept oboru psychiatrie**, který formulovala Psychiatrická společnost ČLS JEP v roce 2000 ve Špindlerově Mlýně. Tento dokument byl v roce **2002** schválen Vědeckou radou MZ ČR, k implementaci Konceptu psychiatrie ale nedošlo (Ministerstvo zdravotnictví, 2013a, [online], s.13). V současné době je dostupná 1. revize Konceptu oboru psychiatrie z roku 2008 (Psychiatrická společnost ČLS J. E. P.).

V roce **2005** se Česká republika, v rámci revize koncepce psychiatrie v Helsinkách (Evropská konference ministrů zdravotnictví), formálně připojila k Deklaraci o duševním zdraví, Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu a k Zelené knize Komise evropských společenství. **Deklarace o duševním zdraví** (Helsinky, 2005) si stanovila priority na příštích dvacet let: důležitost duševní pohody; kolektivní řešení stigmatu, diskriminace, nerovnosti a zmocnění, podpora a zapojení rodin osob s duševním onemocněním; systémy pro podporu, prevenci, léčbu, rehabilitaci, péči a recovery; potřeba kvalifikovaných odborníků; zapojování uživatelů a opatrovníků do rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním (Světová zdravotnická organizace, 2005a, [online], s. 3). **Akční plán duševního zdraví** (Helsinky, 2005)

stanovuje priority na příštích pět až deset let: důležitost duševní pohody; kolektivní řešení stigmatizace, diskriminace a nerovnosti, zmocňování, aktivní zapojení rodin; systémy pro podporu, prevenci, léčbu, rehabilitaci, péči a rekonvalescenci osob s duševním onemocněním; potřeba kvalifikovaných odborníků; zapojování uživatelů a opatrovníků do plánování a rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním (Světová zdravotnická organizace, 2005b, [online], s. 2). U těchto dokumentů si lze všimnout, že jejich priority jsou formulovány obdobně. **Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva** (Komise evropských společenství, Brusel, 2005) se zabývá možnými opatřeními v oblasti: podpora duševního zdraví a preventivní opatření v boji proti duševním nemocem (zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, preventivní opatření v boji proti duševním nemocem); podpora zařazení osob s duševním onemocněním do společnosti a ochrana jejich základních práv a důstojnosti; zlepšení informovanosti a znalostí o duševním zdraví v Evropské Unii (Komise evropských společenství, 2005, [online], s. 2).

Roku **2006** byla, při sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP, ustanovena **komise pro revizi koncepce psychiatrické péče**.

V roce **2007** byl Senátem České republiky vyhlášen Národní psychiatrický program a na sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP byla schválena revidovaná koncepce **Národního psychiatrického programu**, hlavními úkoly byla „podpora primární psychiatrické péče, rozvoj komunitní péče, modernizace lůžkového fondu při zachování bio-psycho-sociálního modelu péče zahrnujícího farmakoterapii, psychoterapii a sociální intervenci“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013a, [online], s. 14). Cílem Národního psychiatrického programu bylo zlepšení péče a kvality života osob s duševním onemocněním, přičemž byl kladen důraz mimo jiné na destigmatizaci; zajištění dostupnosti psychiatrické péče; redukce rizik, která vyplývají z duševního onemocnění (Výbor psychiatrické společnosti ČLS JEP, regionální kancelář WHO ČR, 2007, [online]).

V roce **2008** navázala na helsinskou deklaraci z roku 2005 bruselská deklarace s názvem **Evropský pakt pro duševní zdraví a pohodu** (European Pact for Mental Health and Wellbeing, Brusel, 2008), která upozornila na pět prioritních oblastí: prevence deprese a sebevražd; duševní zdraví mladých lidí a v oblasti vzdělávání; duševní zdraví na pracovišti; duševní zdraví u starších lidí; a boj se stigmatizací

a sociálním vyloučením (Konference vysoké úrovně EU, 2008, [online], s. 2-3). Ve stejném roce také v České republice došlo k **revizi Konceptu oboru psychiatrie** – v současné době je stále dostupná 1. revize Konceptu oboru psychiatrie z roku 2008 (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, [online]).

V říjnu roku **2009** Česká republika ratifikovala **Úmluvu Organizace spojených národů o právech lidí se zdravotním postižením**, která se od února 2010 stala součástí právního řádu České republiky. Tento dokument „je založen na principu rovnoprávnosti, zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti“ (Makovcová, 2011, [online], s. 2). „Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti“ (Valné shromáždění OSN, 2006, [online], s. 2). Mezi základní principy úmluvy patří: „respektování lidské důstojnosti a nezávislosti; nediskriminace; plné zapojení do společnosti; respektování odlišnosti; rovnost příležitostí; přístupnost; rovnoprávnost mužů a žen; respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práv na zachování identity“ (Makovcová, 2011, [online], s. 4)

V říjnu roku **2012** proběhl v Praze Mezinárodní kongres Světové psychiatrické společnosti (World Psychiatric Association, WPA) a byl spuštěn **projekt s názvem Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)** (více k tomuto dokumentu viz. 2.1.1). V září téhož roku ustanovil tehdejší ministr zdravotnictví, doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., **pracovní skupinu k tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče**, více viz. níže.

V březnu roku **2013** byla **Reforma psychiatrické péče** schválena **jako součást Národního programu reforem 2013**, který je provázán s plněním Strategie mezinárodní konkurenceschopnosti České republiky pro období 2012 – 2020.

V roce **2015** vydalo Ministerstvo zdravotnictví dokument **Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**, jehož součástí je **Akční plán číslo 3: Duševní zdraví**. Akční plán vychází ze Strategie reformy psychiatrické péče, schválené v roce 2013 a navazuje na doporučení rámce Světové zdravotní organizace - Health 2020.

2.1.1 Projekt Mapování stavu psychiatrické péče

Tento projekt probíhal pod vedením Psychiatrické společnosti JEP a Centra pro rozvoj duševního zdraví. V tomto průzkumu „bylo využito dat a spolupráce se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Ústavem zdravotnických informací a statistiky, Asociací psychiatrických léčeben, Sdružením ambulantních psychiatrů, Asociací komunitních služeb a Asociací denních stacionářů a krizových služeb“ (Raboch, 2013, [online], s. 37). Cílem projektu bylo „vypracovat doporučení pro změnu struktury lůžkové psychiatrické péče, jak po stránce kvantitativní, tak kvalitativní a pro rozvoj mimolůžkové (komunitní) péče včetně vzniku nových zařízení alternativních k dlouhodobé ústavní péči. K formulaci doporučení se dospělo pomocí pasportizace (zmapování) stavu lůžkové, ambulantní a komunitní psychiatrické péče v České republice; analýzy scénářů transformace psychiatrických léčeben a zhodnocení dopadu scénářů na kapacity a náklady psychiatrické péče; analýzou provázanosti a průchodnosti systému péče. Dalšími cíli bylo vytvořit doporučení vzhledem ke kvalitě poskytované péče v psychiatrických lůžkových zařízeních a provázat cíle a ideu projektu se strategickými dokumenty a stávajícími evropskými trendy“ (Raboch, Zrzavecká, Wenigová, Herman, Pěč, Žižka, Drlíková, Dlouhý, Kališová, Hollý, Rektor, Šelepová, Raiter, Stuchlík, 2012, [online], s. 5-6).

V projektu byla mapována situace v zahraničí – mezinárodní aspekt problematiky duševního zdraví, Zelená kniha jakožto strategický dokument Evropské unie pro duševní zdraví a také Evropský pakt pro duševní zdraví a pohodu. Situace v České republice mapovala koncepci oboru psychiatrie a související dokumenty, stávající legislativní úpravu, stigma duševně nemocných či výdaje na duševní zdraví a jeho financování. Součástí projektu bylo také zmapování snah o vytváření regionálních modelů péče o osoby s duševním onemocněním. V oblasti lůžkové péče byla mapována průchodnost systémem této péče a v oblasti ambulantní psychiatrické péče se zaměřením na dospělé osoby s duševním onemocněním byl popsán současný stav a stanovena doporučení. Co se týká oblasti komunitní péče, byly mapovány oblasti intermediární péče, mezirezortních multiprofesionálních týmů či psychiatrická péče, kterou zajišťují organizace poskytující sociální služby. V projektu bylo také provedeno hodnocení kvality péče o osoby s duševním onemocněním pomocí dotazníků QuIRC

(Quality Indicator for Rehabilitative Care) (Raboch a kol., 2012, [online], s. 3-4). Dotazník QuIRC „slouží ke specifickému, komplexnímu a standardizovanému hodnocení kvality péče v zařízeních poskytujících péči a podporu nemocným s dlouhodobým průběhem onemocnění, přičemž sleduje kvalitu péče v sedmi oblastech – prostředí, terapeutické prostředí, léčebné intervence, sebepéče a autonomie, sociální začlenění, lidská práva a praxe vedoucí k uzdravě. QuIRC byl vytvořen a validizován v rámci mezinárodního projektu DemoBinc (Development of a Measure of Best Practice form People with Long Term Mental Illness in Institutional Care)“ (Kališová, Raboch, Nawka, Černý, 2013, [online], s. 212). Tento projekt financovala Evropská unie v 6. rámcovém programu, který probíhal 3 roky (od března 2007 do března 2010). Do projektu se zapojilo 11 center z 10 zemí Evropské unie (Velká Británie, Německo, Španělsko, Česká republika, Bulharsko, Itálie, Nizozemsko, Polsko, Řecko a Portugalsko). QuIRC se stal prvním mezinárodním nástrojem hodnocení kvality péče a poté, co byl projekt ukončen je stále používán v několika zemích, nejvíce ve Velké Británii. Česká verze dotazníku QuIRC je zdarma dostupná na internetu (www.quirc.cz). Dotazník obsahuje 145 otázek a jeho vyplňování trvá v průměru hodinu až hodinu a půl. Pokud zařízení vyplňuje dotazník každoročně, může výsledky porovnat a získat tak informace o vývoji kvality péče. V rámci výše zmíněného projektu Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) byla hodnocena aktuální kvalita péče na 15 odděleních následné péče osmi psychiatrických nemocnic a ve 4 zařízeních poskytujících sociální služby komunitního typu (chráněných bydleních) (Kališová a kol., 2013, [online], s. 212-213) .

V závěrečných částech projektu byl popsán návrh scénářů transformace psychiatrických nemocnic a zároveň byly popsány dopady transformace na kapacity a náklady péče v České republice, sazebník výkonů a regionální standardy sítě psychiatrických služeb a konečná doporučení (Raboch a kol., 2012, [online], s. 3-4).

Na základě prvních výstupů z tohoto projektu byla vypracovaná celá kapitola s názvem Analýza předběžné vize v dokumentu Ministerstva zdravotnictví – Strategie reformy psychiatrické péče, Vstupní zpráva. Výstupy členů pracovní skupiny projektu byly sloučeny do dvou oblastí. První kategorií byla oblast ve které se všichni členové pracovní skupiny shodli (tzv. konsensuální oblast) a druhou kategorií byla oblast,

ve které ještě bylo nutno další spolupráce k tomu, aby členové došli alespoň ke kompromisu (tzv. riziková oblast). Pracovní skupina zdůraznila následující **principy při realizaci Strategie reformy**: přesun péče blíže k pacientovi; respekt k právům pacientů a jejich individualitě; posílení primární psychiatrické péče; restrukturalizace lůžkové péče; rozvoj komunitní péče; regionální nastavení služeb; destigmatizace pacientů a oborů. Pracovní skupina identifikovala **hlavní rizika implementace Strategie reformy**, respektive zdůraznila několik otázek, na které by mělo být zodpovězeno. Mezi rizikové faktory bylo zařazeno například to, že nebude zabezpečeno adekvátní financování tranzitních nákladů (modernizace vybavení či financování lidských zdrojů); nebude zajištěno udržitelné financování reformního systému; standardy poskytované péče nebudou pregnantně definovány; nebudou provedeny nutné legislativní změny (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, [online], s. 12-13). Pracovní skupina také identifikovala **okruhy otázek, nad kterými bude nutno vést diskusi**: „Co znamená či bude znamenat primární psychiatrická péče (ambulantní psychiatrie a zapojení praktických lékařů)?; Jak zajistit komunitní péči u pacientů bez trvalého bydliště?; Co se stane v případě, že nebude vytvořen systém kontinuálního vzdělávání poskytovatelů služeb na všech úrovních personálu?; Jaké je rozhraní mezi zdravotní, zdravotně-sociální a sociální sférou? - Lze finanční zdroje kombinovat?, Je možné ustavit „zdravotně-sociální“ servis? Má vůbec smysl věnovat kapacity stanovení tohoto rozhraní?“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, [online], s. 14).

Díky tomuto projektu mohla Strategie reformy psychiatrické péče přijmout odborné výstupy a doporučení: doplnění kapacit a vznik nových ambulantních služeb, které budou působit v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním; navýšení pracovníků psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic; rozdělení lůžek v psychiatrických nemocnicích na akutní, následné péče, ochranná, sociální a rezidenční; vzdělávání zdravotnických pracovníků; motivace managementu a pracovníků; překlenovací investiční finanční zdroje (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013a, [online], s. 14).

2.2 Strategie reformy psychiatrické péče

Příkazem ministra č. 30/2012 s názvem Zřízení pracovní skupiny k zabezpečení přípravy strategie reformy psychiatrické péče v ČR, ze dne 24. září 2012 byla

ustanovena Pracovní skupina k tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, [online], s. 15). Ministr zdravotnictví, doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., tak ustanovil pracovní skupinu, jejímž úkolem bylo vytvořit strategii reformy psychiatrické péče v České republice. Strategie měla být vytvořena do poloviny roku 2013. O záměru transformovat systém současné psychiatrické péče poté informovalo ministerstvo zdravotnictví na tiskové konferenci, která proběhla 10. října roku 2012. Psychiatrická péče se tak stala jednou z hlavních priorit ministerstva zdravotnictví, které plánovalo k podpoře implementace Strategie reformy psychiatrické péče využít finanční prostředky ze strukturálních fondů Evropské unie pro programovací období 2014-2020 (Gabriel, 2012, s. 5).

Ministerstvo zdravotnictví se tak při tvorbě Strategie psychiatrické péče stalo hlavním iniciátorem této reformy – důvodem byl „zejména rigidní systém institucionální psychiatrické péče s těžištěm v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, dále kvůli absenci služeb v služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek péče. Od počátku 90. let 20. století nedoznala psychiatrické péče v ČR žádných zásadních systémových změn a trpí dlouhodobou podfinancovaností“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, [online], s. 3). Transformace organizace psychiatrické péče se bude věnovat zejména aktivitám v oblasti „rozvoje komunitní a semimurální péče; zvýšení role primární psychiatrické péče; zvýšení role všeobecných nemocnic v oblasti poskytování akutní péče; transformace psychiatrických léčen; vzdělávání odborných pracovníků; větší prostor pro zapojování klientů a jejich rodinných příslušníků do všech rozhodovacích procesů“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, [online], s. 10). Celým reformním procesem by měly prostupovat aktivity zaměřené na podporu destigmatizace oboru psychiatrie a destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Strategii reformy psychiatrické péče vytvářeli odborníci z řad odborných společností, psychiatrických nemocnic, ambulantní péče, či spolku oborové konference nestátních neziskových organizací působících v sociální a zdravotní oblasti. Mezi další tvůrce můžeme zahrnout také zástupce uživatelů psychiatrické péče, zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, Všeobecné zdravotní pojišťovny a Ministerstva zdravotnictví (Gabriel, 2012, s. 6).

Strategie reformy vychází ze strategie Světové zdravotnické organizace, která se zaměřuje na podporu a rozvoj komunitní péče, dále na „zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků. Zcela zásadní součástí reformního úsilí v České republice by měl být posun ke způsobu léčby poskytované v co největší míře v přirozené komunitě“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012, [online], s. 3).

Strategie reformy si klade za **cíl** „zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013a, [online], s. 9). Mezi **specifické cíle** Strategie reformy psychiatrické péče patří: „zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování; omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně; zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí; zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci; zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.); zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013b, [online]).

Implementace Strategie reformy psychiatrické péče byla naplánována do tří etap. V první etapě, která měla probíhat v letech 2014-2015, mělo dojít k iniciaci reformy a zajištění podmínek, ve druhé etapě v letech 2016-2023 by mělo dojít k realizaci a provozu a poslední etapa, která byla plánovaná na rok 2023 měla být etapou vyhodnocovací. Během všech etap je plánováno průběžné hodnocení (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013b, [online]). Celá implementace Strategie reformy by měla být financovaná zejména ze strukturálních fondů Evropské unie (programové období 2014-2020).

Základními pilíři, na kterých Strategie reformy psychiatrické péče staví jsou Psychiatrické nemocnice, Centra duševního zdraví, psychiatrické ambulance úzce spolupracující s ambulancemi klinických psychologů a psychiatrická oddělení nemocnic. Vzhledem k povaze mé diplomové práce se v následující podkapitole budu věnovat pouze jednomu z pilířů Strategie reformy psychiatrické péče, a to Centru duševního zdraví.

2.3 Centrum duševního zdraví

Centrum duševního zdraví je místem, kde dochází k propojování zdravotní a sociální péče. Činnost Centra duševního zdraví vychází z platné legislativy – v oblasti zdravotní péče vychází zejména ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V oblasti poskytování sociální péče vychází fungování Centra duševního zdraví zejména ze zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách. Činnost Centra duševního zdraví zahrnuje dlouhodobou péči, která zahrnuje psychiatrickou a sociální rehabilitaci osob se závažným duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 35.).

„Sociální, psychologické i zdravotní faktory výrazně ovlivňují míru postižení navozeného duševní poruchou. Těživá sociální situace může mít výrazný vliv na míru projevu onemocnění. Proto podpora a pomoc musí být komplexně bio-psycho-sociální. Postižení může znevýhodňovat klienta v řadě oblastí (práce, sociální vztahy, volný čas atd.). Nezbytné je tedy úzké propojení (ideálně v rámci jednoho týmu) různých profesí, včetně propojení sociálních a zdravotních služeb. Vzhledem ke komplexnosti potřeb i vzhledem k důležitosti vztahu (nejen vztahu psychoterapeuticky orientovaného), jako nástroje pomoci je zapotřebí systému dlouhodobého případového vedení“ (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 16).

Centrum duševního zdraví vzniká jako jeden multidisciplinární tým. Centrem duševního zdraví můžeme rozumět poskytovatele zdravotních služeb, který je současně oprávněn poskytovat i sociální služby či poskytovatele sociálních služeb, který je současně oprávněn poskytovat i zdravotní služby. Třetí možností je vznik dohody o spolupráci při poskytování zdravotních a sociálních služeb mezi poskytovatelem zdravotních služeb a poskytovatelem sociálních služeb (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 44).

„Péče musí být orientovaná na podporu zotavení a vyznačovat se plným respektem k lidským právům klienta. Musí být kladen důraz na jeho silné stránky a na obnovení jeho smysluplných sociálních rolí. Dominantní část péče by měla být prováděna a poskytována v přirozeném prostředí klientů. Systém péče musí mít pravomoc a kompetence zapojovat do péče i obtížně dostupné klienty odmítající léčbu.

Tento asertivní přístup musí však být vždy v souladu s právy klienta a jeho nejlepším zájmem. Systém péče musí být flexibilní, schopný poskytovat pomoc a podporu dle aktuálních potřeb klienta. Musí být také schopen v případě zhoršení zdravotního stavu poskytovat intenzivní podporu včetně krizové intervence dostupné 24 hodin denně. Systém péče musí zapojovat formální i neformální zdroje podpory klienta do péče. Klade důraz na přirozené zdroje podpory a veřejně dostupné služby. Systém musí zajišťovat kontinuitu péče. Klade důraz na přirozené zdroje podpory a veřejně dostupné služby. Systém musí zajišťovat kontinuitu péče napříč službami. Klíčový pracovník klienta by s ním měl být v kontaktu i během krize a případné hospitalizace“ (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 16).

Centrum duševního zdraví dle časové náročnosti poskytuje zdravotní služby akutní a plánované a dle účelu poskytnutí zdravotní služby preventivní, diagnostické, dispenzární, léčebné, posudkové, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské. Formy poskytování zdravotní služby jsou jak služby ve vlastním sociálním prostředí klienta, tak v případě zřízení lůžek i lůžkovou péčí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 44).

Centrum duševního zdraví poskytuje sociální služby zejména v oblasti základního sociálního poradenství a sociální rehabilitace (služba sociální prevence), přičemž základními činnostmi je „návuk sociálních dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č. 2018, § 70). Sociální péče je poskytována ambulantní či terénní formou.

Centrum duševního zdraví je tedy zdravotně-sociální zařízení, které zajišťuje ambulantní a terénní zdravotní a sociální služby osobám se závažným duševním onemocněním.

2.3.1 Centrum duševního zdraví bez nepřetržité krizové pomoci

Cílovou skupinou Centra duševního zdraví (taktéž CDZ) jsou klienti se závažným duševním onemocněním, tímto onemocněním se myslí tzv. SMI neboli Serious/Severe Mental Illness, přesněji diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F4 a F6), trvání nemoci (déle než 2 roky), funkční narušení (skóre GAF \leq 70, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění). Do cílové skupiny patří také osoby s potřebou včasné intervence, čili osoby s rizikem rozvoje SMI (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 37.).

Klientům se závažným duševním onemocněním a klientům s potřebou včasné intervence poskytuje Centrum duševního zdraví **terénní služby**. Tyto služby poskytuje terénní multidisciplinární tým, který vyjíždí do klientova přirozeného prostředí. V případě, že je klient hospitalizován a připravuje se na propuštění do domácího prostředí, může, po předchozí domluvě, terénní multidisciplinární tým intervenovat i tomto prostředí. Služby terénního multidisciplinárního týmu mají povahu dlouhodobé péče prostřednictvím psychiatrické a sociální rehabilitace, včetně poskytování krizové intervence v domácnosti klienta se SMI, či v případě dosud nediodagnostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění. Terénní multidisciplinární tým úzce spolupracuje s ambulantními psychiatry, kteří pečují o osoby se SMI, kteří mají nařízenou ambulantní ochrannou léčbu. Hlavním cílem mobilních služeb je poskytování péče osobám se SMI a to v jejich přirozeném prostředí a předcházení stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci. Je důležité upozornit, že terénní multidisciplinární tým Centra duševního zdraví neplní roli Zdravotnické záchranné služby – v případě neplánovaného respektive krizového výjezdu je služba klientům se SMI dostupná do 24 hodin a v případě nového klienta, který není v Centru duševního zdraví registrován je dostupná až do 48 hodin (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 38).

Pro klienty se závažným duševním onemocněním provozuje Centrum duševního zdraví také **denní služby**, respektive **centrum denních aktivit**, které by mělo být dostupné minimálně 10 hodin denně a měly by zahrnovat jak strukturované aktivity, tak by mělo klientům poskytovat prostor pro **trávení volného času**. Centrum duševního zdraví by mělo kromě centra denních aktivit zajišťovat také služby **denního stacionáře**,

ve kterém by měl probíhat psychoterapeutický program (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 38-39).

Klientům se závažným duševním onemocněním a klientům s potřebou včasné intervence poskytuje Centrum duševního zdraví také **krizové služby**, jejichž cílem je podpora klientů při zvládnání rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Krizové služby by měly být klientům dostupné 24 hodin/7 dnů v týdnu telefonicky, dále od 8:00 do 20:00 hodin ambulantně. Krizové intervence jsou ale primárně poskytovány v přirozeném prostředí klienta (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 39).

2.3.2 Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou pomocí

Pokud má Centrum duševního zdraví nepřetržitou krizovou pomocí (taktéž CDZ-K), řadí se do cílové skupiny navíc lidé v krizových situacích s akutními psychotickými obtížemi, kteří nevyžadují hospitalizaci – jedná se o akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění s výjimkou akutních intoxikací. Cílem Centra duševního zdraví poskytujícího nepřetržitou krizovou pomoc je poskytnutí krátkodobé intervence a předání klienta do další péče.

Toto centrum také poskytuje služby terénního multidisciplinárního týmu, denní služby (centrum denních aktivit se strukturovaným programem, trávení volného času, denní stacionář s psychoterapeutickým programem) a krizové služby. Cílem Centra duševního zdraví s nepřetržitou krizovou pomocí je poskytování **nízkoprahové pomoci** osobám, které se nacházejí v psychické krizi, která tyto osoby ohrožuje. Tyto krizové služby jsou klientům dostupné nepřetržitě 24 hodin/7 dnů v týdnu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 39).

Centra duševního zdraví poskytují také další služby a to zejména služby ambulance psychiatra a ambulance klinického psychologa, přičemž tyto služby jsou zejména pro klienty se závažným duševním onemocněním a klientům s potřebou včasné intervence. Klientům v krizových situacích s akutními psychotickými obtížemi jsou ambulantní služby poskytovány pouze v Centru duševního zdraví s nepřetržitou krizovou pomocí a to pouze dočasně, tj. do doby předání do další péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 39-40).

2.4 Multidisciplinární přístup

Multidisciplinární přístup „je koordinace a spolupráce pracovníků různých povolání a institucí a musí probíhat na třech základních úrovních: koordinace a spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu; koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami; koordinace a spolupráce v rámci komunity (včetně místní správy a samosprávy, úřadu práce, odborů sociálních a zdravotních služeb apod.)“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, [online], s. 13). Multidisciplinární tým tedy tvoří členové z řad odborníků, kteří poskytují pomoc jak při léčení závažného duševního onemocnění, tak pomoc, podporu a péči v dalších sociálních oblastech klientova života, přičemž pozitivně ovlivňují kvalitu klientova života.

Multidisciplinární tým poskytuje veškeré služby Centra duševního zdraví, je tedy základní službou, přičemž se jeho členové přímo podílejí za zajišťování výrazné části potřeb klienta a zprostředkovávají ostatní služby. Tým by měl mít definovanou spádovou oblast, přičemž optimální je, aby jeden tým zabezpečoval péči v území pro 100 000 obyvatel (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 17). Multidisciplinární komunitní tým tvoří profesionálové různých odborností, jejichž cílem je úzká spolupráce a společná práce jak v přirozeném prostředí klienta čili v terénu, tak práce ambulantní. Multidisciplinární tým sdílí veškeré klienty, průběžně si předává potřebné informace a většinu intervencí provádí v přirozeném prostředí klientů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 38). Členem multidisciplinárního týmu by měl být psychiatr, klinický psycholog, všeobecné zdravotní sestry se specializací psychiatrická sestra, sociální pracovníci a pracovník v sociálních službách a pracovník se zkušeností s duševním onemocněním, tzv. peer konzultant/peer-specialista (musí splňovat kvalifikační požadavky dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tj. sociální pracovník či pracovník v sociálních službách). Doporučuje se, aby jeden z pracovníků s odborností všeobecná sestra či sociální pracovník byli specializovaní na problematiku práce s osobami s duální diagnózou (specialista na závislosti) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, [online], s. 40).

V souvislosti s reformou psychiatrické péče, centry duševního zdraví či multidisciplinárním přístupem, musím také vysvětlit pojem komunitní tým.

Komunitní tým je vždy týmem multidisciplinárním, „úzce spolupracuje s poskytovateli všech zdravotních i sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním. Hlavním cílem komunitního týmu je poskytovat klientům a jejich rodinám podporu v běžných situacích života a předcházet stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci. Pokud dojde k hospitalizaci klienta, členové týmu aktivně spolupracují s lůžkovými zařízeními v průběhu pobytu na lůžku a vytvářejí předpoklady pro rychlý a úspěšný návrat klienta zpět do domácího prostředí“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, [online], s. 14). Komunitní týmy se většinou dělí dle své specializace, na příklad týmy pro děti a adolescenty či týmy pro osoby s gerontopsychiatrickým onemocněním (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, [online], s. 14).

2.5 Recovery

Cílem péče o osoby se závažným duševním onemocněním „by mělo být dosažení plnohodnotného života bez ohledu na symptomy duševní nemoci“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, [online], s. 12). Recovery (dle Bill Anthony, 1993) je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezením, která nemoc přináší. Díky tomu jak se klient vymaňuje z katastrofických dopadů duševního onemocnění, dochází u něj k rozvoji nového smyslu a účelu života (Shepherd, Boardman, Slade, 2008, [online], s. 1).³ Recovery překládáme jako zotavení.

O Recovery můžeme hovořit v případě, že je klient déle než dva roky v remisi (jak pozitivní tak negativní příznaky); chodí do zaměstnání, studuje, není plně závislý na pobírání invalidního důchodu; bydlí samostatně; udržuje sociální kontakty (s vrstevníky, rodinou, přáteli); účastní se veřejného života; volný čas aktivně tráví mimo komunitní služby; dokáže pružně reagovat na vzniklé problémy každodenního života; je u něj patrná sebeúcta a stabilní sebeidentita (Probstová, Pěč, 2014, s. 222). „Člověk, jehož symptomy dobře odpovídají na medikaci, ale potřebuje medikaci po mnoho let, může být považován za člověka v procesu recovery bez ohledu na to,

3 Volný překlad. Srov.: SHEPHERD Geoff, BOARDMAN Jed, SLADE Mike. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health, March 2008, s. 1.

jak dobře se vyrovnává s každodenním stresem. Na druhou stranu, člověk, jehož psychiatrické symptomy léčbě odolávají, ale který našel způsob, jak dobře žít symptomům navzdory, také může být v procesu recovery“ (Davison, Tondora, Rigway, 2010, [online], s. 3).⁴

Základním principem recovery je podpora klienta při budování smysluplného a uspokojivého života a to bez ohledu na to, zda má klient příznaky duševního onemocnění či ne. Zotavení představuje odklon od patologie příznaků nemoci jako takové, směrem k podpoře klientova duševního zdraví a směrem k vyzvednutí jeho silných stránek. Cílem je, aby každý klient mohl mít aktivní kontrolu nad svým životem. Recovery si zakládá na pomáhajícím partnerském vztahu, který vzniká mezi klientem a pracovníkem. Do tohoto vztahu jsou také zapojováni rodinní příslušníci a další lidé z blízkého okolí klienta. Principem recovery je také zapojování peer-konzultantů (klienti, kteří si sami prošli svým osobním zotavením), kteří klienty podporují v úzdavě (poskytují na příklad poradenství či vedou podpůrné skupiny). Úzdava nejlépe probíhá v komunitním typu péče, která podporuje klientovo sociální začleňování a jeho schopnost převzít ve společnosti smysluplné a uspokojivé sociální role. Recovery vlastně znamená objevení (či znovuobjevení) pocitu osobní identity (Shepher, Boardman, Slade, 2008, [online], s. 0).⁵ Mezi důležité předpoklady recovery patří to, že recovery „je něco, k čemu se člověk s duševním onemocněním postupně dopracovává a co prožívá. Není to něco, co tomu člověku dělají služby. Příspěvek pracovníků spočívá v podpoře dané osoby na její cestě k zotavení. Druhým předpokladem je, že cesta k zotavení je velmi individuální. Nejlepší způsob podpory jednotlivce při zotavení bude u každého člověka jiný“ (Slade, 2013, [online], s. 5)⁶

Proces recovery má čtyři stádia: Pocit **naděje** (Hope), že se věci mohou změnit, že se mohou zlepšovat, což je pro klienty motivující. **Zmocnění** (Empowerment), jakožto přístup k informacím a příležitost učinit vlastní rozhodnutí, důležitým motivem v této fázi je zaměření na vlastní silné stránky a prožívání úspěchu. **Odpovědnost za sebe sama** (Self-responsibility), v této fázi si klienti uvědomují, že musí převzít zodpovědnost za svůj vlastní život, což může znamenat, že musí riskovat, vyzkoušet nové věci a učit se ze svých chyb a selhání. **Smysluplná životní role** (A Meaningful

4 Dle českého překladu: Život není „výsledek“: Úvahy o konceptu zotavení o výsledku i procesu.

5 Volný překlad.

6 Dle českého překladu: 100 způsobů jak podporovat zotavení. Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví.

Role in Life), v této fázi, kdy má klient naději, důvěru a odpovědnost, může zastávat roli jako syn, matka, soused či zaměstnanec. V této fázi je důležité, aby se klienti zapojili do života ve svém přirozeném prostředí, komunikovali se zdravými lidmi a obnovili tak svůj společenský život (Ragins, 2002, [online], s. 5-6).⁷

S pojmem Recovery souvisí dvě jeho pojetí – klinické (remise příznaků duševního onemocnění provázené obnovením kognitivních, pracovních a sociálních funkcí) a rehabilitační (úspěšná adaptace klienta ve svém životě) (Probstová, Pěč, 2014, s. 214-215). „U klinického zotavení, které je měřitelné, se u klienta posuzuje přítomnost následujících znaků: je bez symptomů, je bez medikace, samostatně bydlí v komunitě, pracuje, sociální vztahy má na uspokojivé úrovni, je bez sociálně rušivého chování (Harding, 2003). Za zotavení je považována přítomnost alespoň pěti znaků z šesti“ (Foitová, Heřt, Pinkasová, Rolenc, Růžičková, Soldánová, Stuchlík, Štefl, Štochlová, Šupa, Zajíčková, 2016, [online], s. 17).

Pro lepší představu, jaké jsou rozdíly mezi tradičním přístupem a přístupem zaměřeným na recovery, autorka níže uvádí tabulku, která se zabývá rozdíly mezi uspořádáním hodnot a pravomocí, základním pojetím, vědomostní základnou, praxí ve službách a cílech služby.

Tradiční přístup	Přístup zaměřený na recovery
Uspořádání hodnot a pravomocí	
(Zdánlivě) bez hodnot	Zaměřený na hodnoty
Odpovědnost odborníků	Osobní zodpovědnost
Zaměřený na kontrolu	Zaměřený na možnost volby
Moc nad lidmi	Probouzí pravomoci člověka ve vlastním životě
Základní pojetí	
Vědecké	Humanistické
Patografie (popis vlastní nemoci pacientem)	Biografické (životní příběh)
Psychopatologie	Bolestivé zkušenosti
Diagnóza	Osobní význam
Léčba	Růst a objevování
Pracovníci a pacient	Odborníci skrze vzdělání a vlastní

⁷ Volný překlad.

	zkušenosti (peer vztahy)
Vědomostní základna	
Randomizované kontrolované studie	Návodové příběhy
Systematická přezkoumání	Vytvořena ze vzorů – příběhů skutečných osob
Vynětí z kontextu	V rámci společenského kontextu
Praxe ve službách	
Popis	Porozumění
Zaměření na poruchu	Zaměření na osobu
Založena na onemocnění	Založena na silných stránkách
Založena na omezování nepříznivých příhod	Založena na nadějích a snech
Jednotlivec se přizpůsobuje programu	Poskytovatel se přizpůsobuje jednotlivci
Odměňuje pasivitu a vyhovění	Podporuje zplnomocnění
Koordinátoři odborné péče	Self-management
Cíle služby	
Proti nemoci	Pro zdraví
Dostat pod kontrolu	Vlastní kontrola
Vyhovění	Možnost volby
Návrat k normálu	Transformace

Tabulka č. 3 Rozdíl mezi tradičním přístupem a recovery (vlastní zpracování dle M. Slide)⁸

Proces recovery v kombinaci s psychoterapií vede u klientů s duševním onemocněním k „posilování vědomí sebe, vlastních hranic, významu vnitřních zkušeností, hledání bezpečí a důvěry, společné zvládnání duševní nemoci, které se odehrává prostřednictvím terapeutického vztahu, vede k posílení, ale i k optimismu, k víře v obnostitelnost věcí, ale i možnosti přijetí pomoci, možnosti přijetí zodpovědnosti s tím, že mohou i odmítnout zodpovědnost za vše“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 220).

Služba, která má podporovat duševní zdraví, zaměřená na osobní zotavení vede k identifikaci dvou typů cílů. **Cíle zotavení** „jsou sny a ambice daného člověka, které jsou ovlivněny jeho osobností a jeho hodnotami, proto jsou jedinečné. Představují

⁸ SLADE, Mike: *100 ways to support recovery*, London: Rethink, 2013. Dle českého překladu: 100 způsobů jak podporovat zotavení. Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví, druhé vydání. Dostupný také z Worl Wide Web: <<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/zotaveni/knihovna-textu/>>, s. 10.

výchled do budoucna, ačkoli souvisí s minulostí. Jsou založeny na tom, co si člověk aktivně přeje, spíše než na tom, čemu se chce vyhnout. Cíle zotavení jsou založené na silných stránkách a jsou zaměřeny na posilování pozitivní identity a vytváření cenných sociálních rolí. Pro pracovníky mohou být výzvou, buď proto, že se zdají nereálné, nevhodné, nebo je jejich podpora mimo jejich rolí. (...) Vždy vyžadují, aby klient převzal osobní odpovědnost a o dosažení cíle usiloval. Cíle zotavení nastavuje klient, a jsou to vlastně sny s termínem“ (Slade, 2013, [online], s. 24).⁹ Druhým typem cíle jsou **cíle léčby**, které „vyplývají ze společenských požadavků a profesních povinností, které jsou pro podporu duševního zdraví tak, aby omezovaly a kontrolovaly chování a zlepšovaly zdraví. Tyto cíle budou obvykle cílit na minimalizaci dopadů nemoci a na vyhýbání se negativním událostem, například recidivě, hospitalizaci, škodlivému riziku atd. Výsledné kroky pak často představují úkoly, které pracovníci plní, dělají je klientům. Cíle léčení a související kroky vytvářejí základ obhajitelné praxe a jsou důležité a nezbytné“ (Slade, 2013, [online], s. 24).¹⁰ Z výše zmíněného je zřejmé, že cíle zotavení a cíle léčby nejsou totožné. Pro plánování recovery slouží mezinárodně rozšířený nástroj Wellness Recovery Action Planning (WRAP). Nástrojem pro hodnocení Recovery, ale také řízení psychosociální změny, může být tak zvaná Recovery Star (Hvězdice úzdravy). Hvězdice je nejvíce používána ve Velké Británii a v České republice se pracuje na jejím překladu, aby se mohla zavést do praxe (Probstová, Pěč, 2014, s. 216).

Druhá kapitola diplomové práce se věnovala uvedení základních informací k probíhající reformě psychiatrické péče v České republice, strategii reformy a blíže se zaměřila na popis Centra duševního zdraví, jehož součástí by měl být terénní multidisciplinární tým pro osoby se závažným duševním onemocněním. Blíže byl vysvětlen pojem multidisciplinární přístup a popsán proces recovery. V následující kapitole autorka přiblíží komunitní sociální práci a case management (případové vedení), což je model přístupu v sociální práci, který napomáhá v procesu recovery.

9 Dle českého překladu: 100 způsobů jak podporovat zotavení. Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví.

10 Dle českého překladu: 100 způsobů jak podporovat zotavení. Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví.

3 Komunitní sociální práce a Case management

Komunitní péče se začala rozvíjet v západní Evropě a ve Spojených státech amerických v padesátých letech dvacátého století. Mezi základní formy poskytování komunitních služeb osobám s dlouhodobým duševním onemocněním patří denní stacionáře, krizové služby, případové vedení (case management), asertivní komunitní léčba a psychiatrická rehabilitace (Probstová, Pěč, 2014, s. 191-200). První část této kapitoly se bude věnovat komunitní sociální práci a druhá část Case managementu, úkolům case managera, modelům Case managementu. Tato kapitola obsahuje celkem tři příklady zahraniční dobré praxe a to příklad komunitní práce ve Velké Británii a dva příklady modelů Case managementu – nizozemský model FACT a norský model C-Flex, které jsou inspirací pro práci terénních multidisciplinárních týmu pro péči o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, které vznikají v České republice.

3.1 Sociální práce

Sociální práce je definována jako společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života. (Matoušek, 2003, s. 11)

V lednu roku 2014 formulovala IASSW **novou definici sociální práce**: „Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect

for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledges, social work engages people and structures to address life challenges and enhance well-being.“¹¹

Americká národní asociace sociálních pracovníků (National Association of Social Workers, NASW) definuje **cíl sociální práce**: „Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám nebo komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“

Zastrow (Zastrow in Matoušek, 2003, s. 13-14) popisuje praktické cíle sociální práce dle Americké asociace sociálních pracovníků: podpořit schopnosti klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se; zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti; napomáhat tomu, aby systém podpory klientů pracovaly humánně a efektivně (profesionální sociální pracovník může mít roli poskytovatele, organizátora služeb, supervizora, konzultanta a také roli obhájce klientových zájmů); rozvíjet a zlepšovat sociální politiku.

3.2 Komunitní sociální práce

Koncept a kvalita péče se v zařízeních psychiatrických nemocnic a zařízeních sociálních služeb výrazně liší. Na režimových odděleních psychiatrických nemocnic se často zastavil čas – pacienti sice užívají medikaci a nemají možnost požívat alkohol (prevence relapsu akutních příznaků), ale často tráví den v jedné místnosti, na chodbách či v okolí oddělení. V pobytových zařízeních komunitního typu je u klientů podporována autonomie (vstávání, užívání medikace), samostatné fungování (příprava jídla, běžný úklid) a sociální začleňování do společnosti a aktivit v jejich okolí, přičemž jejich denní režim je uzpůsobován jejich potřebám (Kališová a kol., 2013, [online], s. 214).

Komunitní sociální pracovník musí disponovat znalostmi a dovednostmi z mnoha oblastí, např. z oblasti komunikace jak s jednotlivci, tak skupinami

11 Manohar Pawar, Bill Anscombe. Social Work Practice Methods: Thinking, Doing and Being , Cambridge University Press, 2014. ISBN 1107674344, 9781107674349, s. 8.

či organizacemi; práce s jednotlivcem včetně poradenství; práce se zdroji; strategické plánování; analýza komunitních zdrojů a potřeb aj. Aby komunitní sociální pracovník plně plnil svou roli, musí mít odborné znalosti z legislativy (nejen z oblasti bydlení či sociálního zabezpečení), musí mít znalosti socioekonomické a politické situace a musí znát místní organizace a instituce (Navrátil, 2001, s. 136). Mezi nutné dovednosti k plnění role komunitního sociálního pracovníka patří: „motivace, analýza potřeb, výzkum, skupinová práce, vyjednávání, komunikace, poradenství, management (časový i finanční), projektování, psaní zpráv a záznamů, monitoring a evaluace“ (Navrátil, 2001, s. 136).

Komunitní práce je jednou z metod sociální práce. Dle Dunhama je komunitní práce definována jako „proces vědomého sociálního působení, které je zaměřeno na následující cíle (na všechny nebo alespoň některé z nich): propojení potřeb a existujících zdrojů v komunitě, podpora skupinové solidarity a spolupráce v komunitě, podpora změn v komunitě“ (Navrátil, 2001, s. 131). Komunitou rozumíme skupinu lidí, kteří „sdílejí společné zájmy a hodnoty, a mezi nimiž jsou živé vazby. Komunita má určitou vnitřní strukturu, mechanismy organizace a komunikace“ (Platforma pro komunitní práci, 2015, [online], s. 6). Brager a Specht popisují komunitní práci jako „metodu, ve které jsou jednotlivci, skupiny a organizace zapojeni do plánované činnosti s cílem ovlivnit společné problémy“ (Navrátil, 2001, s. 131).

Komunitní péče využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí, je trendem posledních desítek let a je protikladem k ústavní péči. Komunitní péčí rozumíme „široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zvláště v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 185).

Hlavní cílovou skupinou komunitní sociální práce jsou lidé, respektive skupina lidí, kteří sdílejí společný prostor a/nebo které pojí témata či problémy, které jsou pro ně společné. Tato témata či problémy přímo zhoršují či dokonce ohrožují jejich sociální začleňování (Platforma pro komunitní práci, 2015, [online], s. 6). V rámci komunitní

sociální práce jsou sekundárně do cílové skupiny zapojováni také další aktéři, jako jsou sousedé a místní instituce a to z toho důvodu, že přímo ovlivňují život těchto lidí (Platforma pro komunitní práci, 2015, [online], s. 6). Komunitní sociální pracovník by měl tedy vědět, jaké služby organizace či instituce v komunitě nabízejí či jakými činnostmi se zabývají. Cílem komunitní sociální práce je podle Younghusbandové „ovlivňování sociálních změn prostřednictvím analýzy sociálních situací a formování vztahů mezi rozličnými skupinami daného celku tak, aby tento celek sám došel k realizaci žádoucích změn“ (Navrátil, 2001, s. 132). McNeil upozorňuje na to, že by cílem komunitní sociální práce mělo být „obohacení života člověka rozvojem a podporou rovnováhy mezi komunitními zdroji a potřebami jejich členů, přičemž hybnou silou v procesu organizace komunity jsou neustále měnící se potřeby člověka a vztahy mezi lidmi i skupinami“ (Navrátil, 2001, s. 133).

V komunitní péči s lidmi s duševním onemocněním se setkáváme s poskytováním velice specializovaných služeb. Můžeme také hovořit o komunitní psychiatrii, která poskytuje „diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci a prevenci, které probíhá v praxi komunitní péče. Do poskytování těchto specializovaných služeb se zapojují ambulantní psychiatrické týmy, denní stacionáře včetně psychoterapeutických programů, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby, rezidenční služby v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace (McDaid a Thornicroft, 2005).“ Mezi charakteristické vlastnosti služeb **komunitní psychiatrie** řadíme: multidisciplinární týmy (psychiatri, psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, psychoterapeuti), regionalizaci (péče v přesně vymezené lokalitě/regionu), propojenost (týmů, služeb), poskytování služeb co nejbližší domovům klientů, mobilní poskytování služeb (proaktivní a asertivní charakter), dodržování občanských práv klientů (Probstová, Pěč, 2014, s. 188). Moderní komunitní psychiatrie je pro své klienty sítí služeb, které nabízejí kontinuální léčbu, podporu samostatného bydlení, podporu při hledání zaměstnání a podporu sociální. Komunitní týmy jsou zde proto, aby pomohli lidem s duševním onemocněním obnovit jejich sociální role (Thornicroft, 2001, in Matoušek, 2005, s. 135).

V oblasti péče o osoby s duševním onemocněním je systém komunitní sociální práce velice přínosný a efektivní. V systému komunitní péče jsou lépe chráněna práva osob s duševním onemocněním a tento systém péče také předchází stigmatizaci osob

s duševním onemocněním. Klienti využívající služeb komunitní péče jsou spokojenější (ve srovnání s péčí, kterou poskytují psychiatrické nemocnice). Komunitní služby poskytují kontinuální péči, reagují flexibilně na potřeby klientů a dokáží rychle identifikovat zhoršení stavu klienta a poskytnout tak včasnou pomoc a podporu v domácím prostředí klienta (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 6). Obecně lze říci, že „kvalita života klientů včetně zvládnutí symptomů i stability bydlení a pracovního uplatnění je v komplexní (zdravotně sociální) komunitní péči prokazatelně vyšší oproti jiným modelům péče založeným převážně na lůžkové a dominantně zdravotní péči“ (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 6). Komunitní služby jsou pro své klienty lépe dostupné a „obecně se prokazuje, že péče v komunitě o osoby v akutním stavu nemoci oproti péči v psychiatrické nemocnici, (byť toto není možné generalizovat na všechny akutní stavy), je nákladově nižší. I pro klienty, jejichž stav vyžaduje dlouhodobější pobyt na lůžku, je daleko efektivnější umístění do menších komunitních zařízení domácího typu. Klienti takovému typu péče navíc dávají jednoznačně přednost“ (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 6).

3.2.1 Příklad dobré praxe – Velká Británie: Komunitní týmy

Velká Británie byla jednou z prvních evropských zemí, která započala změnu modelu péče o osoby s duševním onemocněním. Reforma začala „na základě vládních dokumentů přijatých v roce 1962, které definovaly potřebu transformace velkých psychiatrických zařízení. Proces změn počítal s redukcí jedné poloviny kapacit velkých psychiatrických zařízení a jejich nahrazení službami v komunitě do roku 1975. Pozdější dokument z roku 1971, Hospital services form the Mentally Ill, již počítal s nahrazením všech kapacit velkých psychiatrických nemocnic kapacitami psychiatrických lůžek ve všeobecných nemocnicích a také s posílením role sociálních služeb a primární zdravotní péče. Program zajišťoval i rozvoj multidisciplinárních týmů a rozvoj dalších potřebných sociálních služeb, zvláště podporovaného bydlení a denních center. V roce 1999, kdy již nebyla v provozu žádná velká psychiatrická nemocnice, byl definován

program dalšího rozvoje orientovaného na posilování role primární zdravotní péče, komunitních týmů a na budování specializovaných týmů pro různé skupiny klientů, jako například rozvoj 300 krizových a 200 asertivních týmů včasné intervence (Department of Health, 1999). Aktuální strategie z roku 2008 je zaměřená na další zlepšení propojenosti a kooperace specializovaných služeb se službami primární péče, dostupnost psychologické pomoci, dostatečnou péči o fyzické zdraví duševně nemocných a plnou aplikaci principu recovery“ (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 4).

Systém péče komunitního týmu funguje spádově, to znamená, že tým pečuje pouze o klienty od svých spádových praktických lékařů. Praktický lékař může předepsat určité druhy psychiatrických léků, některé ale může předepsat pouze psychiatr, proto praktický lékař svého pacienta doporučí psychiatrickému komunitnímu týmu, který pacienta vyšetří a navrhne medikaci. Pokud je pacient po pravidelných kontrolách psychiatrickým komunitním týmem v remisi, je propuštěn opět do péče svého praktického lékaře. V případě zhoršení psychického stavu pacienta, jej praktický lékař opět odkáže na psychiatra. V případě, že klient není spokojen se svým komunitním psychiatrem, může požádat o změnu a bude mu přidělen jiný psychiatrický tým. Spolupráce se spádovým praktickým lékařem je důležitým prvkem fungování komunitního psychiatrického týmu a spádovost celkově usnadňuje sdílení informací. Sdílení informací v týmu umožňuje také technické vybavení pracovníků týmů – díky mobilním telefonům a notebookům s připojením na internet mají pracovníci neustálý přístup do databáze či k e-mailu i v době, kdy nejsou přítomní v kanceláři (Routhu, Routhu, Hosák, 2014, [online], s. 265-266).

Jeden komunitní tým pečuje o 300 až 400 klientů. Jednou týdně se také koná týmová porada, která trvá půl dne. Na této poradě dochází k týmovému řešení jak organizací tak klinických problémů a tvoří se plány pro klienty, kterým tým věnuje intenzivnější péče. Každý klient, kterému je týmem věnovaná zvýšená péče má svého case managera, kterým může být sestra či sociální pracovník. Jedna psychiatrická sestra může mít v péči 10 až 40 klientů a s těmito klienty se schází pravidelně. Pokud dojde ke zlepšení psychického stavu klienta, dochází klient na občasně schůzky s psychiatrem (Routhu a kol., 2014, [online], s. 265).

Tým pro komunitní psychiatrickou péči sestává z vedoucího lékaře, který je spoluvedoucím týmu spolu s manažerem týmu, dále ze sekundárního lékaře (pracuje v komunitním týmu od počátku svého výcviku), komunitních psychiatrických sester, pracovního terapeuta, sociálních pracovníků, psychologa, sekretářky, recepční, pomocných nižších ošetrovatelských pracovníků (support workers) a sester ve výcviku. Pracovníci týmu poskytují nejen ambulantní péči, ale také dochází do přirozeného prostředí pacientů (domácností) či asistují při nedobrovolném příjmu osoby s duševním onemocněním do nemocnice (Routhu, a kol. 2014, [online], s. 265).

Většinu vyšetření a návštěv v komunitě provádí **komunitní psychiatrické sestry**, které jsou vysoce specializované. Komunitní psychiatrické sestry mohou v přirozeném prostředí klienta na příklad odebrat krev, vzorek moči pro toxikologický rozbor, injekčně podat depotní medikaci, mohou také dohlížet na to, zda klient užívá medikaci. Součástí práce komunitní psychiatrické sestry je také vyhodnocování změn psychického stavu klienta a vyhodnocování rizikových faktorů (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 265). Důležitým pracovníkem týmu je beze všeho **sociální pracovník**, který poskytuje poradenství v oblasti sociálních dávek a asistuje klientům při jejich vyřizování. V rámci své odbornosti sociální pracovník také pomáhá chránit děti, zranitelné dospělé a starší osoby a podporuje klienty při hledání zaměstnání (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 265). **Pracovní terapeut** provádí šetření v domácnosti klienta a doporučuje konkrétní změny v klientově prostředí, může na příklad doporučit a zařídit klientovi asistenci při mytí, praní, obsluze elektrických přístrojů, plynu, donášku obědů či podávání medikace. Pracovní terapeut může pomoci klientovi při objednání speciálního alarmu, který je spojený s místní policejní stanicí a spustí se, pokud klient v noci otevře dveře – tímto alarmem je možné zamezit riziku toulání klienta ve zmateném stavu. Pracovní terapeut také doporučuje úpravy v domácím prostředí (na příklad pro zamezení pádu klienta) (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 265).

„Jednou z výhod práce v týmu je sdílená (právní) zodpovědnost týmu. Dejme tomu, že psychiatr si nebude jistý, zda pacient má nebo nemá být léčen klopazinem, s ohledem na rizika nežádoucích účinků léčiva. Na druhé straně tento nemocný, pokud nebude léčen dostatečně, může ohrozit sebe nebo své okolí. V takovém případě může uvedený psychiatr konzultovat zkušenějšího kolegu, nebo může daleko snadněji přenést tento problém k rozhodnutí do diskuse týmu. Zde se mu dostane rady

a podpory ostatních. Současně platí, že pokud by měl pacient například velké komplikace léčby, je rozhodnutí týmu právně lépe obhajitelné než rozhodnutí jednotlivce. Právní odpovědnost za celý tým pak nese nemocnice“ (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 266).

Velká Británie má vytvořen systém **chráněného bydlení** pro osoby s duševním onemocněním, respektive různé typy ubytování. Existují zde domovy s ošetrovatelskou péčí, kde pravidelně dochází psychiatr, dále další typy ubytování, kde dochází během dne sestra a v noci je zde pouze hlídač, či domovy kde je přes den hlídač a v noci žádný personál. Osoby s duševním onemocněním bydlí v takovém prostředí, kde jsou naplňovány jeho individuální potřeby. Také zde existují typy ubytování, které se specializují na příklad na adolescenty, osoby závislé na návykových látkách, osoby v krátkodobé krizi a další (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 266). **Denní stacionáře** ve Velké Británii nejsou součástí nemocnic, ale fungují samostatně s jsou hrazeny i z jiného systému (pravděpodobně ze systému sociální péče) (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 266). Ve Velké Británii fungují **chráněné dílny** (o těch se ale postupně upouští) či **podporovaná pracovní místa** (zaměstnavatel nezná diagnózu svého zaměstnance). Existují ale také speciální pracovní místa přímo pro osoby s duševním onemocněním a ostatní zaměstnanci jsou trénováni, aby podporovali jejich konkrétní potřeby. Člověk s duševním onemocněním může také pracovat jako dobrovolník na příklad v obchodě nějaké z charitativních organizací – při této práci si může klient posílit své pracovní návyky než se bude ucházet o stálé zaměstnání (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 266).

Další příklady specializovaných týmů pro péči o osoby s duševním onemocněním ve Velké Británii:

Crisis Resolution Home Treatment Team (CRHT) – tento specializovaný tým „pečuje o screeningové vyšetření pacientů s psychickými poruchami v rámci rychlé lékařské pomoci (především osob, které představují riziko pro sebe či ostatní). Aby se předešlo přetížení nemocnic a akutních lůžek, je zde alternativa příjmu pro osoby s psychickým onemocněním a středním stupněm rizika, a to monitorování psychického stavu doma (buď telefonicky, nebo osobně, podle rizika a závažnosti

duševního onemocnění) zkušenou sestrou z CRHT“ (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 266).

Early Intervention Team – tento specializovaný tým „se stará specificky o skupinu lidí do 30 let s časnou fází psychózy nebo suspektní počínající psychózou, a to po první tři roky onemocnění pacienta. Tým má podobné složení jako komunitní tým, ale má specifickou klientelu a menší skupinu pacientů. Takovýto tým pečuje přibližně o 100 pacientů, jedna sestra má na starost většinou 10 až 15 pacientů. S těmito nemocnými se tým schází velmi často a také výběr aktivit, které nabízí, je širší. Psycholog týmu provádí kognitivně-behaviorální terapii pro psychoticky nemocné a je velmi snadno dostupný. Je dobře vědecky prokázáno, že práce tohoto specializovaného typu týmu prokazatelně zlepšuje prognózu onemocnění pacientů“ (Routhu, a kol., 2014, [online], s. 266).

3.3 Case management

Case management/případová práce je náročným přístupem sociální práce, který se zaměřuje na případ, tedy na jedince. Tento přístup je „náročný z hlediska sociální vybavenosti i osobnostních dispozic sociálního pracovníka, nevyžaduje žádné zvláštní aranžmá a umožňuje operativní rozhodování, pružnost i tvořivost, jež mohou významně přispět k rozpoznání a uskutečnění právě toho postupu, kterým klient vystoupí ze své nepříznivé situace. (...) Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně-zdravotních služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek“ (Matoušek a kol., 2003, s. 67).

Case management pro lidi se závažným duševním onemocněním v komunitě je intenzivní činnost, která napomáhá obnově (recovery) duševního zdraví (Smith, Newton, 2007). Zahrnuje koordinaci, integraci a přidělení individualizované péče v rámci omezených zdrojů (Thornicroft, 1991). Lidé s chronickým duševním onemocněním jsou podporováni komunitními klinickými case managery, kteří jsou kvalifikovanými profesionály v oblasti duševního zdraví; stejně tak ne-klinickými case managery, kteří se specializují na psychosociální rehabilitaci, která podporuje

maximální nezávislost, well-being a stabilní bydlení (Brekke, Long, 2000). Ne-kliničtí case manažeři jsou obecně kvalifikovaní nebo zkušení v oblasti zdravotní péče, sociální práce či komunitní péče (Dadich, Fisher, Muir, 2013, [online], s. 482-483).¹²

Mezi **základní prvky case managementu** dle Stuchlíka (2001, s. 9) patří: „přehled o potřebách a schopnostech klienta; plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle; uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí; monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku; vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.“

Případový sociální pracovník se musí orientovat nejen v nabídce sociálních a zdravotních služeb či organizací, musí znát poslání a možnosti jednotlivých sociálních a jiných služeb, musí spolupracovat s dalšími odborníky pracujícími s lidmi s duševním onemocněním aj. a to zejména proto, protože se musí orientovat v celé šíři problematiky – s klienty ku příkladu řeší ztrátu příjmu, dostupnost bydlení či zdravotní péče, dostupnost vhodného zaměstnání, přístup k sociálním dávkám a příspěvkům apod. Případová práce se zaměřuje na posílení samostatnosti klienta povzbuzováním k sebedůvěře, mobilizováním jeho sil a vyhodnocováním možností a dostupných zdrojů. Spolupráce případového pracovníka a klienta vychází z partnerského vztahu, přičemž případový pracovník je klientovi nápomocen při orientaci v jeho problému a podporuje ho při vyhodnocování různých alternativ řešení dané situace (Matoušek a kol., 2003, s. 68).

Případová práce by měla postupovat následovně (dle Woodsové a Hollisové, 1990): „poskytnutí psychické podpory klientovi, vyjádření zájmu; explorování problému, ventilace klientových pocitů; přímé ovlivnění klienta, např. vyjádřením pracovníkova názoru, poskytnutím rady, intervencí v konfliktu, zprostředkováním jiné služby; reflexe souvislostí, zejména vztahů mezi prožitky klienta a tím, co se děje v jeho prostředí, reflexe vlastních reakcí klienta a jejich vlivu na okolí, reflexe klientových motivů a reflexe klientova osobního rozvoje“ (Matoušek a kol., 2003, s. 70).

Výhody, které přináší case management jsou: dostupnost (je jasně stanoveno koho kontaktovat), kontinuita (včasný zachycení počínajícího relapsu a volba nejefektivnějších způsobů řešení), koordinace (uspokojení potřeb klientů komplexními

12 Volný překlad.

službami), přizpůsobivost/flexibilita (zaměření služeb na klienta, individuální přístup reagující jak na dlouhodobé, tak okamžité potřeby klienta), výkonnost/efektivita (Stuchlík, 2001, s. 11-12).

Praktické zásady Case managementu dle Rappa a Wintersteena (in Stuchlík, 2001, s. 17):

1. Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii (diagnóza stigmatizuje).
2. Podstatný je vztah klienta a case managera (partnerský spolupracující vztah).
3. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí (brát v potaz klientovo přání a jeho volbu kdykoli je to možné).
4. Asertivita intervencí (vyhledávání klientů).
5. I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat (staví se na zachovaných dovednostech a schopnostech klienta).
6. Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoli překážka (vychází se z potřeb klienta).

3.3.1 Úkoly Case managera

Case manager je pro klienta klíčovou osobou, koordinátorem práce týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče . (Stuchlík, 2001, s. 9)

Úkoly case managera v počáteční fázi

Pro case managera je nejdůležitějším úkolem navázání vztahu s klientem, proto se musí před schůzkou s klientem připravit, tzn. získat co nejvíce informací o klientovi, vybrat místo schůzky; dále musí respektovat klientovy zvláštnosti, např. co by mohlo klienta od schůzky odradit. Case manager by se měl chovat jako skutečný člověk - měl by předem klienta informovat že dojde k setkání, představit se klientovi nejprve jménem, poté vysvětlit jaká je jeho profese a proč klienta vyhledal. Case manager by se měl prezentovat jako osoba, která je na klientově straně a přišla mu pomoci

s jeho problémy. Case manager by měl dát najevo respekt ke klientovi, např. tím že se domluví na oslovování, dále aktivním nasloucháním. Úkolem case managera je také navázání kontaktu s osobami, které klient zná a kterým věří, např. praktický lékař, sestry psychiatrické nemocnice, farář aj. V případě, že při prvním kontaktu klient odmítá nabízenou pomoc, je důležité, aby case manager správně vyhodnotil situaci a rozhodl se, zda bude respektovat přání klienta a kontakt ukončí nebo zda vytrvá a bude klienta opakovaně kontaktovat (zanechá např. vizitku, letáček). Třetí variantou, např. v případech, kdy je klient evidentně nebezpečný sobě či svému okolí, je vyhodnocení situace pracovníkem jako okamžité zajištění jiné formy pomoci (akutní hospitalizace) (Stuchlík, 2001, s. 19-20).

Pro vybudování pozitivního vztahu s klientem je důležité, aby case manager klientovi jasně říkal, co může a co nemůže – klient musí rozumět tomu, kdo je case manager a co mu nabízí a kdy bude jednat proti vůli klienta. V rámci získávání a hodnocení informací o klientovi, by se měl case manager věnovat těmto okruhům: sebeobsluha, aktivity každodenního života; fyzické zdraví; duševní zdraví; schopnosti a životní styl; přínos pečovatелů; sociální síť a podpora, bydlení a finance. Výsledkem vyhodnocení jednotlivých oblastí by měl být individuální plán péče, ve kterém by mělo dojít ke zmapování klientových potřeb, jeho silných stránek a měly by se naplánovat kroky, díky kterým se klientova nepříznivá životní situace zlepší (Stuchlík, 2001, s. 20-26).

Úkoly case managera při intervencích zaměřených na prostředí

Case manager pomáhá klientovi vytvářet vazby ve svém prostředí, zprostředkovává mu služby, se souhlasem klienta spolupracuje s rodinnými příslušníky a zapojuje je do řešení klientova problému. Case manager také podporuje klienta v udržování a rozšiřování sociálních sítí např. podporou při komunikačních dovednostech, doprovodem klienta aj. Dalším důležitým úkolem case managera je také navazování vztahů s lůžkovými odděleními psychiatrické nemocnice, udržování dobrých vztahů s personálem psychiatrické nemocnice a také navazování vztahů s praktickým lékařem a dalšími organizacemi, které poskytují sociální a zdravotní služby osobám s duševním onemocněním (Stuchlík, 2001, s. 27-33).

Úkoly case managera při intervencích zaměřených na klienta

Jedním z úkolů case managera v těchto intervencích je trénink adaptačních dovedností klienta, např. trénink rozvoje sociálních dovedností, zacházení s medikací, hospodaření s penězi, hledání práce. V případě, že je case manager kvalifikovaný v psychoterapii, nemusí ji nutně provádět, ale přitom může psychoterapeutickou roli zastávat tím, že klientovi nabízí vztah, ve kterém klientovi naslouchá, respektuje ho a prakticky mu pomáhá. Součástí role case managera je také podrobné monitorování klientovy medikace a spolupráce se zdravotnickým personálem (Stuchlík, 2001, s. 34-35).

Úkoly case managera při intervencích zaměřených na interakci klienta s prostředím

Úkolem case managera v této oblasti je poskytnutí krizové intervence, respektive předcházení krizovým stavům pomocí předběžné analýzy a přípravy, protože čím dříve může case manager zasáhnout, tím lépe. V případech krize je zde case manager pro klienta, aby ho provázel a poskytl mu potřebnou podporu. Dalším z úkolů case managera je poskytování pomoci a podpory rodině klienta formou intervencí, rodinné terapie. Důležitým úkolem case managera je také monitorování klientova stavu s využitím individuálního plánu péče a následné formální vyhodnocení plánu péče, shrnutí, diskuze a ukončení práce case managera s klientem, při kterém se klientovi ponechává nabídka obnovení spolupráce v případě problémů v budoucnu (Stuchlík, 2001, s. 36-38).

3.3.2 Modely Case managementu

Broker/expanded-broker model

V tomto modelu je primární rolí case managera navázat klienta na potřebné služby a mezi různými poskytovateli tyto služby koordinovat. Mezi specifické funkce tohoto modelu patří: posouzení, plánování, propojení se službami, monitoring a advocacy. (Intagliata, 1982) (...) Tento model klade hlavní důraz na posouzení potřeb pacientů a jejich odkázání na příslušné služby a koordinaci a průběžné sledování léčby. (Mueser, Bond, Drake, Resnic, 1998, [online], s. 38-39). Tento model nebyl příliš

účinný, protože case manager neměl klienty výhradně ve své péči a byl pro klienta pouhým zprostředkovatelem potřebných služeb (Probstová, Pěč, 2014, s. 194).

Clinical case management model

Klinická sociální práce je profesionální aplikace teorií a metod sociální práce pro diagnostiku, léčbu a prevenci psychosociálních dysfunkcí, postižení, poškození, včetně emočních, duševních poruch a poruch chování. V posledních třiceti letech se case management stal standardním přístupem v rámci duševního zdraví a to zejména v klinické sociální práci. Klinický case management je definován jako způsob sociální praxe, který uznává význam biologických a psychologických faktorů, řeší celkovou funkci a udržování fyzického přežití, zdraví a duševního zdraví, osobního růstu a fungování komunity. Klinický case management je poskytováním služeb ve čtyřech oblastech: úvodní fáze (angažovanost, hodnocení, plánování), intervence zaměřené na prostředí (propojení s komunitními zdroji, konzultace s rodinami a dalšími pečovateli, udržování a rozšiřování sociálních sítí, spolupráce s lékaři a nemocnicemi, advocacy), intervence zaměřené na klienta (individuální psychoterapie, nácviky zaměřené na podporu samostatného bydlení, psychoedukace pacientů) a intervence zaměřené na interakci klienta a prostředí (krizová intervence, monitoring). Ačkoli klinické aktivity, které jsou specifikované v tomto modelu mohou být prováděny v různé míře také v předchozím Broker modelu, model klinického case managementu výslovně vysvětluje, že jsou case manažeři kliničtí pracovníci s dovednostmi z oblasti psychoedukace a psychoterapie (Sadath, Muralidhar, Varambally, 2012, [online], s. 71-72).

Intensive case management (ICM) model

Tento model byl přizpůsoben tak, aby vyhovoval potřebám takových klientů, kteří využívají více služeb. Ukázalo se totiž, že mnoho pacientů se závažným duševním onemocněním nebylo zapojeno do klasického case managementu a využívalo nejdražších léčebných služeb, jako například návštěvy na pohotovosti. Řešením tohoto problému byl model ICM, který vyžívá nízký poměr klientů k pracovníkům a poskytuje asertivní služby a služby v přirozeném prostředí klientů, stejně jako praktickou pomoc v každodenním životě. Rozdíl mezi modely ACT (viz. níže) a ICM spočívá v tom, že

případy nejsou dále sdíleny, i když některé popisy modelů ICM odkazují na sdílené případy (Mueser, a kol., 1998, [online], s. 39).

Strengths model

Dalším modelem case managementu je Strengths model. Tento model vznikl jako reakce na obavy, že přístupy case managementu (a léčba obecně) mají tendenci příliš zdůrazňovat limity lidí se závažným duševním onemocněním a poruchy spojené s duševním onemocněním a přehlížejí osobní aktivitu, kterou mohou pacienti sami vyvinout a využít k dosažení svých individuálních cílů. Další obava, která dala vzniknout Strengths modelu, byla nedostatečná pozornost jiných přístupů k podpoře přirozené komunity, které lze využít k usnadnění komunitní integrace. Mezi principy Strengths modelu patří: důraz na silné stránky klienta než na jeho patologii; vztah mezi case managerem a klientem je na prvním místě a je zásadní; intervence jsou založeny na vlastním sebeurčení klienta; komunita je považována za oázu zdrojů, ne za překážku; kontakty s klientem probíhají v komunitě, nikoli v kanceláři; lidé se závažným duševním onemocněním se mohou i nadále učit, růst a měnit (Mueser, a kol., 1998, [online], s. 39).

Rehabilitation model

Podobně jako Strengths model, Rehabilitation model zdůrazňuje důležitost poskytování služeb case managementu založených na individuálních přáních a cílech klientů. Jedinečným rysem tohoto modelu je jeho důraz na posuzování a nápravu dovedností, které mohou podpořit soudržnost komunity a dosažení osobních cílů (Mueser, Bond, Drake, Resnic, 1998, [online], s. 39).

„Záměrem psychiatrické rehabilitace je nejen zvýšení vlastního fungování klienta za současného snižování profesionální pomoci, ale i to, že výsledek rehabilitace by měl odpovídat jak požadavkům prostředí (úspěch), tak vnitřním uspokojením jednotlivce. (...) Teoretické koncepty rehabilitace vycházejí z toho, že současná psychiatrická léčba dokáže zmírnit nebo odstranit symptomy závažných psychiatrických poruch, nedokáže však zmírnit funkční deficity, které z poruchy vyplývají“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 196). „V současné době pod pojem psychiatrická rehabilitace spadá mnoho různých přístupů, z nichž můžeme rozlišit tři hlavní směry rehabilitace: Bostonský směr

představuje vývojový model, který zdůrazňuje rozvoj schopností a vývoj učení; Los Angeleský směr rozpracovává trénink sociálních dovedností, získání strategií na řešení problémů, monitorování symptomů, funkční vyšetření či vyšetření stresorů; Britský model vychází z pečlivě vytvořeného systému péče a úpravě prostředí, které je potřeba adaptovat a zabezpečit kvalitními službami a ve kterém klient žije. Dovednosti naučené v chráněném prostředí a podporujícím prostředí se automaticky nepřenesou do běžného, nechráněného prostředí.“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 197). Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje zejména na oblast práce (pracovní rehabilitace, pracovní dílny, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání), oblast bydlení (chráněná bydlení, podporované zaměstnávání), oblast volného času (centra denních aktivit, kluby) aj. (Probstová, Pěč, 2014, s. 197-200).

Assertive community treatment model (ACT)

V roce 1970, Leonard I. Stein a Mary Ann Test vytvořili program, který měl být komunitní alternativou k hospitalizacím v nemocnicích, tento program nazvali Program for Assertive Community Treatment (PACT). Tento program byl následně vyvinut jako specializovaný balíček péče, který měl uspokojit potřeby pacientů se závažným duševním onemocněním z okruhu psychóz, kteří nadměrně využívali služby. Tehdy byl tento typ přístup běžně označován jako asertivní komunitní léčebný model (assertive community treatment model, ACT, assertive continuous care teams) a byl navržen tak, aby byl komplexním léčebným přístupem, který by přesahoval hranice case managementu i Broker či klinického modelu case managementu (Mueser, a kol., 1998, [online], s. 38). „Cílovou skupinou asertivních komunitních týmů jsou klienti, kteří vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, nedostavují se k ambulantním ošetřením, neužívají předepsaná farmaka, což vede nejen k časným hospitalizacím, ale také k řadě potíží v sociální oblasti (dluhy, exekuce, špatné finanční podmínky a podmínky bydlení). Často jde o klienty, kteří mají omezenou způsobilost k právním úkonům a mají ustanoveného opatrovníka“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 195).

ACT je poskytuje multidisciplinární tým, který se obvykle skládá z psychiatra, zdravotní sestry a nejméně dvou case managerů. Mezi základní principy ACT modelu patří: nízký poměr pacientů k personálu (např. 10 pacientů na 1 pracovníka), většina služeb je poskytována přímo v komunitě (např. v domácnosti klientů, v restauraci)

na místo v kanceláři, případy jsou pracovníky sdíleny, jsou dostupné 24 hodin, většina služeb je poskytována přímo týmem ACT (nejde jen o zprostředkování služeb jako v Broker modelu), a služby nejsou časově omezené. Předností tohoto modelu je nízký poměr klientů k pracovníkům, je kladen důraz na léčbu, která má probíhat v přirozeném prostředí klienta a upřednostnění přímého poskytování služeb před pouhým zprostředkováním informací o službách. Díky ACT modelu je klientům poskytována praktická podpora v každodenním životě (nevýjimaje např. nákupy, cestování, starost o prádlo) (Mueser, a kol., 1998, [online], s. 38). „Asertivní tým získává podnět k zahájení péče u určitého klienta ze strany ambulantních zařízení, obce, policie, ale může jít i o pacienty propuštěné z hospitalizace, u nichž je malá jistota pravidelné spolupráce po propuštění“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 195).

3.3.3 Příklad dobré praxe – Nizozemí: Flexible Assertive Community Treatment, FACT (Dutch version of ACT teams)

FACT model vyvinul psychiatr J. R. Van Veldhuizen a psycholog M. Bähler, přičemž první FACT týmy vnikly v roce 2003 (v roce 2013 jich již bylo okolo 200, v lednu 2017 jich bylo více než 400) (Van Veldhuizen, 2017, s. 6). FACT je rehabilitačně orientovaný model klinického case managementu, který vychází z ACT modelu, ale je flexibilnější a schopnější podpořit širší okruh klientů se závažným duševním onemocněním. FACT tým je tým poskytující zčásti individuální přístup case managementu a zčásti týmový přístup case managementu. Přístup se liší od klienta ke klientovi, v závislosti na jeho potřebách. Klientům s dlouhodobými obtížemi FACT tým zajišťuje koordinovanou multidisciplinární léčbu a péči individuálním case managementem. Pacientům nestabilním a s rizikem relapsu ten stejný tým zajišťuje péči pomocí intenzivního terénního ošetření, přičemž tým tyto případy sdílí (Van Veldhuizen, 2007, s. 422). Mezi hlavní principy modelu FACT patří: být přítomen – být tam, kde chce klient uspět; podporovat zapojení do komunity a zajistit bezpečí; propojení částí systému péče o duševní zdraví, kontinuita péče v komunitě i nemocnici; ACT, flexibilně a kdykoli dostupná; péče a pravidla (léčba založená na důkazech a dodržující doporučené postupy); podpora recovery a rehabilitace (Van Veldhuizen, 2017, s. 23).

Cílem FACT modelu je zkombinovat „péči zaměřenou na zotavení, léčbu založenou na důkazech a osvědčené praxi, integrovanou komunitní a nemocniční péči.“ Péče o lidi se závažným duševním onemocněním poskytovaná v komunitě, musí kooperovat s jejich potřebami – FACT model hovoří o **sedmi „C“**: cure (léčba), care (péče), crisis intervention (krizová intervence), client expertise (odbornost samotného klienta), community support (komunitní podpora), control (dohled), check (kontrola), což představuje náročný soubor požadavků. FACT tým musí v kterémkoli okamžiku zajistit kteroukoli intervenci. **Cure (léčba)** musí být založena na důkazech, je zaměřená na recovery (úzdavu), stabilizaci stavu či jeho zlepšení na přijatelnou míru, v souladu s mezinárodně uznávanou multidisciplinární metodikou; zdravotní péče poskytovaná lékaři a sestrami; péče psychologa (např. kognitivně-behaviorální terapie); léčba závislostí; somatický screening/léčba (metabolický screening). **Care (péče)** zahrnuje každodenní podporu a vedení; ošetrovatelskou péči, pomoc v běžném životě, prevenci zanedbání péče o sebe a důraz na hygienu; psychosociální rehabilitaci; péči orientovanou na recovery (zotavení); a péče by měla být kontinuální ve smyslu předcházení „vypadnutí ze systému“. **Crisis intervention (krizová intervence)** znamená intenzivní dohled a péči v klientově domácím prostředí, sdílení případů; nepřetržitou dostupnost (24 hodin denně, 7 dní v týdnu); krizovou intervenci a vyhodnocování rizik; nouzovou, krátkodobou hospitalizaci; zapojení rodiny/podpory z prostředí klienta. **Client expertise (odbornost samotného klienta)** podporuje využití vlastní zkušenosti klienta; sdílené rozhodování; péči orientovanou na recovery (zotavení); zplnomocňování (model silných stránek); pomoc peer pracovníka. **Community support (komunitní podpora)** představuje rodinné vazby; systém komunitní podpory; podporu bydlení, práce a udržení celkové pohody; individuální podporu při hledání a udržení zaměstnání; podpora zapojování klientů; předcházení problémovým situacím. **Control (dohled)** jako vyhodnocování rizik a zajištění bezpečí pro klienta i jeho okolí; doporučování a realizace úkonů zdravotní péče ze soudního příkazu v případě hrozícího nebezpečí; případná forenzní péče (na základě soudního rozhodnutí). **Check (kontrola)** jako evaluace účinnosti léčby; pravidelné monitorování výsledků; vyhodnocování strategie péče a léčby; certifikace (Van Veldhuizen, 2017, s. 17-18).

FACT tým vyhodnocuje klientovy potřeby, kdy case manager hodnotí klientovy potřeby většinou metodou CANSAS¹³, která umožňuje získat informace o různých oblastech klientova života, o symptomatologii a také o jeho spokojenosti s poskytovanou péčí. Společně s cíli, na jejichž naplnění chce klient pracovat, jsou tyto výstupy podkladem pro vytvoření léčebného plánu. FACT tým musí být dobře koordinovaný, přičemž dobrým nástrojem plánování a rozhodování o postupech týmu, je FACT board. Tento model je komplexním přístupem ne pouhým zprostředkováním jiných služeb, proto všechny služby a úkony poskytují členové týmu. FACT tým je týmem multidisciplinárním, ve kterém působí psychiatr, psycholog, sociální pracovník, ošetřovatel, IPS pracovník a peer pracovník, kteří se denně setkávají a mají společný styl práce. Celý FACT tým sdílí své klienty a společně vytvářejí komplexní léčebný přístup. Ne všichni klienti potřebují sdílenou péči, proto je důležité, aby byl tým flexibilní (Van Veldhuizen, 2017, s. 19-21).

FACT board je tabule (nebo také tabulka např. v excelu) monitorující nutnost individuální podpory case managera a nutnost intenzivní týmové péče. FACT board pracuje s následujícími kategoriemi: krizová prevence; intenzivní krátkodobá péče; intenzivní dlouhodobá péče; klienti, kteří odmítají léčbu; rizikovní klienti, kteří odmítají léčbu; hospitalizace; noví klienti; soudní příkaz. FACT tým se každé ráno schází na ranní poradě, kde se věnují 20-40 klientům zapsaných na této tabuli. Tato tabule je klíčovým prostředkem pro koordinaci celého týmu a pro předávání informací. Klient, jehož jméno se objeví na FACT board je automaticky v péči celého týmu, to znamená, že je se sdílené týmové péči, při které k němu dochází různí pracovníci (Van Veldhuizen, 2017, s. 29-35).

13 Více k tématu CAN viz 4. kapitola diplomové práce.

3.3.4 Příklad dobré praxe – Norsko: Flexible Committed, Community Collaboration – The C-Flex Mod¹⁴

C-Flex tým je týmem flexibilní angažované komunitní spolupráce působící v norském Baerum, který funguje od 2. ledna 2012 – nejprve jako projekt, a poté od ledna 2015 jako běžná služba. Tento model vychází z myšleny, že roztržitěná organizace, institucionalizované postupy a způsoby práce brání kvalitní léčbě osob s duševním onemocněním. C-Flex působí v obci Baerum a zaměřuje se na osoby s dlouhodobým duševním onemocněním (SMI) a/nebo osoby se závažnou závislostí, osoby těžce postižené, osoby které jsou málo či v žádném kontaktu se službami zajišťujícími léčbu. Tým tvoří pracovníci primární a sekundární sféry péče o osoby s duševním onemocněním a závislostí. Všichni pracovníci jsou částečně zaměstnaní i ve službách, tímto mohl být projekt ekonomicky udržitelný a současně se tato metoda práce a filozofie mohla rozšířit.

V tomto modelu jsou reprezentovány následující služby: primární služby duševního zdraví, primární služby pro osoby se závislostí, primární sociální služby, primární služby bydlení, služby zaměstnanosti, specializované služby pro duševní zdraví, specializované služby pro osoby se závislostí, a je zde peer expert (bývalý uživatel služby). Celkem je v týmu třináct pracovníků na úvazek 4,8.

Práce C-Flex týmu vychází z následující filozofie a metodologie: recovery, asertivita, flexibilita, vytrvalost, kontinuita, zapojení klientů, jedna zasedací místnost (ne kanceláře), individuální přístup při posuzování, hodnocení široké škály lidských životů, psychiatrické hodnocení a léčba závislosti vždy, kdy je třeba a kdy je to možné. Hlavními cíli týmu je: navázat klienty na běžné služby, předcházet přerušování léčby, umožnit klientům udržet kontakt se službami, umožnit službám udržet s klientem stabilní a dlouhodobý kontakt. Předpokladem pro fungování týmu je identifikace místních problémů a reagování na potřeby, vstupní kritéria, týmová organizace, pracovníci z existujících služeb (s dobrou znalostí systémů služeb), praxe s asertivním přesahem, zaměření na kontakt/vztah, zaměření na stabilizaci (zahrnující primární

14 Vlastní volný překlad prezentace: ANDERSEN, Bror, Just. Interdisciplinary Assertive Outreach Teams. State Of The Art, and a Norwegian solution. Flexible Committed, Community Collaboration – The C-Flex Mod. Prezentace ku příležitosti semináře „Terénní multidisciplinární tým – zkušenosti z praxe“, v projektu „Psychiatrické nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“, 21. září 2016.

potřeby, rozdělení odpovědnosti a spolupráce v každém směru), vždy (když je to možné) spolupracují jeden specialista na oblast duševního zdraví či závislost a jeden zaměstnanec obce (společně si tak mohou doplňovat své již existující odborné znalosti), aj.

Následující kapitola se bude věnovat činností sociálního pracovníka v oblasti hodnocení potřeb klientů s duševním onemocněním a způsobu jejich hodnocení pomocí Camberwell Assessment of Need (CAN, Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb).

4 Hodnocení a naplňování potřeb osob s duševním onemocněním

Tato kapitola se bude věnovat sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, v úvodu se autorka diplomové práce krátce zaměří na vymezení činnosti sociálního pracovníka a dále bude popisovat nejčastější specifické potřeby lidí s duševním onemocněním, metodu hodnocení potřeb a typy potřebných intervencí (podpory), které na tyto potřeby reagují. Poslední část této kapitoly uvádí příklad dobré praxe z oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním v organizaci FOKUS-Opava, z. s.

4.1 Činnost sociálního pracovníka

Sociální pracovník usiluje o pochopení lidí a zabývá se jejich jednáním. Podrobně se však také snaží pomoci těmto lidem řešit problémy a zlepšovat jejich sociální fungování. Sociální pracovník se snaží rozumět klientovi nebo komunitě, pokouší se stanovit odpovídající diagnózu a dále pak navazuje snahou nasadit „nasadit vhodnou léčbu“, která má být pomocí při řešení problému či při změně situace. (Navrátil, 2001, s. 22).

Základem práce sociálního pracovníka je pohlížení na člověka jakožto na osobu, která žije v prostředí, jehož nároky musí zvládat. Úkolem sociálního pracovníka je podporovat klienta v jeho sociálním fungování, a to takovým způsobem, aby mohl zvládat požadavky prostředí, a ovlivňovat problematické či nadměrné nároky, jež na klienta toto prostředí klade.

Psychologie i sociální práce se věnují problematice lidského chování. Psycholog se většinou soustředí na chování klienta, přičemž studuje biologické i sociální faktory, které toto chování ovlivňují, přičemž převážně pracuje jako psychoterapeut. Sociální pracovník se soustředí na sociální fungování klienta a klientovy vztahy, přičemž se zaměřuje na zdroje, které by klient mohl využít v komunitě takovým způsobem, aby mu byly nápomocné při řešení problémů jak osobních tak sociálních (Navrátil, 2001, s. 23).

Psychiatrie se stejně jako sociální práce věnuje zlepšování vztahů klientů. Psychiatr se zaměřuje na léčení nemoci, medikaci, hospitalizaci klienta, zabývá se dynamikou individuálního a skupinového chování a reorganizaci osobnosti klienta. Sociální pracovník klienta podporuje v obnovování jeho sociálního fungování využitím zdrojů v komunitě a také se zaměřuje na posílení a rozvíjení klientova potenciálu a sociálních vztahů (Navrátil, 2001, s. 22-23).

Jednotlivé činnosti sociálního pracovníka vyjmenovává zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto činnosti by měly být dále specifikovány v náplni práce. Seznámení s náplní práce sociálního pracovníka terénního multidisciplinárního týmu pro péči o osoby s duševním onemocněním, bude součástí praktické části této diplomové práce.

4.2 Specifické potřeby osob s duševním onemocněním

Sociální pracovníci působí v organizacích, které poskytují zdravotní, sociální či zdravotně-sociální péči. Se sociálním pracovníkem se klienti mohou setkat na úřadech, v psychiatrické nemocnici, na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice, v léčebných komunitách, ale také v zařízeních, kde se poskytují sociální služby jako jsou domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, podpora samostatného bydlení, služby následné péče a jiné. Sociální pracovníci působí ve zdravotnických zařízeních, ale také v zařízeních poskytujících sociální služby pobytového, ambulantního či terénního typu či v organizacích, které nabízejí chráněná pracovní místa (dříve chráněné dílny).

Sociální pracovník, který se specializuje na práci s lidmi s duševním onemocněním by měl být seznámen s problematikou duševního onemocnění, měl by znát jakými příznaky se duševní onemocnění projevuje, dynamiku nemoci, možnosti léčby včetně terapeutického působení. V této oblasti je možné absolvovat na příklad různé akreditované kurzy, obvykle jsou nazývány jako Psychiatrické minimum. Sociální pracovník se poté může specializovat ku příkladu v oblasti psychiatrické rehabilitace (na příklad v oblasti obnovení pracovních dovedností), sociální rehabilitace,

psychoedukace, case managementu (případové vedení) či psychoterapii. Práce s lidmi s duševním onemocněním v oblasti celostního působení vychází z principů kognitivně-behaviorální psychoterapie (Matoušek, a kol., 2005, s. 136-138).

Sociální pracovník se při práci s lidmi s duševním onemocněním zaměřuje na prostředí, ve kterém klient žije a na podmínky, které jeho život ovlivňují (podmínky ekonomické, společenské či kulturní). Stejně tak se sociální pracovník zaměřuje na adaptaci klienta v jeho přirozeném prostředí a jeho fungování ve společnosti s důrazem na vyhledávání možných problémů, které by se mohly objevit (Probstová, Pěč, 2014, s. 21-22). V moderní komunitní psychiatrii si sociální pracovník vytváří se svým klientem vztah, který je založený na vzájemném respektu a partnerství, přičemž cílem je sociální integrace klienta. Sociální pracovník je citlivý k potřebám klienta a podílí se na mapování zdravotně-sociálních potřeb klienta a podporuje koncept recovery (Matoušek, a kol., 2005, s. 135-136).

4.3 Hodnocení potřeb osob s duševním onemocněním

Thornicroft, Smuzckler (2001 in Probstová a kol., 2011) dělí potřeby osob s duševním onemocněním do tří oblastí: potřeby v oblasti zdraví (kognitivní funkce/emoce, chování, fyzické zdraví, interpersonální fungování – sociální fungování a role, celkové fungování); potřeby služeb (dostupnost psychiatrických služeb); a potřeby akce (mapování potřeby změny). Nejdůležitějšími nástroji pro hodnocení, jak lidé s duševním onemocněním zvládají své sociální fungování a sociální role, jsou takové nástroje, které se zabývají mapováním schopnosti člověka tyto role zvládat, a to v následujících životních oblastech: v práci, vztazích, domácím prostředí, v péči o sebe.

Metoda, která dokáže zachytit potřeby osob s duševním onemocněním a jejich problémy se zvládáním sociálních rolí je Camberwell Assessment of Need (CAN, Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb). Metoda CAN mapuje jak zdravotní tak sociální potřeby, přičemž účelem šetření je, aby pracovník zjistil, která z potřeb není naplněna a tudíž, ve kterých oblastech péče potřebuje klient podporu či pomoc. Výhodou této metody je, že její administrace trvá do třiceti minut, na hodnocení se podílí jak klient, tak pracovník, či rodinný příslušník (v případě rozdílů v hodnocení potřeb je zahájena diskuze a sestaví se individuální plán péče). Další výhodou je, že se

dá opakovat, což se dá využít např. pro měření efektivity poskytovaných intervencí či pro kontrolu individuálního plánu péče. Tato metoda se dá využít také pro hodnocení účinnosti služby či pro kontrolu, či plánování zkvalitňování služeb (Probstová a kol., 2011, s. 14).

CANSAS

Formulář metody CAN (ve zkrácené verzi CANSAS) se věnuje dvacetidvěma oblastem zdravotních a sociálních potřeb: bydlení, strava, péče o domácnost (udržování domácího prostředí), péče o sebe (vztahuje se k osobní hygieně, neřeší neupravený či bizarní vzhled), denní činnosti (chráněné zaměstnání, návštěvy denního centra či jiná činnost s přáteli), tělesné zdraví (vedlejší účinky léků, akutní potíže, chronické potíže, problémy se zuby), psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě (poskytování místních služeb, specifický stav klienta), psychické potíže (deprese, úzkosti bez ohledu a příčinu), oblast ohrožování sebe (riziko vážného sebezanedbávání, sklon nechat se využívat, riziko sebevraždy či sebepoškozování), oblast ohrožování okolí (riziko úmyslného násilí, riziko nepozornosti), alkohol, drogy (psychoaktivní látky), přátelé, intimní vztahy (vedlejší účinky léků, bezpečný sex), sexualita, péče o děti, základní vzdělání, telefon, doprava (neschopnost využívat veřejnou dopravu z fyzických či psychických důvodů), peníze (schopnost nakládat s penězi) a finanční dávky. Odpovědi jsou hodnoceny škálově: tří bodová škála (0 = žádná potřeba, 1 = naplněná potřeba, 2 = nenaplněná potřeba). Formulář má pouze jednu stranu. (Probstová a kol., 2011, s. 14)

CAN-C

Formulář metody CAN (v klinické verzi CAN-C) se věnuje dvacetidvěma oblastem zdravotních a sociálních potřeb, stejně jako CANSAS. Tato metoda je metodou komplexní a pracovník by měl mít zkušenost s vedením rozhovoru, je vhodné, aby pracovník absolvoval tematický kurz. CAN-C zkoumá problémy, které měl klient v průběhu posledního měsíce. Odpovědi jsou hodnoceny následovně: 0 = není potřeba, 1 = naplněná potřeba, 2 = nenaplněná potřeba, 9 = není známo (klient neví, nebo se nechce k dané oblasti vyjadřovat). Formulář má dvacetdva stran, dle dvacetidvou potřeb, přičemž každá potřeba/strana je rozdělena do čtyř sekcí:

1. sekce obsahuje úvodní otázku, a cílem je zjistit, zda se v dané oblasti vyskytují nějaké problémy, a pokud ano, zda se klientovi dostává efektivní pomoci; 2. sekce mapuje hodnocení pomoci, které se klientovi za minulý měsíc dostalo z neformálních zdrojů, tj. od přátel, rodinných příslušníků; 3. sekce obsahuje hodnocení pomoci, které se klientovi za minulý měsíc dostalo z formálních zdrojů, tj. od zdravotní či sociální služby, a zároveň také hodnotí požadovanou pomoc klientem; 4. sekce slouží pro záznam informací z oblasti plánu dalšího postupu a o tom, jakou pomoc klient chce (Probstová, 2011. s 21, 36.)

4.4 Oblasti naplňování potřeb osob se závažným duševním onemocněním

Duševní onemocnění zasahuje klientův život v mnoha oblastech, touto nemocí je ovlivněno nejen klientovo myšlení či prožívání, ale také vztah klienta k sobě samému, je narušena vůle a motivace, což ovlivňuje zejména klientovy praktické dovednosti, které potřebuje pro běžné fungování a společenský život, či pracovní uplatnění. Duševní onemocnění se také projevuje v oblasti komunikace, či navazování vztahů. Vzhledem k tomu, že se celkový dopad duševního onemocnění projevuje v celé škále naplňování potřeb klientů, je třeba, aby byl nastaven kontinuální, dostupný, komplexní a flexibilní systém zdravotních i sociálních služeb. Tento systém by měl vycházet z principu recovery a jednotlivé intervence by měly vycházet z potřeb klientů, z jejich individuálních cílů, měl by podporovat kompetence klientů a jejich samostatné fungování v jejich přirozeném prostředí. (Kolektiv autorů, 2013, s. 9). Mezi oblastmi, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy patří: komunikace, péče o sebe, péče o domácnost, bezpečí, vztahy, bydlení, finance, zdraví, osobní uplatnění a spokojený život, rizika a nepohoda, mobilita – orientace, volný čas.

V oblasti **komunikace** řadíme mezi specifické problémy distorzi obsahu i formy vyjadřování (neologismy, bizarní větná skladba apod.), bludné vnímání reality a z toho vyplývající poruchu kontaktu s realitou. Důležité je klientům poskytnout podporu sebevědomí, porozumění jazyku psychotického světa druhými osobami (role překladatele), porozumění a kontakt s realitou. (Kolektiv autorů, 2013, s. 10)

V oblasti **péče o vlastní osobu** klienta se mohou vyskytnout specifické problémy jako je zanedbávání se, pasivita – negativní příznaky jako projev nemoci i jako projev dlouhodobého pobytu v instituci (hospitalismus), nezdravá životospráva. Podporou klientům je jejich aktivizace, pozitivní motivace, nácvik pravidelné osobní hygieny, nácvik zdravého životního stylu či podpora ženského sebevědomí. (Kolektiv autorů, 2013, s. 10)

Péče o domácnost - klienti často bývají v této oblasti pasivní (podobně jako při péči o vlastní osobu), vzhledem ke kognitivním poruchám někdy potíže s poslušností potřebných úkonů (např. při vaření), neschopnost se rozhodnout při nutnosti výběru z několika možností (nákupy), limitovanost schopnosti plánování a šetrného hospodaření (utrácení peněz ten den, co je obdrží aj.). Podporou ze strany pracovníka by měl být nácvik pracovních dovedností v reálném prostředí, návody poslušnosti činností, nácvik rozhodovacích procesů či pomoc při hospodaření s penězi. (Kolektiv autorů, 2013, s. 10)

V oblasti **bezpečí** hrozí klientům nebezpečí zneužívání druhou osobou (sociální naivita, vděčnost za každou sociální vazbu, tendence ke vstupování do role oběti), rizikové chování (např. při manické epizodě, včetně rizika pohlavního zneužití apod.), oběť stigmatizace (včetně možné fyzické inzultace druhou osobou). Podporou by měla být ochrana před využíváním a zneužíváním, monitoring a self-monitoring psychického stavu – nácvik bezpečného chování, ochrana před stigmatem vyplývajícím z diagnózy. (Kolektiv autorů, 2013, s. 10)

Vztahy - klienti mají snížené sebevědomí (jako projev nemoci i jako reakce na sociální stigma), velmi limitovaný sociální okruh, omezený sexuální život, riziko vztahové závislosti, potřeba jistoty vztahu zvláště v situaci měnící se vnější reality, rodina může být stresový faktor. V oblasti podpory bychom se měli zabývat zejména podporou sebevědomí, navazování nových sociálních vazeb, edukace v rozvoji sociálních vazeb, sexuální psychoedukace, cílená práce zvláště se vztahem klíčový pracovník – klient, ochrana před případným negativním prostředím rodiny, specifický přístup k rodině – psychoedukace. (Kolektiv autorů, 2013, s. 10-11)

Deinstitucionalizace umožní lidem s duševním onemocněním žít mimo zdi psychiatrických nemocnic. V oblasti **bydlení** a naplňování potřeb je důležité zaměřit podporu na „nácvik a obnovení sociálních dovedností, na jejich osamocení

čili podporu rozšiřování sociální sítě, na dovednosti a podporu z okolí potřebné k zvládnutí zátěžových a krizových situací. Samozřejmě je nutné věnovat pozornost jejich napojení na další sociální a zdravotní služby“ (Matoušek a kol., 2005, s. 147). V oblasti bydlení vznikají stejné specifické problémy jako v oblasti péče o domácnost a zároveň se mohou objevit předsudky sousedů (nemocní jako nebezpeční, nevyzpytatelní aj.), konfliktnost ve vztazích se spolubydlícími, chaotičnost a neorganizovanost, testování hranic/pravidel (hlavně ve skupinovém bydlení). Podporou by měla být mediace, samostatné ložnice, vedení účetnictví, hlavně placení účtů, vyřizování úředních věcí, jasná, pevná pravidla. (Kolektiv autorů, 2013, s. 11)

Finance jsou velmi diskutovanou oblastí, zejména v oblasti příspěvku na péči, který osoby s duševním onemocněním nemají žádný, či nejnižší stupeň, invalidní důchody jsou také nízké, i když onemocnění začíná v raném věku (těžko se dokládá, kdy uživatel skutečně onemocněl). Pasivita, někdy i nechť k vyřizování si dávek (přiznání důchodu berou jako další stigma, potvrzení jejich nemoci, když nemocní nejsou), neefektivní, chaotické zacházení s penězi. Podpora by měla být zejména v oblasti komunikace – edukace posudkových komisí, zaměstnání – příjem, vyřizování úředních záležitostí, hospodaření, nácvik hospodárnosti. (Kolektiv autorů, 2013, s. 11)

V oblasti **zdraví** často dochází k diskriminaci v běžné zdravotní péči (vzhledem k předsudkům), neochota ambulantních specialistů věnovat se komplikovanějším klientům, zanedbávání svého zdravotního stavu (riziko sebevraždy aj.), zvýšená sebevražednost, rychlá proměnlivost psychického stavu, medicinalizace sociálních problémů a naopak, vedlejší účinky léků, závislost na alkoholu i ostatních návykových látkách. Podporou by mělo být vyhledávání ochotných praktických lékařů a specialistů (např. dentistu), motivace k péči o sebe, 24hodinová dostupnost potřebné péče, monitorování stavu, životospráva, režim abstinence. (Kolektiv autorů, 2013, s. 11-12)

Osobní uplatnění a spokojený život. Specifické problémy nastávají, když se nemoc objeví v době absolvování vzdělání, stigmatizace na pracovním trhu, vyřazenost ze společnosti, neschopnost udělat něco pro sebe, nedůvěra ve své schopnosti. Podpora by měla být v oblastech vzdělání (dokončení vzdělání), práce, role ve společnosti, naplnění volného času (dovolená), naplnění osobních společenských cílů, osobnostní růst – rozvoj osobního potenciálu. (Kolektiv autorů, 2013, s. 12)

Rizika a nepohoda - do této oblasti řadíme sebevražednost, rychlá dekompenzace ve stresové situaci, ovlivnitelnost okolím. Podpora je třeba v oblasti monitorování – sebemonitorování, náhled a zodpovědnost za nemoc, rozpoznání stresových situací – stress management, krizový plán, nácviky kognitivních funkcí, nácviky dalších dovedností, využití kognitivně behaviorálních postupů. (Kolektiv autorů, 2013, s. 12)

V oblasti mobility, resp. orientace je specifickým problémem vnitřní dezorientace, která vede k dezorientaci ve fyzickém prostoru, fobie, obsese apod. Podporou jsou nácviky, využití kognitivně behaviorálních přístupů. (Kolektiv autorů, 2013, s. 12)

Volný čas a trávení volného času může být pro klienty problémem a to z následujících důvodů „finanční náročnost, nedosažitelnost místa veřejnou dopravou, odmítání duševně nemocných okolím či strach z nich (...), nedostatek dovedností a rozličné psychologické bariéry (strach z nové, neznámé situace, nadměrná zátěž, zvnitřněná stigmatizace, problémy v sociálním fungování – neobratnost, nápadnost v chování, potíže v komunikaci), symptomy duševní nemoci, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra, či naopak nadnesená obranná očekávání“ (Matoušek a kol., 2005, s. 151). Dle Matouška (2005, s. 151) lidé s duševním onemocněním velmi často žijí izolovaně a mají chudou síť sociálních kontaktů. Komunitní sociální služby pořádají různé akce, oslavy, zájezdy či pobyty.

Práce. Sociální pracovník podporuje klienta v začleňování se do společnosti a také v postupném zapojování do pracovního procesu, přičemž pomáhá „při překonávání vnějších a vnitřních bariér. Vnějšími překážkami může být nezaměstnanost, firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky, špatná integrační politika pro hendikepované. Mezi vnitřní neboli osobní bariéry řadíme kvalifikační faktory (pracovní dráha, kvalita vzdělání), psychiatrické onemocnění (závažnost a typ symptomatiky), sociální fungování (praktické dovednosti a sociální kompetence), pracovní dovednosti a v neposlední řadě sebepožívání a sebedůvěra“ (Matoušek a kol., s. 149).

Začleňování osob s dlouhodobým onemocněním do pracovní rehabilitace podporuje svými projekty na příklad Evropská unie. Jako příklad systematického kontinuálního zapojování klientů s duševním onemocněním do pracovního procesu

mohu uvést projekt Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost s názvem Zpátky do společnosti i do práce, který realizovala organizace FOKUS-Opava, z. s. v letech 2013-2015. Na tomto konkrétním příkladu lze vidět, jak je důležité klienty provázet po celou dobu pracovní rehabilitace - projekt byl realizován čtyřmi aktivitami, kterými si klienti postupně procházeli: posílení sociability, nácvik pracovních dovedností, místa na zkoušku, poradenství a podpora při vyhledávání pracovních příležitostí.

4.4.1 Příklad dobré praxe: Zapojení osob s duševním onemocněním do pracovního procesu – Projekt FOKUSu – Opava, z. s.

Začleňování osob s dlouhodobým onemocněním do pracovní rehabilitace podporuje svými projekty na příklad Evropská unie. Jako příklad systematického kontinuálního zapojování klientů s duševním onemocněním do pracovního procesu uvádí autorka diplomové práce projekt Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost s názvem Zpátky do společnosti i do práce, který realizovala organizace FOKUS – Opava, z. s. v letech 2013-2015. Na tomto konkrétním příkladu lze vidět, jak je důležité klienty provázet po celou dobu pracovní rehabilitace - projekt byl realizován čtyřmi aktivitami, kterými si klienti postupně procházeli: posílení sociability, nácvik pracovních dovedností, místa na zkoušku, poradenství a podpora při vyhledávání pracovních příležitostí. V následujících řádcích by autorka ráda popsala jakým způsobem byl projekt realizován.

Posílení sociability¹⁵

Posílení sociability bylo první aktivitou projektu. Klienti měli možnost zapojit se do různých programů, které jim organizace nabízela. Jednotlivé činnosti byly přizpůsobovány dle dohody klienta a pracovníka – klienti si dle svého zájmu, zaměření, schopností, dovedností a psychického rozpoložení dohodli s pracovníkem obsah činnosti. Prostřednictvím těchto činností byli klienti motivováni k tomu, aby se znovu

¹⁵ Vlastní podklady autorky diplomové práce pro závěrečnou zprávu projektu OPLZZ, Opava: FOKUS-Opava, z. s., březen 2016.

zařadili do běžného života a dokázali tak zmírnit negativní dopady opakovaných relapsů a zlepšit tak prognózu svého onemocnění a celkově kvalitu svého života. Tato aktivita byla zaměřena na **posilování komunikační dovednosti** klientů, zlepšení jejich soustředění a pozornosti, dále na rozvoj hrubé a jemné motoriky a součástí celkové aktivizace klientů bylo umožnit navazování sociálních kontaktů a rozvoj pracovních dovedností. Posilování komunikačních dovedností klientů tvoří základ ke společné práci ve skupině. Uživatelé byli v rámci individuálních činností s pracovníky motivováni k dodržování správných zásad v komunikaci. Během denních činností byli klienti podporováni k tomu, aby se správně naučili vycházet s ostatními uživateli, aby se vzájemně nerušili, a aby se naučili vzájemnému respektu. Činnosti, které posilují komunikační dovednosti klientů ve skupině byly zaměřeny zejména na předávání a výměnu nabytých informací, poznatků, zkušeností, zážitků z okruhu moha témat. K těmto činnostem bylo zařazeno vyprávění klientů ve skupině na vybrané či volné téma. Klienti si zvolili téma, o kterém mohli diskutovat a naučit se tak vzájemnému naslouchání, respektu a mohli se naučit podporovat vzájemné vztahy mezi sebou. Klienti se naučili projevovat své názory, posilovat svou sebedůvěru v projevu před skupinou a zároveň respektovat názor druhých. Snahou pracovníků také bylo podporovat komunikaci klientů mezi sebou tak, aby si vzájemně porozuměli a dokázali se navzájem i povzbudit a motivovat se k iniciativně ve skupinové diskuzi. Společné diskuze klientů celkově pomohly k prohlubování a rehabilitaci sociálních vztahů ve skupině, kdy si klienti k sobě společně hledali cesty jak spolu vycházet a respektovat se.

Činnosti, které napomáhaly ke **zlepšování soustředění a pozornosti** měly jak individuální tak skupinovou formu a zaměřovaly se na nácvik kognitivních/poznávacích funkcí (hry, kvízy, a jiné aktivity).

V rámci nacvičování **rozvoje hrubé a jemné motoriky** byli klienti podporováni a motivováni k vyvíjení vlastní aktivity prostřednictvím fyzické činnosti. Při činnostech poskytoval sociální pracovník klientům takovou míru pomoci, jaká byla třeba a zároveň spolu pracovali na postupném zajišťování takových podmínek, aby podpora klienta v čase klesala. Klienti byli motivováni k tomu, aby se dokázali sami rozhodnou jakou činnost si zvolí. Pracovníci klientům nabízeli různorodé činnosti, které byly zejména zaměřené na práci s papírem, přírodními materiály, látkami, bižuterií aj. a klienti měli v tomto směru možnost vyzkoušet si, nebo přímo získat pracovní návyky a dovednosti.

Rozvoj těchto dovedností vedl k větší samostatnosti a soběstačnosti klientů, kteří se tak naučili využívat svůj vlastní potenciál a iniciativu a díky tomu se realizovat tak, aby jejich život získával na kvalitě. Celkově činnosti přispívaly k zmírnění sociální izolace klientů.

Nácvik pracovních dovedností – pracovní rehabilitace¹⁶

V této aktivitě sociální pracovník mapoval pracovní dovednosti, podporoval klienta v obnovování a upevňování obecně platných a potřebných pracovních návyků a podporoval klienta v nácviku konkrétních pracovních činností. Před začleněním klienta do nácviku pracovních dovedností (pracovní rehabilitace) musel sociální pracovník nejprve zmapovat uživatelské stávající pracovní návyky a dovednosti, se zaměřením na určení míry klientovy samostatnosti a soběstačnosti.

V průběhu **pracovní rehabilitace** sociální pracovník spolu s uživatelem pracovali na obnovování ztracených pracovních návyků a na jejich upevňování. Konkrétně se tato individuální práce zaměřovala na dodržování pravidelné docházky a s ní související setrvání v pracovní rehabilitaci po předem určenou dobu. Klienti byli vedeni k tomu, aby se v případě nepřítomnosti omlouvali. Při pracovních činnostech byli klienti vedeni k přijímání zodpovědnosti za svou provedenou činnost a motivováni ke vzájemné komunikaci mezi spolupracovníky a nadřízenými. Působení klienta v činnostech pracovní rehabilitace bylo hodnoceno klientem a sociálním pracovníkem v individuálním plánu, ve kterém byly zapisovány klientovy úspěchy/neúspěchy a míra naplňování jednotlivých pracovních úkolů. Celkově byli klienti vedeni k tomu, aby jejich působení v pracovní rehabilitaci vedlo k tomu, aby se orientovali ve svém pracovním prostředí a aby tyto získané informace dokázali uplatnit v samostatném fungování v rámci pracovních činností. Nabyté znalosti a dovednosti klientům pomohly ve vytvoření pracovních návyků a následně tak získali motivaci k seberealizaci v pracovních činnostech. V rámci naplňování aktivit pracovní rehabilitace měli klienti možnost vybrat si z konkrétních pracovních činností – kompletace výrobků, košíkářství (pletení z přírodních materiálů, papíru, pedigu), úklid, výroba dekorativních předmětů a

¹⁶ Vlastní podklady autorky diplomové práce pro závěrečnou zprávu projektu OPLZZ, Opava: FOKUS-Opava, z. s., březen 2016.

práce na zahradě. Návčiky těchto pracovních činností probíhaly dle konkrétních pracovních postupů, které byly pro daný nácvik činnosti zpracovány.

Místa na zkoušku¹⁷

V rámci této aktivity bylo v reálných podmínkách tehdy chráněné dílny vytvořeno 8 pracovních „míst na zkoušku“. Klienti se zapojili do pracovních činností dle aktuálního výrobně kompletačního programu. Klient, který měl zájem vykonávat pracovní činnosti v rámci umístění na „místo na zkoušku“ musel nejprve absolvovat pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitace sloužila k nácviku pracovních návyků a dovedností a měla za cíl vést uživatele k tomu, aby si upevnili pracovní návyky a nacvičili či pracovní činnosti dle konkrétních pracovních postupů. V rámci pracovní rehabilitace měl uživatel zpracován individuální plán, ve kterém se sociálním pracovníkem hodnotil své úspěchy/neúspěchy a míru naplňování jednotlivých pracovních úkolů (viz výše). Poté co klient absolvoval pracovní rehabilitaci, mohl nastoupit na „místo na zkoušku“ do chráněné dílny. Působení klienta v „místě na zkoušku“ bylo časově omezeno maximálně na dobu dvou let, kdy měli klienti možnost docházet do chráněné dílny na 4 hodiny denně, dva dny v týdnu.

Stejně jako v předchozí pracovní rehabilitaci měl klient sepsán individuální plán, na jehož postupném naplňování pracoval spolu se svým klíčovým pracovníkem. Hodnocení individuálního plánu probíhalo formou revize a plánováním dalšího postupu, co 3 měsíce. Pracovní činnosti v rámci „míst na zkoušku“ byly klientům přidělovány dle stupně náročnosti – zpočátku byl klient zapojován do jednodušších pracovních činností a následně do činností náročnějších. Míra podpory klíčového pracovníka a mistra chráněné dílny se v průběhu plnění zadaných pracovních činností snižovala a cílem bylo, aby se klient dokázal samostatně zapojit do pracovních činností a celkového fungování chráněné dílny. Během působení na „místě na zkoušku“ musel klient důsledně dodržovat stejná pracovní pravidla jako stávající zaměstnanci chráněné dílny, čili tak, jako by měl uzavřenou pracovní smlouvu. Za provedenou práci v rámci „místa na zkoušku“ náležela klientovi odměna ve formě stravenek. V případě, že byl individuální plán naplněn a klient bez problémů zvládal fungování v „místě na zkoušku“ v rámci chráněné dílny, mohl se ucházet o pracovní místo jak v chráněné dílně

17 Vlastní podklady autorky diplomové práce pro závěrečnou zprávu projektu OPLZZ, Opava: FOKUS-Opava, z. s., březen 2016.

FOKUSu-Opava, z. s., tak na jiných chráněných pracovních místech nebo na běžném trhu práce.

Podpora při vyhledávání zaměstnání¹⁸

V poradenském programu Job klub bylo cílem motivovat a aktivizovat klienty v uplatnění se na chráněném či běžném trhu práce. Klienti získali základní orientaci na trhu práce a měli možnost naučit se a nacvičit si dovednosti a techniky vyhledávání zaměstnání. Získáním informací a praktických dovedností v této oblasti si klienti osvojili takové znalosti, díky kterým měli možnost připravit se na aktivní vyhledávání volných pracovních míst. Opakovaná skupinová setkávání sociálního pracovníka s klienty probíhala na základě domluvy s klienty a jejich náplň byla přizpůsobena potřebám klientů, kteří se setkávání účastnili. Poradenství se věnovalo tématům ztráty zaměstnání, zabezpečení v nezaměstnanosti, jak a kde si hledat práci, vyhledávání inzerátů a nabídek k práci, psaní životopisu, jak komunikovat s potenciálním zaměstnavatelem, jak vystupovat během přijímacího řízení/pohovoru či jaké náležitosti má mít pracovní právní poměr.

Sociální pracovník v rámci individuální podpory pomáhal klientům při vyhledávání zaměstnání. Sociální pracovník také podporoval a motivoval klienty k tomu, aby se co nejvíce aktivně a samostatně zapojovali do vyhledávání zaměstnání, které by pro ně bylo vhodné. Pracovník byl klientům k dispozici jako rádce a pomocník při vyhledávání adekvátního pracovního místa již od samého počátku, na příklad při vytipování pracovních příležitostí. Sociální pracovník doprovázel klienty při vyřizování potřebných náležitostí potřebných pro uzavření pracovní smlouvy (ÚP, OSSZ, aj.), pomáhal komunikovat s potencionálními zaměstnavateli a podporoval klienty při osobním jednání s budoucím zaměstnavatelem a byl také nápomocen při dojednávání pracovních podmínek.

V případě dojednání pracovního poměru, mohl klient využít podporu sociálního pracovníka přímo na konkrétním pracovišti formou pomoci při nácvičku dovedností, které byly na daném pracovním místě zapotřebí. Sociální pracovník byl klientům nápomocen při zvládnání požadovaných úkolů a při zácvičku v novém zaměstnání. Stejně tak náš sociální pracovník podporoval klienty v začleňování do nového pracovního

¹⁸ Vlastní podklady autorky diplomové práce pro závěrečnou zprávu projektu OPLZZ, Opava: FOKUS-Opava, z. s., březen 2016.

kolektivu a pomáhal zvládat klientovy počáteční obavy a nejistoty související jak se začleněním mezi nové kolegy, tak celkově do pracovního procesu. Forma podpory sociálního pracovníka byla individuální a zaměřovala se na nejpřirozenější přechod klienta do pracovního prostředí.

Nyní bude následovat praktická část diplomové práce, která se bude věnovat roli sociálního pracovníka v terénním multidisciplinárním tým. Ve výzkumné studii bude využit kvalitativní výzkumná metoda s použitím rozhovoru a dále se bude autorka věnovat analýze dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu.

5 Role sociálního pracovníka v opavském terénním multidisciplinárním týmu

Praktická část diplomové práce se bude věnovat roli sociálního pracovníka v opavském terénním multidisciplinárním týmu, který vznikl Dohodou o spolupráci mezi poskytovatelem registrovaných sociálních služeb, nestátní neziskovou organizací FOKUS – Opava, z. s. a Psychiatrickou nemocnicí Opava, p. o. V úvodu praktické části bude popsáno, jakým způsobem začala reforma psychiatrické péče v Opavě a dále bude představena organizace FOKUS – Opava, z. s. a krátce Psychiatrická nemocnice Opava, p. o.

V následující části diplomové práce bude popsáno výzkumné zaměření, které je studií terénního multidisciplinárního týmu pro péči o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, se zaměřením na profesi sociálního pracovníka, respektive na roli sociálního pracovníka v tomto týmu. Jako technika sběru dat byl využit strukturovaný rozhovor se třemi sociálními pracovníci terénního multidisciplinárního týmu, který byl doplněn o neformální rozhovor s jednou ze sociálních pracovníček terénního multidisciplinárního týmu. Další sběr dat byl proveden analýzou dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu, která bude následně autorkou diplomové práce revidována a bude k nahlédnutí v příloze této diplomové práce.

Reforma psychiatrické péče v Opavě

Reforma psychiatrické péče byla v České republice podporována zejména granty z Norských fondů, a to od roku 2015. V rámci podpory z Norských fondů byly vypsány granty ve dvou oblastech – deinstitucionalizace a destigmatizace. V České republice podpořeno 49 projektů psychiatrických nemocnic a jiných institucí, zejména pak z oblasti neziskového sektoru, přičemž hlavním cílem byla podpora komunitní péče a podpora vzniku center duševního zdraví.

Z Norských fondů byla také podpořen vznik terénního multidisciplinárního týmu v regionu Opava. Tento tým mohl vzniknout díky projektu FOKUSu – Opava, z. s. „Pilotní projekt a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu pro region

Opava a Vítkov“ a projektu Psychiatrické nemocnice Opava „Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji.“ Společným cílem obou zainteresovaných organizací byla aktivita nazvaná „Vytvoření a pilotní odzkoušení multidisciplinárního týmu“, přičemž spolupráce na této projektové aktivitě trvala jeden rok, konkrétně tedy od 1. dubna 2015 do 30. dubna 2016.

Cílem projektu FOKUSu – Opava, z. s. bylo vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v regionu Opava. Záměrem bylo zlepšení dostupnosti komplexních zdravotních a sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Psychiatrická nemocnice v Opavě v tomto projektu působila jako partner bez finanční spoluúčasti. Smyslem projektu bylo propojit odborníky z oblasti zdravotní péče čili zaměstnance Psychiatrické nemocnice v Opavě, tj. psychiatra, klinického psychologa, psychiatrické sestry a ergoterapeuta s odborníky na péči sociální, tedy pracovníky FOKUSu – Opava, z. s., tj. sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Společným cílem obou týmů měla být spolupráce na profesionální úrovni a vytvoření fungujícího zdravotně sociálního terénního multidisciplinárního týmu pro péči o osoby s chronickým duševním onemocněním v regionu Opava a na Vítkovsku. Výstupem projektu bylo vytvoření metodiky, která měla sloužit jako podkladový materiál pro transformaci psychiatrické péče v tomto regionu.

Součástí tohoto projektu byla také další aktivita, a to vzdělávání zdravotních a sociálních pracovníků terénního multidisciplinárního týmu, se zaměřením na získání zkušeností s metodou case management. Aktivitou projektu byla také destigmatizační kampaň v regionu Opava. Tato kampaň probíhala formou besed na základních a středních školách a formou účasti na různých společenských akcích pořádaných Statutárním městem Opava, kdy záměrem bylo neformálně informovat veřejnost o problematice duševního zdraví.

Poté, co byl projekt ukončen, došlo mezi oběma zainteresovanými organizacemi k následné pokračující Dohodě o spolupráci, terénní multidisciplinární tým tedy působí na území Opavska dosud. V současné době jsou do terénního multidisciplinárního týmu zapojeny za FOKUS – Opava, z. s. dvě sociální pracovnice a psycholog a za Psychiatrickou nemocnici Opava, p. o. psychiatr a pět psychiatrických sester.

FOKUS – Opava, z. s.

FOKUS – Opava, z. s. je nestátní nezisková organizace. Je dobrovolným a nepolitickým sdružením, které sdružuje širokou odbornou i laickou veřejnost v oblasti péče o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, mentálním postižením a zdravotním postižením. FOKUS – Opava, z. s. je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb: Sociální rehabilitace (forma: ambulantní, terénní), Podpora samostatného bydlení (forma: terénní), Služby následné péče (forma: ambulantní). FOKUS – Opava, z. s. je významným subjektem na chráněném trhu práce (chráněná pracovní místa, pracovní rehabilitace). Posláním FOKUSu – Opava, z. s. je pomáhat lidem s chronickým duševním onemocněním, mentálním postižením a zdravotním postižením v návratu a uplatnění ve společnosti rozvíjením různých možností pro jejich pracovní a sociální rehabilitaci. Cílem organizace je vyrovnání podmínek osob s chronickým duševním onemocněním, mentálním postižením a zdravotním postižením tak, aby byly srovnatelné s podmínkami zdravého člověka. FOKUS – Opava, z. s. je členem celorepublikového sdružení FOKUS Federál, jež je střešní organizací všech FOKUSů působících v České republice, a zajišťuje nejen metodické vedení a supervize, ale také garantuje kontrolní mechanismy pro hospodaření se státními dotacemi.

Pracovníci organizace mají zkušenosti s prací v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, někteří i s extramurálními formami péče komunitního typu z jiných regionů republiky. Organizace spolupracuje s odborně zaměřenými organizacemi v poskytování návazné péče. Koncepte činnosti organizace vychází z oficiálních mezinárodních, státních i regionálních dokumentů (např. Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Světová zpráva o zdraví, Deklarace o duševním zdraví v Evropě, Strategický dokument pro duševní zdraví, tzv. „Zelená kniha“, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Koncepte psychiatrické péče Ministerstva zdravotnictví, Strategie reformy psychiatrické péče Ministerstva zdravotnictví České republiky, Národního akčního plánu sociálního začleňování, Koncepte zdravotní a sociální péče Moravskoslezského kraje, Vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením aj.) a dále ze zkušenosti z jiných regionů a vlastní psychiatrické praxe pracovníků.

FOKUS – Opava, z. s. se zapojil do projektu spolu s Psychiatrickou nemocnicí Opava, p. o. Projekt z Norských fondů byl zacílen na vytvoření chybějících článků péče o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí, na

pomoc k lepšímu přístupu ke zdravotní a sociální péči, a tím k jejich rychlejšímu zařazení zpět do běžného společenského života. **Psychiatrická nemocnice v Opavě, p. o.** (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví České republiky) byla v projektu partnerem FOKUSu – Opava, z. s. Psychiatrická nemocnice disponuje 863 lůžky na které se ročně přijme téměř 6 500 pacientů, přibližně v 1/3 se jedná o opakované hospitalizace. Jedná se o druhé největší psychiatrické lůžkové zařízení v České republice. Spádové území Psychiatrické nemocnice představuje 1,3 milionů obyvatel Moravskoslezského kraje.

Kvalitativní výzkumná studie

Cílem kvalitativní výzkumné studie je objasnit, jakou roli má sociální pracovník opavského terénního multidisciplinárního týmu, jaké nejčastěji vykonává činnosti a jaké jsou jeho kompetence. Objektem zájmu výzkumné studie, jsou tedy sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu pro péči o osoby s duševním onemocněním, konkrétně se tedy jedná o sociální pracovníce nestátní neziskové organizace FOKUS – Opava, z. s. Výzkumná studie se bude věnovat objasnění role sociálních pracovníků v tomto multidisciplinárním týmu. Zkoumaný problém je aktuální vzhledem k probíhající reformě psychiatrické péče v České republice.

Zvolená strategie má zdůraznit komplexnost výzkumné studie, přičemž jeho historické pozadí je popsáno v teoretické části této diplomové práce. V širším pojetí tato výzkumná studie zkoumá určitou jasně vymezenou skupinu osob – sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu. V užším pojetí se studie věnuje jejich roli v týmu. Sociální pracovníci budou v textu anonymizováni a označeni zkratkou písmen (sociální pracovníci SP) a číslem (1, 2, 3), tedy: SP1, SP2, SP3. Dvě z oslovených sociálních pracovníků jsou v současné době členy terénního multidisciplinárního týmu, jedna ze sociálních pracovníků je toho času na mateřské dovolené, ale v terénním týmu působila již od jeho počátku. Do výzkumné studie se tedy zapojily tři sociální pracovníci ze čtyř, které kdy v opavském terénním multidisciplinárním týmu působily. Čtvrtá sociální pracovníce, která v současné době v organizaci nepracuje, účast na studii odmítla. Jako zdroj údajů případové studie bude sloužit rozhovor se sociálními pracovníci analýza dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu.

Aplikace výzkumné studie

Výzkumná otázka: Jakou roli má sociální pracovník v opavském terénním multidisciplinárním týmu pro péči o osoby s duševním onemocněním?

Dílčí výzkumná otázka 1 (DVO 1): Jaké činnosti nejčastěji vykonává sociální pracovník v rámci poskytování služeb terénního multidisciplinárního týmu?

Dílčí výzkumná otázka 2 (DVO 2): Jaké kompetence má sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu?

Dílčí výzkumná otázka 3 (DVO 3): Jak by samotní sociální pracovníci terénního multidisciplinárního týmu popsali svou roli?

Případ/objekt zájmu: Sociální pracovnice opavského terénního multidisciplinárního týmu.

Volba strategie výběru vzorku: Oslovení sociálních pracovníků opavského terénního multidisciplinárního týmu, které jsou v současné době zapojeny do terénního multidisciplinárního týmu – konkrétně se jedná o dvě sociální pracovnice. Dále bude oslovena sociální pracovnice, která byla do terénního multidisciplinárního týmu zapojena od samého počátku jeho vzniku a v současné době je na rodičovské dovolené. Oslovena byla také sociální pracovnice, která v týmu již nepůsobí, nepracuje již ani v organizaci, tato účast na výzkumné studii odmítla.

Metody tvorby dat: Data budou získány ze strukturovaného rozhovoru se třemi sociálními pracovníci, neformálním rozhovorem s jednou ze sociálních pracovníček a z analýzy dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu.

Rozhovor

Strukturovaný rozhovor

Autorka diplomové práce jako podklad pro zodpovězení dílčích výzkumných otázek použila strukturovaný rozhovor se sociálními pracovníci. Autorka měla předem připraven soubor otázek, předtištěných ve formě dotazníku. „Strukturované interview je metoda, která stojí na pomezí mezi dotazníkovými metodami a interview. Strukturované interview má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a neumožňuje mu příliš velké změny či úpravy. Pořadí a znění otázek je fixované (...)“

Příprava pro provádění strukturovaného interview bývá technicky náročná. Vyžaduje precizní zvládnutí všech detailů (...) Při provádění strukturovaného interview není prostor pro improvizaci a obvykle je snahou zajistit maximálně standardizované podmínky jeho průběhu“ (Miovský, 2006, s. 162). Strukturovaný rozhovor, vedený dle osnovy dotazníku, byl souborem uzavřených otázek a několika otevřených otázek. Uzavřené (strukturované) otázky dávaly možnost volby mezi dvěma až čtyřmi alternativami předem připravených odpovědí, což má tu výhodu, že se podstatně zjednodušuje vyhodnocování odpovědí a respondenti jsou ochotnější na takové typy otázek odpovídat (Chráška, 2007, s. 165-166). Otevřené (nestrukturované) otázky daly respondentkám možnost rozhodnout se o délce i obsahu své odpovědi. Tyto otázky nenavrhují respondentovi předem připravené odpovědi. Strukturovaný rozhovor byl se dvěma sociálními pracovníci veden v prostoru kanceláře multidisciplinárního týmu a s jednou ze sociálních pracovníků v kavárně.

Polostrukturovaný neformální rozhovor

Autorka diplomové práce využila jako doplňující metodu pro získání kvalitativních dat pro zodpovězení dílčích výzkumných otázek neformální polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovnící, označenou jako SP3 – s touto sociální pracovnící byl veden strukturovaný rozhovor a následně, po požádání autorkou diplomové práce, souhlasila tato sociální pracovníce s neformálním rozhovorem, který pomohl k doplnění informací v určitých oblastech výzkumu. Při rozhovoru byl kladen důraz na přirozenost konverzace a nenásilný průběh a nebyl předem vytvořen plán v podobě struktury, které by se autorka diplomové práce pevně držela (Miovský, 2006, s. 157). Autorka diplomové práce měla pouze představu, že se sociální pracovníce bude doptávat stylem: „Co bys mi mohla říct bližšího k ...? Můžeš mi přiblížit jak probíhá ...? Chápu správně, že ...?“ Autorka se tak chtěla dle Miovského (2006, s. 157) „držet hlavního tématu, které ji zajímalo a sledovat tak jeho rozvíjení v kontextu“ definovaných otázek pro strukturovaný rozhovor. Autorka zvolila nestrukturovaný rozhovor především proto, že jeho výhodou je flexibilita a možnost přizpůsobení rozhovoru (Miovský, 2006, s. 158).

Rozhovor probíhal v neformálním prostředí kavárny, což bylo prostředí vyhovující z hlediska technického, účastnice rozhovoru měly pro práci klid a nebyly

příliš rušeny, prostředí bylo příjemné pro obě zúčastněné (Miovský, 2006, s. 158). Z rozhovoru byl proveden audiozáznam na mobilní telefon autorky diplomové práce a jeho přepsané úryvky jsou součástí diplomové práce – doplňují dotazníkové šetření.

Vyhodnocení rozhovorů

Otevřené otázky sloužily autorce diplomové práce k odpovězení základních otázek, které objasňovaly působení sociálního pracovníka v terénním multidisciplinárním týmu. Jednalo se o následující otázky:

- Jak dlouho pracujete s osobami s dlouhodobým duševním onemocněním (celková délka praxe s touto cílovou skupinou)?
- Jak dlouho pracujete s osobami s dlouhodobým duševním onemocněním ve FOKUSu – Opava, z. s.?
- Jaké kurzy, semináře, školení, výcvik, stáže aj. jste absolvovala pro práci v terénním multidisciplinárním týmu?
- Jak dlouho pracujete v terénním multidisciplinárním týmu?
- Máte v současné době svůj pracovní úvazek rozdělen (např. v náplni práce) zvlášť pro práci v multidisciplinárním týmu a zvlášť pro běžnou práci v rámci poskytování sociálních služeb ve FOKUSu – Opava, z. s.?
- Kolika klientům se v rámci poskytování terénních služeb multidisciplinárního týmu věnujete týdně?
- Kolik sociálních pracovníků je zapojeno do poskytování služeb multidisciplinárního týmu?
- Považujete počet sociálních pracovníků zapojených do poskytování služeb multidisciplinárního týmu za dostatečný?
- Jaký by podle Vás měl být ideální počet/poměr klientů ku počtu sociálních pracovníků?

Vzhledem k povaze diplomové práce a anonymizaci sociálních pracovníků nebudou dále v textu diplomové práce analyzovány následující otázky:

- Jak dlouho pracujete s osobami s dlouhodobým duševním onemocněním (celková délka praxe s touto cílovou skupinou)?
- Jak dlouho pracujete s osobami s dlouhodobým duševním onemocněním ve FOKUSu – Opava, z. s.?
- Jaké kurzy, semináře, školení, výcvik, stáže aj. jste absolvovala pro práci v terénním multidisciplinárním týmu?
- Jak dlouho pracujete v terénním multidisciplinárním týmu?

Odpovědi na tyto otázky budou autorkou diplomové práce použity pouze v případě potřeby doplnit, popřípadě okomentovat jiné z uzavřených otázek.

Uzavřené otázky zkoumaly následující okruhy:

- Nejčastější okruh diagnóz SMI (výběr z odpovědí: určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne).
- Náplň práce sociálního pracovníka se zaměřením na kompetence v oblastech: první kontakt, informování zájemce o službu, posouzení cílové skupiny, práce s GAF, mapování situace zájemce, stanovení individuálního cíle, vyjednávání o podobě smlouvy, podpis písemné smlouvy, tvorba krizového plánu, mapování potřeb a přání, používání CANSAS/CAN-C, plánování spolupráce, hodnocení plánů, hodnocení dosažených cílů, krizové intervence, nácviky dovedností, doprovody, podpora při zvládání cestování, nácvik úklidu/péče o domácnost, nácvik péče o vlastní osobu, trénink kognitivních funkcí, case management, advocacy (výběr z odpovědí: ano – ne, při možnosti ne, měl sociální pracovník vypsát kompetentního pracovníka).
- Oblasti naplňování potřeb klientů (dle CAN), respektive označení, v oblasti jakých potřeb poskytují sociální pracovnice intervence: bydlení, práce, stravování, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti a volný čas, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožování sebe, ohrožování okolí, alkohol, drogy (psychoaktivní látky), přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti, základní vzdělání a osobní uplatnění, telefonování, doprava a cestování, peníze, finanční dávky (výběr z odpovědí: určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne)
- Profesní role sociálního pracovníka (dle Škrobalové, 2014 a dle Řezníčka, 2000): jednotlivé role sociálního pracovníka dle Škrobalové a Řezníčka byly popsány jednou

větou a sociální pracovnice měla odpovědět, zda tuto roli v terénním multidisciplinárním týmu zastává, respektive zda daná věta charakterizuje její práci s klientem (výběr z odpovědí: ano – ne, při možnosti ne, měl sociální pracovník vypsát čí role v týmu to je).

- Praxe sociální práce (dle Banksové): sociální pracovnice měly možnost vybrat ze dvou možností a označit, jak by charakterizovaly praxi sociální práce v rámci terénního multidisciplinárního týmu (výběr z odpovědí: ano - ne)

- Typy sociálního pracovníka (dle Banksové): sociální pracovnice měly označit, jakým typem sociálního pracovníka se v rámci terénního multidisciplinárního týmu cítí být (výběr z odpovědí: ano – ne)

Oblast: Náplň práce, činnosti sociálního pracovníka terénního multidisciplinárního týmu

První kontakt s klientem a informování zájemce o službu

Sociální pracovnice shodně uvedly, že v rámci práce v terénním multidisciplinárním týmu je v jejich kompetenci první kontaktování klienta a informování ho o službách, které terénní multidisciplinární tým nabízí. V neformálním rozhovoru s SP3 uvádí, že první kontakt probíhá např. již v době hospitalizace klienta v psychiatrické nemocnici či v domácnosti klienta, nebo se klient sám obrátí na pracovníky v místě působitě terénního týmu.

Dokument Metodika multidisciplinárního týmu dále uvádí, že v „optimálním případě by měla být spolupráce s klientem navázána již před propuštěním z lůžkového zařízení, kam sociální pracovník dochází na oddělení, prezentuje a nabízí potenciálním klientům sociální pomoc. Pacienti si tak mohou udělat představu o tom, co jim sociální služby mohou nabídnout. Po ukončení hospitalizace klient přichází do organizace a dochází k mapování jeho potřeb (vstupní dotazník, CAN).“

SP3 dále doplňuje: „První kontakt s potenciálním klientem je velice důležitý pro navázání další spolupráce, na prezentacích v psychiatrické nemocnici si potencionální klienti mohou udělat představu o tom, jaké služby nabízíme, jaké činnosti nebo aktivity děláme v Sociální rehabilitaci, v Podpoře samostatného bydlení, či ve Službách následné péče. Nejzajímavějším tématem pro potencionální klienty je samozřejmě práce. FOKUS je významným zaměstnavatelem na chráněném trhu práce

a v současné době nabízí několik výrobně kompletačních programů, od kompletace inteligentní plastelíny, přes kompletaci pružin do brzdových pedálů či další drobnější kompletační práce. Nabídka pracovního uplatnění potenciální klienty většinou motivuje k tomu, aby se na nás obrátili.“

Cílová skupina a posouzení cílové skupiny

Sociální pracovníce byly dotázány, aby označily, s klienty z okruhu jakých diagnóz SMI v terénním multidisciplinárním týmu nejčastěji pracují. U uvedeného okruhu diagnóz měly možnost odpovědět: určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne.

Z odpovědích sociálních pracovníc je zřejmé, že nejčastěji pracují v terénním multidisciplinárním týmu s klienty s diagnózou z okruhu F 20 – F 29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy a další větší skupinou jsou klienti s diagnózou z okruhu F 50 – F 59: Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Menší skupinu klientů tvoří klienti s diagnózou z okruhu F 30 – F 39: Afektivní poruchy (poruchy nálad) a F 40 – F 49: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Neformálním rozhovorem s SP3 bylo výše uvedené zjištění potvrzeno.

Posouzení cílové skupiny

Sociální pracovníce byly požádány, aby se vyjádřily, zda je v jejich kompetenci posouzení cílové skupiny. Sociální pracovníce shodně odpověděly, že je v jejich kompetenci posouzení, zda klient patří do cílové skupiny terénního multidisciplinárního týmu. Dle neformálního rozhovoru s SP3 byla doplněna informace, jakým způsobem: „Klienti při nástupu do služby, ještě před sepsáním smlouvy o poskytnutí sociální služby dostanou od sociálního pracovníka, většinou hned při prvním kontaktu, kdy sociálnímu pracovníkovi sdělí svou diagnózu, Dotazník pro lékaře, který zanesou svému psychiatrovi a ten potvrdí klientovu diagnózu. Sociální pracovníce jsou také vyškolené psychologem ve vyplňování dotazníku GAF, který také slouží k upřesnění toho, zda může být klient přijat do péče terénního týmu.“

Mapování klientovy situace

Sociální pracovníce se vyjádřily, že je v jejich kompetenci mapování klientovy sociální situace. Neformálním rozhovorem s SP3 bylo doplněno, jakým způsobem

dochází k mapování klientovy sociální situace: „Mapování klientovy nejen sociální situace probíhá při jednání se zájemcem o službu. Sociální pracovnice formou rozhovoru s klientem mapuje jednotlivé oblasti klientova života, např. z oblasti bydlení, vzdělání, práce, volného času, sociální situace, rodinné situace. K zaznamenávání těchto informací slouží formulář Vstupní dotazník. Je to vlastně takové první zmapování klientovy situace, zjištění prvních informací o klientovi. Při tomto prvotním mapování již klient většinou vyzdvihne oblasti, ve kterých si přeje, abychom mu poskytli podporu.“

Mapování potřeb a přání klient

Mapování potřeb a přání klientů je plně v kompetenci sociálních pracovnice terénního multidisciplinárního týmu a dle neformálního rozhovoru se SP3: „Všechny sociální pracovnice terénního týmu mapují potřeby a přání klientů a to nejen na začátku spolupráce s klientem ale i během celé spolupráce a poskytování služeb týmu. A co se týká používání formuláře CANSAS nebo CAN-C, tak ty jsou používány individuálně. Pokud přijde klient s jasným cílem, potřebou, přáním, zakázkou je CANSAS doplněním. Pokud se bude jednat třeba o klienta méně motivovaného, méně komunikujícího, je důležité jeho potřeby zmapovat formulářem CAN-C, abychom měli co nejvíce informací o klientovi a abychom vypíchlí potřeby, které je třeba naplnit, aby byl klientův život kvalitnější a plnohodnotnější.“

Vyjednávání s klientem o smlouvě, stanovení individuálního cíle klienta, podpis a uzavření smlouvy o poskytování služby terénního multidisciplinárního týmu

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu spolupracují s klientem na stanovení osobního individuálního cíle, vyjednávají s klientem o podobě smlouvy o poskytnutí služby a jsou u podpisu a uzavření smlouvy. SP3 doplňuje: „Jak už jsem říkala, takové prvotní přání nebo vize, o tom, v čem by klient potřeboval podporu terénního týmu, obecně vyslovuje klient již při jednání se zájemce o službu, tedy při sepisování Vstupního dotazníku nebo CANu. V další fázi je s klientem jednáno o podobě Smlouvy o poskytnutí sociální služby, kde by již klient měl popsat, v čem podporu potřebuje, co je jeho cílem. Cíl může být třeba dlouhodobý, ale i krátkodobý. Tento cíl je popsán ve Smlouvě, kterou klient podepisuje, a ve které také souhlasí,

že tento cíl bude dále rozpracován v Individuálním plánu, na kterém bude spolu s pracovníkem terénního týmu spolupracovat. Sociální pracovnice terénního týmu mají podpisové právo, takže spolu s klientem smlouvu také podepisují a vlastně provádí klienta celým procesem – od jednání se zájemcem o službu, přes sepsání smlouvy a poté jsou také při individuálním plánování a naplňování individuálních cílů klientů.“

Individuální plánování průběhu sociální služby terénního multidisciplinárního týmu

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu jsou klientům partnerem při plánování průběhu služby. SP3 popisuje: „Proces individuálního plánování začíná již v poslední fázi jednání se zájemcem o službu, kdy jsou zjišťovány potřeby a osobní cíle klienta. Plánuje se průběh poskytování služby na základě klientových představ, přání a vyjednané cíle jsou písemně zpracovány na formuláři Individuální plán – zde je popsán cíl klienta, ale také možné překážky, které by klientovi mohly zabránit v naplňování cíle, dále, kdo klientovi bude nápomocen při naplňování jeho cíle, jaké budou kroky naplňování tohoto cíle a zdroje, které může klient využít při dosahování cíle. V závěru jsou také uvedena kritéria dosažení cíle, čili, jak se pozná, že byl cíl splněn. Samotné plánování probíhá formou rozhovoru klienta a sociálního pracovníka. Společně se pak také dohodnou na frekvenci vyhodnocování tohoto plánu, přičemž k záznamu těchto vyhodnocování slouží formulář Záznam o průběhu individuálního plánu. Individuální plán je pro pracovníka nástrojem, jak s klientem pracovat a jakým způsobem pracovat při řešení klientovy nepříznivé sociální situace.“

Poskytování krizové pomoci

Sociální pracovnice se s klientem podílejí na krizovém plánování, ale neposkytují krizové intervence. SP3 tyto informace doplňuje: „Tím, že chodíme ke klientům do domácností, je nutné, abychom měli s klienty zpracovaný Individuální krizový plán. Ten spolu sepisujeme už při podpisu Smlouvy. V tomto plánu s klienty probíráme jeho silné stránky, na které se může krizi spolehnout, dále se bavíme o lidech z klientova okolí a o tom, jak a v čem mohou tyto lidé klientovi v jeho krizovém období pomoci. V krizovém plánu s klientem poznačíme také činnosti, které klientovi pomáhají k tomu, aby se cítil lépe, ale také to, jak okolí pozná, že se s klientem něco děje a koho

si klient přeje informovat v případě, že krizové období nastane. V Individuální krizovém plánu klient vyjadřuje co si přeje, aby pracovník nikdy nedělal a naopak, co pracovník musí udělat, aby klientovi pomohl, a také je zde zapsáno, jak by mělo dojít k zajištění osobních věcí klienta, zajištění bytu popřípadě zvířete, v případě vzniku krize a hospitalizace.“

SP3 dále pokračuje k tématu krizových intervencí: „A co se týká poskytování krizových intervencí, tak vzhledem k tomu, že žádná ze sociálních pracovníků terénního týmu, tedy kromě jedné, která má výcvik v telefonické krizové intervenci, nemá výcvik v krizové intervenci, tak krizové intervence neposkytujeme, to je v kompetenci psychiatra, psychologa, popřípadě psychiatrických sester. To ale neznamená, že v případě nutnosti krizové intervence nemůže být sociální pracovníce přítomna. V případě vzniku krizové situace je v kompetenci sociální pracovníce na příklad zajistit byt klienta tím způsobem, který je s klientem vyjednaný v krizovém plánu, na příklad v případě hospitalizace sbalení osobních věcí klienta, kontaktování osoby uvedené v krizovém plánu a sdělení informace o hospitalizaci klienta, poté třeba zalévání květin v domácnosti klienta, navštěvování klienta na oddělení v době hospitalizace a jiné dle dohody s klientem.“

Dokument Metodika multidisciplinárního týmu určuje, že poskytování krizové intervence je v kompetenci psychologa a psychiatrické sestry. V kompetenci sociálního pracovníka je poskytování krizové pomoci, která bohužel není blíže specifikovaná.

Další činnosti sociálního pracovníka při poskytování služeb terénního multidisciplinárního týmu

Sociální pracovníci terénního multidisciplinárního týmu podporují klienty také v následujících oblastech: doprovody, trénink kognitivních funkcí, podílejí se na nácviku úklidu, péče o vlastní osobu, cestování, pracovních dovedností či hospodaření s penězi. SP3 doplňuje: „Poskytujeme klientům pomoc při zajištění chodu domácnosti, tím, že podporuje klienty při úklidu a údržbě domácnosti a osobních věcí a při získávání návyků souvisejících se zajištěním chodu domácnosti, pomáháme s nácvikem udržování domácích spotřebičů, se zajištěním stravy, při zajištění na příklad velkého úklidu třeba sezónního úklidu nebo úklidu po malování. Klienty také podporujeme při správném hospodaření s penězi, včetně pomoci s nákupy a běžnými

pochůzkami. Další velkou oblastí podpory je nácvik pracovních dovedností. Jak už jsem říkala, FOKUS je významným zaměstnavatelem na chráněném trhu práce a sociální pracovník doprovází klienty při nácviku výrobně kompletačních prací. Klienti tak mají možnost si vyzkoušet a nacvičit si základní kompletační práce pod vedením sociálního pracovníka a s pomocí pracovního terapeuta. “

Role sociálního pracovníka

K tomu, abychom objasnili povahu profesionálních činností sociálního pracovníka, musíme vycházet z pracovní náplně, charakteru organizace, stylu vedení organizace, aj. Autorka diplomové práce v souladu s publikací Řezníčka (2000) předpokládá, že pravděpodobně neexistuje pouze jeden typ role sociálního pracovníka. Vyhodnocení formálního strukturovaného rozhovoru, by mělo tuto hypotézu potvrdit či vyvrátit.

Role sociálního pracovníka dle Škrabalové (2014):

Sociální pracovník jako poradce

Sociální pracovnice shodně odpověděly, že poskytují klientům sociální a sociálně-právní poradenství, zejména takové, které souvisí s uplatněním nároku na finanční či věcné možnosti pomoci a podpory, což vyžaduje znalost aktuální legislativy. Sociální pracovnice terénního týmu nejčastěji poskytují intervence z oblasti žádostí o sociální dávky (příspěvek na péči, příspěvek na bydlení, doplatek na bydlení), jsou klientům nápomocné při vyřizování nároku na vyplácení dávek důchodového pojištění (invalidní, staroní důchody), řeší s klienty dluhové poradenství (exekuce, osobní bankrot) aj. Sociální pracovnice také jednájí spolu s klientem s úřady, se soukromými subjekty (např. mobilní operátoři, poskytovatelé služeb energií), připravují smlouvy o poskytování sociální služby a vyjednávají s klienty jejich individuální podobu.

Sociální pracovník jako sociální diagnostik

Všechny sociální pracovnice vypověděly, že tuto roli zastávají zejména tím, že se snaží rozpoznávat a mapovat problémy klientů, řeší jejich nepříznivou životní

situaci, mapují jejich potřeby a zdroje klienta. Do oblasti sociální diagnostiky sociální pracovníce také řadí jednání se zájemcem o poskytování sociální služby terénního týmu, zajišťují klientovy potřeby (v jaké je situaci, zda potřebuje službu terénního týmu, zda je možno spolupracovat na řešení jeho nepříznivé životní situace, jaké má zdravotní potíže aj.), snaží se vyhledávat možnosti spolupráce s rodinou klienta. Do této oblasti také patří získávání podkladů pro uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, což je spojeno se sociálním poradenstvím (znalost jiných druhů sociálních služeb, doporučen klientovi, jak může svou nepříznivou situaci řešit).

Sociální pracovník jako manager

Dvě ze sociálních pracovníc odpověděly, že jsou v pozici manažera, respektive ve vedoucí funkci – vedoucí sociální služby, kdy vedou a organizují práci pracovníků v sociálních službách, účastní se výběru nových pracovníků, zodpovídají za kvalitu poskytovaných služeb.

Sociální pracovník jako metodik, analytik

Sociální pracovníce shodně odpověděly, že nejsou v roli metodika – nevytvářejí postupy pro ostatní pracovníky, ale dvě sociální pracovníce (vedoucí služby) každoročně vyhodnocují poskytování sociální služby, provádějí hodnocení poskytované služby (dotazníky spokojenosti, hodnocení naplňování cílů aj.), jsou tedy analyticky. Souhlasně také vypověděly, že se podílejí na úpravách vnitřních dokumentů organizace (provozního řádu, standardů kvality). Jedna ze sociálních pracovníc také vede evidenci stížností, které zároveň řeší a vyhodnocuje je. Všechny sociální pracovníce s klienty individuálně plánují a dvě metodicky vedou klíčové pracovníky.

Sociální pracovník jako vzdělavatel

Všechny sociální pracovníce v při úvodní otázce, zda zastávají roli vzdělavatele, odpověděly že ne. Při dalším dotazování, ale vypověděly, že dělají mentory dobrovolníkům, stážistům či praktikantům a spolupracují se školami ohledně praxí studentů a v případě potřeby doplnění povinného vzdělávání také organizují stáže pro své kolegyně sociální pracovníce či pracovníce v sociálních službách. Sociálního

pracovnice terénního multidisciplinárního týmu neelektorují, ale aktivně se účastní se svými příspěvky na příklad konferencí konaných Psychiatrickou nemocnicí.

Sociální pracovník jako ekonom a účetní

Sociální pracovnice původně vypověděly, toto není jejich rolí. Při upřesnění, co je touto rolí myšleno, odpověděla jedna ze sociálních pracovnic, že plní roli ekonoma a účetního tím, že je klientům při hospodaření s penězi. S klienty má vytvořenou Dohodu o spravování financí klientů, vede finanční deník, do kterého zapisuje, kdy a kolik peněz klientovi (dle jejich písemné dohody) vydala. Všechny tři sociální pracovnice uvedly, že tuto roli zastávají v případě, že jsou klientovi oporou při doprovodu při nákupu, kdy klienta vedou k tomu, aby šetřil, aby zbytečně nekupoval jídlo do zásoby, aby navštěvoval potravinovou banku aj.

Sociální pracovník jako úředník

Sociální pracovnice vypověděly, že nezastávají roli úředníka – nemají „na starost“ výkaznictví, nesestavují podklady pro rozpočty, nekomunikují s registrujícím úřadem (v kompetenci vedení organizace).

Sociální pracovník jako komunikátor

Sociální pracovnice shodně uvedly, že zastávají roli komunikátora, respektive jako prostředníka mezi klientem a rodinou či klientem a opatrovníkem, či organizací a opatrovníkem/rodinou. Sociální pracovnice jsou v kontaktu s opatrovníky a rodinnými příslušníky a to zejména při změnách v klientově životě, dále také zajišťují podpisy souhlasů, smluv aj.

Sociální pracovník v roli propagátora

Všechny sociální pracovnice dbají na dobré jméno organizace, organizaci prezentují a propagují ji. Pravidelně se účastní různých regionálních kulturně společenských akcí, jako jsou například týdny duševního zdraví, dny sociálních služeb, prezentují organizaci na konferencích konaných Psychiatrickou nemocnicí Opava, a další. Sociální pracovnice se také podílejí na tvorbě letáčků, pořádají akce pro klienty (taneční, výlety, tématické workshopy aj.), spravují informační nástěnky.

Sociální pracovník jako přímý poskytovatel

Sociální pracovnice potvrzují, že spolupracují s úřady, městy, poskytovateli zdravotnických služeb, navrhuji postupy a řeší nepříznivé životní situace klientů, spolupracují s odborníky. Všechny sociální pracovnice jsou klíčovými pracovníky, tedy přímými poskytovateli služeb.

Role sociálního pracovníka dle publikace Řezníčka (2000):

Sociální pracovník v roli pečovatele/poskyvatele služeb

Sociální pracovnice shodně odpověděly, jsem jsou klientům podporou v jejich každodenním životě, v jejich přirozeném prostředí, **zastávají tedy roli pečovatele/poskyvatele služeb**. Jak v neformálním rozhovoru upřesňuje SP 3: „Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu mohou kontaktovat klienty již při pobytu v psychiatrické nemocnici a tím jim mohou být oporou ještě před návratem domů, do jejich přirozeného prostředí, což je pro klienty velkým přínosem, zejména při zvládnání přechodu z nemocničního prostředí domů.“

Sociální pracovník v roli zprostředkovatele služeb

Sociální pracovnice vypověděly, že jsou diagnostikem klientovy situace, přičemž ve spolupráci s klienty stanovují jejich potřeby a jsou nápomocny při naplňování těchto potřeb (dle závažnosti a naléhavosti), dále poskytují klientům podporu při kontaktování potřebných zařízení, institucí či organizací, přičemž jsou klientům oporou při identifikaci dostupných zdrojů pomoci, a klientům doporučují kam, popřípadě na koho se mohou obrátit. Sociální pracovnice jsou také obhájci práv klientů. Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu zastávají roli zprostředkovatele služeb, ale nekoordinují osoby, které se na podpoře klienta a naplňování jeho potřeb podílejí. Sociální pracovnice shodně uvedly, že koordinace osob, které se podílejí na podpoře klienta je v kompetenci vrchní sestry terénního multidisciplinárního týmu. Neformálním rozhovorem se SP3, bylo ale doplněno, že „sociální pracovnice v terénním multidisciplinárním týmu koordinuje a spolupracuje s pracovníkem v sociálních službách, pokud je do terénního multidisciplinárního týmu zapojen.“ Díky této

doplňující informaci je tedy zřejmé, že sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu plně **zastává roli zprostředkovatele služeb.**

Sociální pracovník v roli cvičitele/trenéra (učitele) sociální adaptace

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu shodně poznamenaly, že jsou klientům nápomocny při řešení jejich problémů a klienta povzbuzují k učinění změn, přičemž působí jako jejich opora (preventivní činitel) v potenciálních krizových situacích. Z výše uvedeného lze usoudit, že sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu **plně zastávají roli cvičitele/trenéra (učitele) sociální adaptace.**

Sociální pracovník v roli poradce/terapeuta

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu **plně zastávají roli poradce/terapeuta**, tím, že klienty podporují při získávání náhledu na jejich postoje, pocity a způsoby jednání, přičemž jejich záměrem je podpořit klienty v jejich osobním růstu. Poradce/terapeut je také psychosociálním diagnostikem, poradenským pracovníkem, socioterapeutem a výzkumníkem v praxi.

Sociální pracovník v roli case managera

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu se shodly, že jsou koordinátory při naplňování sociálních potřeb. Dle neformálního rozhovoru s SP3: „Ano, jsme případovými diagnostiky v oblasti naplňování sociálních potřeb našich klientů, plánujeme poskytování služby terénního týmu, jsme v kontaktu s jinými poskytovateli služeb, a hájíme práva a zájmy našich klientů. Ve spolupráci se zdravotní částí terénního multidisciplinárního týmu, tím myslím psychiatra, psychologa a psychiatrické sestry, plánuje poskytování jak sociálních, tak zdravotních služeb týmu. Společně koordinujeme a plánujeme jak poskytování sociálních tak zdravotních služeb, čili naplňování klientových sociálních a zdravotních potřeb. V obou oblastech naplňování potřeb klientů je nutná spolupráce všech odborníků terénního týmu. Koordinování poskytování podpory multidisciplinárního týmu je u každého klienta individuální, protože některý klient potřebuje více podpory v sociální oblasti a péče zdravotních pracovníků je minimální, jiný klient potřebuje více péči zdravotních

pracovníků než péči sociálního pracovníka, opravdu je to zcela individuální. Case managerem tedy může být u jednoho klienta spíše sociální pracovník, u jiného klienta spíše psychiatrická sestra.“ Z výše uvedené tabulky, která byla doplněna výpovědí SP3 je zřejmé, že sociální pracovník multidisciplinárního týmu **zastává roli case managera**.

Výpověď SP3 potvrzuje v roli sociálního pracovníka jako case managera, následující úkoly, respektive role: **role hosta** (kontaktování klienta v přirozeném prostředí, seznámení, navazování spolupracujícího vztahu), **role výzkumníka** (pracovník má zájem o klientův příběh), **role navigátora** (v oblasti plánování, zapojuje sociální pracovník celou klientovu podpůrnou síť, zahrnuje vize či sny a plánuje k klientem konkrétní kroky), **role koordinátora** (sociální pracovník provází klienta a propojuje možné vhodné zdroje podpory a klientovu podpůrnou síť, včetně využití neformálních vazeb, preferuje osobní setkání a doprovody), **role advokáta** (sociální pracovník prosazuje klientovy zájmy a má aktivní zájem o dodržování práv klienta, snaží se veškeré případné spory řešit na přátelské úrovni), **role kontrolora** (sociální pracovník monitoruje, vyhodnocuje cíle, zapojuje celou podpůrnou síť klienta).

Sociální pracovník v roli managera pracovní náplně v organizaci

Sociální pracovnice měly při zodpovídání otázek k roli managera pracovní náplně rozdílné odpovědi v případech plánování intervencí a sledování kvality poskytovaných služeb. Tato rozdílnost vyplývá z pracovního zařazení sociálních pracovníků v organizační struktuře FOKUSu – Opava, z. s. Sociální pracovnice shodně odpověděly, že zabezpečují průběžné zpracovávání informací o poskytování služeb v rámci terénního multidisciplinárního týmu.

Dle neformálního rozhovoru se SP3 došlo k doplnění informací z oblasti pracovní náplně sociálních pracovnic zapojených do terénního multidisciplinárního týmu: „Náplň práce nám ale stanovuje vedení. V náplni práce má sociální pracovník uvedeny takové činnosti, které vyplývají ze zákona o sociálních službách. Když je sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu z týmu Sociální rehabilitace, je její náplní práce: nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;

a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů při obstarávání osobních záležitostí. A když je sociální pracovníce z týmu Podpory samostatného bydlení je její náplní práce pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů při obstarávání osobních záležitostí. A pokud je sociální pracovníce zároveň vedoucí sociální služby, podílí se také na sledování a vyhodnocování kvality poskytování sociální služby.“

Sociální pracovník v roli personálního manažera

Sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu **nezastávají roli personálního manažera**. Tuto roli zastává vedení FOKUSu – Opava, z. s.. Pro zdravotní část týmu tuto roli zastává psychiatr, psycholog a vrchní sestra.

Pro autorku diplomové práce není překvapujícím zjištěním, že všechny sociální pracovníce odpověděly, že nejsou odborníkem – specialistou, který může být nápomocen jiným organizacím. Dle neformálního rozhovoru s SP3 a osobní zkušenosti autorky diplomové práce se sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu necítí být stejným odborníkem v dané oblasti jako je ku příkladu psychiatr, psycholog či zdravotní sestra – tyto zdravotnické profese jsou vnímány jako odborníci, sociální pracovník v týmu není vnímán jako odborník či specialista.

Překvapujícím zjištěním je ovšem fakt, že v další části formálního strukturovaného rozhovoru – v části, která se věnovala typům sociálních pracovníků, kde měly sociální pracovníce vypovědět, jakým typem sociálního pracovníka se cítí v rámci terénního multidisciplinárního týmu, všechny tři sociální pracovníce se označily za samostatného vzdělaného profesionála. Proč se tedy necítí být odborníkem – specialistou?

Neformálním rozhovorem s SP3 byly diskutovány možné důvody, proč došlo v těchto obdobných otázkách k rozdílným odpovědím: „Možná je to tím, že se sociální pracovníci, obecně, nemají ve své profesi o co opřít? Třeba Etický kodex – není závazný pro všechny, ve škole jsme se o něm sice učili, ale závazný je pouze pro členy Profesní komory sociálních pracovníků a z FOKUSu, žádná sociální pracovníce není členem Profesní komory a vlastně ani neznám kolegyni, která by členem byla. Pravdou ale je, že ve FOKUSu máme povinnost se Kodexem řídit a vlastně z něj vychází

i Kodex pracovníků FOKUSu, kterým mají všichni zaměstnanci povinnost se řídit. A co teprve Profesní zákon? Ten taky nemáme, a v zákoně o sociálních službách je o sociálním pracovníkovi jeden odstavec. Možná z toho pramení jakési pochybnosti o postavení sociálního pracovníka, a to nejen v našem multidisciplinárním týmu, ale možná i obecně. A to ani nemluvíme o rozdílném finančním ohodnocení sociálních pracovníků oproti jiným profesím.“ Z diskuze s SP3, ale také z analýzy Metodiky multidisciplinárního týmu vyplynul požadavek zpracovat legislativní rámec fungování multidisciplinárního týmu včetně nastavení pravidel finančního zajištění tohoto týmu.

Sociální pracovník v roli administrátora ve funkci manažera

Strukturovaným rozhovorem bylo zjištěno, že sociální pracovník terénního multidisciplinárního **týmu nezastává roli administrátora ve funkci manažera**. SP3 v neformálním rozhovoru zmínila, že managerem terénního multidisciplinárního týmu je za sociální část týmu vedení FOKUSu – Opava, z. s. a za zdravotní část týmu psychiatr, psycholog a vrchní sestra.

Role sociálního pracovníka dle způsobu přístupu k praxi (Banksová in Matoušek, 2003)

Otázka: Jak byste charakterizovali praxi sociální práce v rámci terénního multidisciplinárního týmu?

Defenzivní přístup sociálního pracovníka k praxi (dle Banksová in Matoušek, 2003)

Sociální pracovníce ve formálním strukturovaném rozhovoru vyloučily, že by jejich praxe sociální práce v rámci terénního multidisciplinárního týmu byla praxí defenzivní. Defenzivní praxí sociální práce je dle Banksové (Matoušek,) „práce sociálního pracovníka je stanovena jeho povinnostmi, přičemž jedná dle předpisů či manuálů které definuje jeho zaměstnavatel a legislativa. Organizace tak není schopna reagovat na potřeby jednotlivých klientů, protože klientovy potřeby jsou přetvářeny tak, aby vyhovovaly praktikám organizace.“ Neformálním rozhovorem s SP3 bylo doplněno, že sice práce sociálního pracovníka vychází z jeho povinností, které stanovuje legislativa, náplň práce, metodika či další vnitřní materiály, ale zároveň je multidisciplinární tým schopen pružně reagovat na potřeby jednotlivých klientů.

Reflexivní přístup sociálního pracovníka k praxi (dle Banksová in Matoušek, 2003)

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu potvrdily, že jsou jako sociální pracovnice samostatnou osobností a že jsou díky svým znalostem, schopnostem, dovednostem a hodnotám schopny být morálně odpovědné za svá rozhodnutí. V praxi sociální práce tedy **uplatňují reflexivní přístup**.

Z hlediska přístupů k praxi definuje Banksová (Banksová in Matoušek, 2003, s. 46)

čtyři typy sociálních pracovníků (tyto typy se v praxi prolínají):

Angažovaný typ sociálního pracovníka (dle Banksová in Matoušek, 2003)

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu shodně uvedly, že **jsou angažovanými pracovníky**, protože ve své činnosti uplatňují osobní morální hodnoty, vnímají své klienty jako partnery, o které pečují. V neformálním rozhovoru SP3 zdůrazňuje, že při práci s osobami s duševním onemocněním je partnerství mezi sociálním pracovníkem a klientem na prvním místě a v jejich vzájemném vztahu je nejdůležitější empatie a trpělivost. Dalším důležitým aspektem v práci s lidmi s duševním onemocněním je také respekt na příklad k pomalejšímu tempu klienta (kognitivní deficit, vedlejší účinky léků aj.), ale také respekt k tomu, že do péče terénního multidisciplinárního týmu se také může dostat klient s malou motivací ke spolupráci (např. klienti v ambulantní ochranné léčbě).

Radikální typ sociálního pracovníka (Banksová in Matoušek, 2003)

Sociální pracovnice **jsou také radikálními pracovníky**, kdy ve své činnosti uplatňují morální hodnoty při hájení práv klientů a v zájmu sociální změny. Z neformálního rozhovoru s SP3 vyplynulo, že se mohou sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu účastnit komunitního plánování a hájit zde práva klientů, tak se vyjadřovat k potřebám této cílové skupiny na území Statutárního města Opava.

Byrokratický typ sociálního pracovníka (Banksová in Matoušek, 2003)

Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu **nejsou byrokratickým typem sociálního pracovníka**, klienty neovlivňují ani nemanipulují v zájmu jejich

změny a nevytváří iluzi, že o klienty pečují. I když jedna ze sociálních pracovnic uvedla, že v některých situacích působí i jako přísný normalizátor klienta.

Profesionální typ sociálního pracovníka (Banksová in Matoušek, 2003)

Sociální pracovnice shodně uvedly, že jsou profesionálními pracovníky, kteří jsou samostatnými vzdělanými profesionály, který se řídí etickým kodexem a s klientem mají partnerský vztah, který je založen na participaci klienta na rozhodování. Jak již bylo zmíněno výše, z dotazníkového šetření vyplynulo, že se sociální pracovnice sice cítí být profesionálním sociálním pracovníkem, necítí se ale být odborníkem specialistou, i když dvě ze tří sociálních pracovnic (SP1 a SP3) pracují s touto cílovou skupinou více než deset let.

Oblasti poskytování intervencí sociálního pracovníka dle CAN

Sociální pracovnice ve formálním strukturovaném rozhovoru odpovídaly na otázku, zda v daných oblastech naplňování potřeb poskytují intervence. Měly na výběr z odpovědí: určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne.

Z tabulky pro zaznamenávání odpovědí respondentek lze vyčíst, že sociální pracovnice:

- a) určitě poskytují intervence v oblastech (určitě ano): bydlení, peněz, finančních dávek. Dále také (dvě ze tří sociálních pracovnic určitě poskytují intervence v oblastech): práce, stravování, péče o domácnost, denní činnosti a volný čas.
- b) v menší míře poskytují intervence v oblastech (spíše ano): psychických potíží, ohrožování sebe, ohrožování okolí, alkohol, drogy (psychoaktivních látek), péče o děti. Dále také (dvě ze tří sociálních pracovnic poskytují intervence v oblastech): péče o sebe, tělesné zdraví, přátelé, intimní vztahy, základní vzdělání a osobní uplatnění, doprava a cestování.
- c) následujících oblastech sociální pracovnice poskytují intervence individuálně a v menší míře: psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu, sexualita, telefonování.

Shrnutí strukturovaného rozhovoru a neformálního rozhovoru

Oblast: Náplň práce, činnosti sociálního pracovníka terénního multidisciplinárního týmu

Mezi **základní činnosti sociálního pracovníka** patří: první kontakt s klientem, informování zájemce o službu, posouzení cílové skupiny, používání dotazníku GAF k posouzení cílové skupiny, mapování klientovy situace, mapování potřeb a přání klientů, mapování potřeb a přání klientů také pomocí CAN, vyjednávání s klientem o smlouvě, stanovení individuálního cíle klienta, podpis a uzavření smlouvy o poskytování služby, plánování spolupráce s klientem, individuální plánování průběhu služby, hodnocení individuálních plánů s klienty, hodnocení dosažených cílů s klienty, krizové plánování.

Mezi **další činnosti sociálního pracovníka z oblasti nácviků dovedností** patří: úklid, péče o vlastní osobu, cestování, pracovní dovednosti, hospodaření s penězi, trénink kognitivních funkcí, doprovody.

Oblast: Role sociálního pracovníka (dle Škrabalové, 2014)

Sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu **zastává roli**: poradce, sociálního diagnostika, managera, analytika, vzdělavatele, ekonoma a účetního, komunikátora, propagátora a přímého poskytovatele. Sociální pracovník v terénním týmu nezastává roli metodika a úředníka.

Oblast: Role sociálního pracovníka (dle Řezníček, 2000)

Sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu **zastává roli**: pečovatele/poskytovatele služeb, zprostředkovatele služeb (funkce: situační diagnostik, odhadce, informátor, obhájce, koordinátor), cvičitele/trenéra (učitele) sociální adaptace, poradce/terapeuta (funkce: psychosociální diagnostik, poradenský pracovník, socioterapeut, výzkumník v praxi), case managera (funkce: případový diagnostik, plánování služeb, navazování vazeb s jinými poskytovateli služeb, obhájce zájmů klientů). **Sociální pracovník** terénního multidisciplinárního týmu – **dle pracovní**

náplně zastává roli manažera pracovní náplně v organizaci (organizátora) a **nezastává roli** personálního manažera (personalista, administrátor), ani roli administrátora (funkce: manager – vedoucí pracovník, ředitel; vnitřní a vnější kontrolor; plánovač; prosazovatel rozvoje organizace a jejích programů; odborný hodnotitel programů).

Obalst: Role sociálního pracovníka dle způsobu přístupu k praxi (Banksová in Matoušek)

Sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu **vyžívají přístup reflexivní praxe sociální práce.**

Oblast: Typy sociálních pracovníků (v praxi se prolínají) (Banksová in Matoušek, 2003, s. 46)

Sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu **jsou typem angažovaným, radikálními, profesionálním.** Sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu **nejsou typem** byrokratickým.

Oblasti nejčastěji poskytovaných intervencí sociálního pracovníka (tříděno dle CAN)

Sociální pracovníce terénního multidisciplinárního týmu poskytují nejčastěji intervence z oblasti: bydlení, peněz, finančních dávek, práce, stravování, péče o domácnost, denních činností a trávení volného času. Ze strukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníci terénního multidisciplinárního týmu byly zjištěny tři oblasti, ve kterých je klientům věnována největší podpora. Jedná se o oblast finanční, pracovní a oblast péče o domácnost.

Analýza dokumentu

V širším pojetí v kvalitativním přístupu myslíme analýzou dokumentů, dle Miovského (2006, s. 98) „analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie, který tedy fixuje použitelná data.“ Výzkumná studie bude pracovat s existujícím dokumentem, který může popisovat roli sociálního pracovníka v terénním multidisciplinárním týmu. Při analýze dokumentů je důležité si stanovit kritéria, podle kterých budeme dokumenty vyhledávat, tedy: jaké typy dokumentů jsou relevantní výzkumným otázkám a cílům; kde se tyto dokumenty vyskytují a v jaké formě; jak lze tyto dokumenty získat pro výzkumné účely.

„Pojem analýza dokumentů je relativně široce definován jako kvalitativně-interpretativní analýza (...) přičemž se vyznačuje rozmanitostí svého záběru a rozhodující místo v ní zaujímá kvalitativní interpretace. Analýza dokumentů má za účel zpracovávat materiál, který nemusí (ale může) být vytvořen výzkumníkem v procesu výzkumu, který již existuje, a výzkumník většinou pouze dle svého výzkumného cíle materiál vybírá, provádí selekci, případně různé úpravy atd.“ (Miovský, 2006, s. 99). Při analýze dokumentů obvykle pracujeme s daty, která již byla před námi vytvořena. Pracujeme tedy s materiálem, který již existuje, a my jej tedy v průběhu výzkumu nevytváříme. (Miovský, 2006, s. 99).

Autorka diplomové práce provede analýzu dokumentu s názvem Metodika terénního multidisciplinárního týmu, a následně dle získaných teoretických poznatků (teoretická část diplomové práce), výsledků z neformálního rozhovoru se sociální pracovnící (SP3) a na základě vyhodnocení dotazníků, navrhne rozšíření stávající metodiky terénního multidisciplinárního týmu, se zaměřením na postavení, respektive roli sociálního pracovníka tohoto týmu, čímž autorka naplní aplikační cíl diplomové práce. „Analýzu dokumentů můžeme charakterizovat jako intenzivní rozbor a analýzu dokumentu, který je ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňován a interpretován. Připouští se však samozřejmě také možnost kombinace kvalitativních a kvantitativních metod a jejich vzájemné doplňování. Zásadní podmínkou je maximální otevřenost výzkumníka k tvorbě zajímavých, nových i nekonvenčních závěrů, neboť texty (stejně tak jako jakýkoli jiný materiál) jsou považovány za objektivaci a psyché tvůrce“ (Miovský, 2006, s. 100).

Autorka diplomové práce zvolila variantu analýzy písemného dokumentu, kdy „výzkumník pracuje s listinnými dokumenty, jejichž obsah je zachycen písmem“ (Miovský, 2006, s. 100).

„Za relevantní zdroje dat pro analýzu dokumentů považujeme jakékoli předmětné svědectví, které může sloužit jako pramen k vysvětlení lidského jednání (...). V rámci výzkumného plánu analýzy dokumentů byla vytvořena kritéria pomáhající posoudit validitu zdrojů dat, s nimiž výzkumně pracujeme. Pomocí těchto kritérií posuzujeme kvalitu a relevanci daného zdroje informací vůči cílům našeho výzkumu (Miovský dle Novákové (1972), 2006, s. 101). Mezi tato kritéria patří: druh dokumentu, vnější znaky dokumentu, vnitřní znaky (obsah) dokumentu, intence (vztahování se, určení) dokumentů, které úzce souvisí s vnitřními znaky a posledním kritériem je původ dokumentu. Tato kritéria budou aplikována autorkou diplomové práce při analýze dokumentu níže.

„Důležitou částí realizace plánu analýzy dokumentů je identifikace relevantních dokumentů a popis způsobu jejich získání. Nejedná se však o nutnost vytvořit přesný a vyčerpávající seznam dokumentů připadajících v úvahu, ale o stanovení kritérií, podle kterých budeme dokumenty vyhledávat (Miovský, 2006, s. 102). Autorka diplomové práce zvažila, jaké typy dokumentů jsou relevantní výzkumné otázky a cílům diplomové práce, dále, kde se tyto dokumenty vyskytují a v jaké formě, jak lze tyto dokumenty získat pro výzkumné účely, a jak bude s různými typy dokumentů v průběhu výzkumu nakládáno. Autorka diplomové práce by ráda poznamenala, že jejím původním záměrem bylo provést analýzu nejen dokumentu s názvem Metodika multidisciplinárního týmu, ale chtěla také analyzovat dokumenty, které jsou metodickým podkladem pro fungování sociálních služeb (Sociální rehabilitace, Podpora samostatného bydlení), v rámci kterých sociální pracovníci FOKUSu – Opava, z. s. pracují pro terénní multidisciplinární tým. Konkrétně se mělo jednat o dokument s názvem Standardy kvality – tyto dokumenty nebyly autorce diplomové práce osloveným pracovníkem poskytnuty.

„Při analýze dokumentů obvykle pracujeme s daty, která již byla před námi vytvořena. Pracujeme tedy s materiálem, který již existuje, a my jej tedy v průběhu výzkumu nevytváříme. Mayring (1990) proto pro použití tohoto plánu navrhuje následující kroky: jasná formulace problému, cílů a výzkumných otázek; nutnost

definovat, co v kontextu dané studie považujeme za dokument – určíme tedy, co je výchozím materiálem a popíšeme způsoby, jak je hodláme získat; shromáždění dokumentů a revize; kritika pramenů – podle základních kritérií pro hodnocení dokumentů se pokusíme zhodnotit, co mohou dokumenty vypovídat a jak jsou relevantní pro zodpovězení formulovaných výzkumných otázek; analýza a interpretace dokumentu ve smyslu formulovaného problému a otázek (...) návrh a realizace závěrečné zprávy“ (Miovský, 2006, s. 103).

Metodika byla zpracovávána v průběhu fungování terénního multidisciplinárního týmu a jako vstupní materiál byla použita stávající metodika práce (Standardy kvality, Provozní řád) týmu terénních sociálních služeb Sociální rehabilitace a Podpora samostatného bydlení. Metodika terénního multidisciplinárního týmu byla v době svého vzniku průběžně doplňována na základě praktických zkušeností týmu, přičemž na tvorbě metodiky se účastnily všichni členové týmu a za zodpovědnost za koordinaci měl vedoucí multidisciplinárního týmu. Metodiku vydala v roce 2016 nestátní nezisková organizace FOKUS – Opava, z. s. , přičemž autory byly PhDr. Ivana Strossová a Radka Kurtinová. Metodickou spolupráci poskytl FOKUS – Opava, z. s., a Psychiatrická nemocnice v Opavě. Metodika je volně přístupná na webových stránkách FOKUSu – Opava, z.s.

Charakteristika dokumentu: Metodika multidisciplinárního týmu

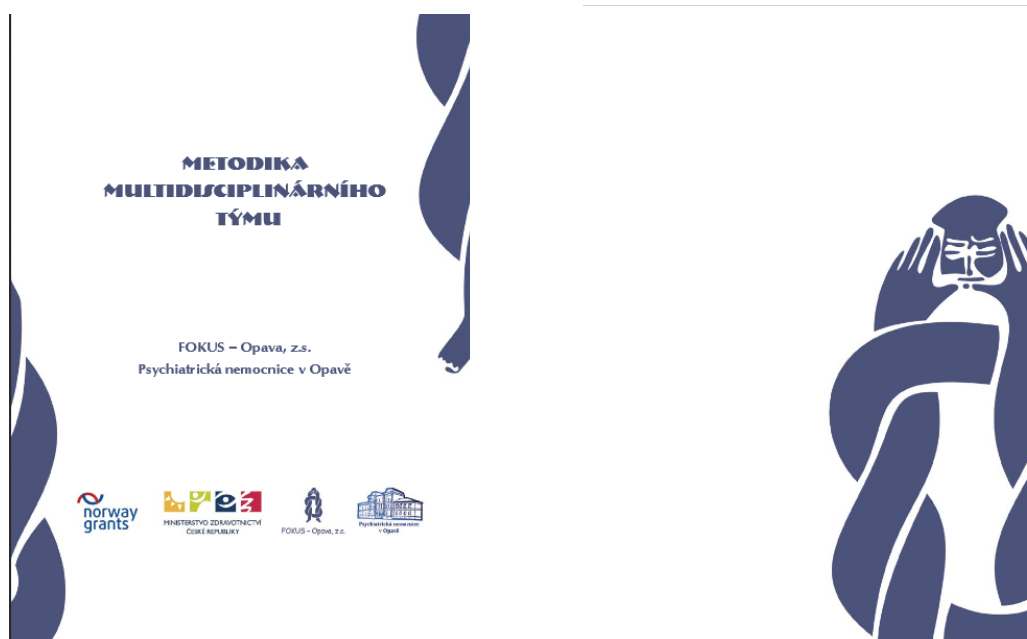
Druh dokumentu

Metodika multidisciplinárního týmu je dokumentem, který vznikl jako společný výstup projektů Pilotní projekt a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu pro region Opava a Vítkov a projektu Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji. Tyto projekty byly podpořeny z Norských fondů.

Vnější znaky

Dokument je brožovaný, velikosti A5, titulní strana obsahuje v první třetině název dokumentu (Metodika multidisciplinárního týmu), pod nímž jsou v druhé třetině strany uvedeny názvy organizací, které jsou zainteresované do práce terénního

multidisciplinárního týmu (FOKUS – Opava, z. s., Psychiatrická nemocnice v Opavě). Třetí třetina titulní strany obsahuje loga obou zainteresovaných organizací a dále logo Norských fondů a Ministerstva zdravotnictví (tato čtyři loga se musí dle zadání projektu uvádět na každém dokumentu). Přední stranu tohoto dokumentu také lemuje při levém okraji v dolní polovině a při pravém okraji v horní polovině modrý neucelený obrázek. Při bližším zaměření se na oba obrázky si lze všimnout, že spojením obou částí obrázků by vzniklo logo FOKUSu – Opava, z. s. Podobný necelý obrazec se také objevuje na poslední straně metodiky.



Vnitřní znaky (obsah)

Metodika začíná úvodem, ve kterém je vysvětleno, za jakým účelem Metodika vznikala - byla společným výstupem nestátní neziskové organizace FOKUS – Opava, z. s. a Psychiatrické nemocnice Opava.

Následují kapitoly, které se věnují popisu obou výše zmíněných organizací (kapitola 1), krátkému popisu multidisciplinárního týmu (kapitola 2), cílové skupiny (kapitola 3) a členů týmu (kapitola 4). První z delších kapitol se věnuje konkrétním činnostem a kompetencím jednotlivých profesí (kapitola 6) zastoupených v multidisciplinárním týmu – tým pracovníků ze sociální oblasti (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, klinický psycholog, pracovník v sociálních službách – psychiatrická sestra) a tým pracovníků ze zdravotnické oblasti (psychiatr, klinický

psycholog, psychiatrická sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut). Šestá kapitola obsahuje pouze tabulku, která popisuje možnosti zastupitelnosti v rámci týmu u jednotlivých vybraných činností. Sedmá kapitola se věnuje asertivitě, direktivitě a motivaci klientů. Osmá kapitola popisuje základní fáze procesu zotavování se a možné role pracovníků multidisciplinárního týmu. Devátá kapitola obsahuje tabulku, která zachycuje nejčastější specifické potřeby (problémové oblasti) osob s duševním onemocněním spolu s uvedením typem intervence (podpory), která na tyto potřeby (problémy) reaguje. Předposlední kapitola (kapitola 10) popisuje podmínky spolupráce multidisciplinárního týmu a poslední, jedenáctá kapitola krátce popisuje konkrétní postup práce multidisciplinárního týmu, respektive jak probíhá navázání spolupráce s klientem (postup přijetí do péče psychiatrické sestry a sociálního pracovníka) a seznámení s případem nového klienta multidisciplinárního týmu.

Následuje slovo závěrem a příloha, která obsahuje etický kodex člena multidisciplinárního týmu a také krátké odstavce s popisem a internetovými odkazy na etický kodex lékaře – psychiatra, etický kodex klinického psychologa, etický kodex zdravotní sestry a etický kodex sociálního pracovníka.

Intence (k čemu/za jakým účelem) byl dokument vytvořen

Aktivita, v rámci, které obě výše zmíněné organizace spolupracovaly se jmenovala Vytvoření a pilotní odzkoušení multidisciplinárního týmu a trvala jeden rok (od 1.4.2015 do 30.5.2016). Výstupem této aktivity, respektive výstupem Pilotního projektu a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu, bylo vypracování metodiky, která měla sloužit jako podkladový materiál pro transformaci psychiatrické péče v regionu. Tato metodika má popisovat možný postup, jak sestavit multidisciplinární tým - propojením zdravotního a sociálního týmu působícího v terénní komunitní péči. V metodice by měly být vymezeny kompetence jednotlivých členů týmu.

„Při hodnocení intence dokumentu pracujeme s tím k čemu (za jakým účelem) byl dokument vytvořen a jak se tento účel promítl do jejich vnitřní a vnější formy“ (Miovský, 2006, s. 101).

Hodnocení, jak se účel vytvoření dokumentu promítl do její vnitřní formy:

Při zaměření na vymezení kompetencí jednotlivých členů týmů, konkrétně tedy na vymezení kompetence profese sociálního pracovníka, obsahuje Metodika poznámku, že „práce týmu vychází z případového vedení (case managementu), mezi jehož znaky patří:

- získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
- plánování péče a podpory,
- uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě,
- monitorování dosažených výsledků,
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.“ (Strossová I., Kurtinová R., 2016, s. 6)

Dále Metodika popisuje „konkrétní činnosti a kompetence“ a tyto jsou u sociálního pracovníka vymezeny následovně:

„Sociální pracovník

- sociální šetření,
- zabezpečení sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče,
- sociálně právní poradenství,
- analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti,
- odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence,
- depistážní činnost,
- poskytování krizové pomoci,
- sociální poradenství a sociální rehabilitace,
- zajišťování potřeb obyvatel obce a kraje a koordinaci poskytování sociálních služeb.“

(Strossová I., Kurtinová R., 2016, s. 7)

Výše popsané činnosti a kompetence, jsou opisem § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Oproti dalšímu členu týmu – pracovníkovi v sociálních službách je tento výčet velice strohý a obecný. Autorka diplomové práce navrhuje tyto konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí, konkrétně sociálního pracovníka rozšířit ku

příkladu o činnosti, které uvádí platný právní předpis – Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě takto:

Sociální pracovník:

- provádí dílčí odborné sociální práce včetně zajišťování standardní dokumentace
- řeší dílčí sociálně-právní problémy
- zajišťuje informace a odborné podklady pro sociální práci včetně jejich zpracování
- vytváří podmínky pro zapojení klientů do společenského procesu za účelem sociálního začlenění
- řeší sociálně-právní a sociálně zdravotní problémy klientů aplikací odborných metod sociální práce, provádí diagnostickou činnost
- se účastní na jednání se správními orgány a jinými organizacemi v zájmu klientů
- poskytuje soustavnou sociální pomoc v přímém styku s osobami nebo rodinami, které se dostaly do nepříznivé životní situace
- „depistážní činnost“ – přeformulovat na: zabezpečuje depistážní činnost zaměřenou na vědomé, cílené a včasné vyhledávání jednotlivců, rodin a skupin v nepříznivé sociální situaci a na analýzu jejich sociálních potřeb v dané komunitě
- „poskytování krizové pomoci“ - připsat: popř. poskytování krizové intervence (dle výcviku)
- zabezpečuje komplexní správu sítě sociálních služeb (myšleno pro danou cílovou skupinu)
- provádí sociální práci zaměřenou na jednotlivce, rodiny a skupiny se zvýšeným rizikem sociálního vyloučení nebo vzniku problémů v osobním nebo sociálním vývoji
- „analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti“ - přeformulovat na: podílí se na tvorbě koncepce a strategie poskytování více druhů sociálních služeb, zavádění systému kvality sociální práce, analytická činnost a metodické usměrňování sociální práce v rámci dané organizace
- poskytování odborného sociálně-právního poradenství v oblasti rodinných vztahů, zdravotního a psychického onemocnění či postižení
- provádění náročných metodických a specializovaných kontaktních činností se zaměřením na jednotlivce rodiny a skupiny se zvýšeným rizikem sociálního vyloučení nebo vzniku problémů v osobním a sociálním vývoji.

Dle autorky diplomové práce je navrhované rozšíření činností sociálního pracovníka terénního multidisciplinárního týmu více vypovídají, zejména z hlediska odbornosti profese sociálního pracovníka. Dle autorky diplomové práce je žádoucí, aby byly vyzdvíženy odborné kompetence, znalosti a dovednosti sociálního pracovníka.

V následující kapitole (kapitola 6) je zobrazena tabulka zastupitelnosti některých profesí multidisciplinárního týmu, konkrétně tedy sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a psychiatrické sestry, a zde je možno vyčíst konkrétnější činnosti, kterým se sociální pracovník v terénním multidisciplinárním týmu věnuje:

„Činnosti – sociální pracovník

- nácvik zvládání stresových situací,
- doprovody,
- podpora při zvládání MHD a cestování,
- nácvik úklidu, péče o domácnosti,
- trénink kognitivních funkcí,
- kontrola užívání léků a přípravy léků do dávkovače,
- sociální šetření,
- případové vedení (case management),
- administrativní činnost sociálního pracovníka,
- zpracování rehabilitačního a krizového plánu,
- posouzení stavu pacienta/klienta v jeho přirozeném prostředí,
- uzavření smlouvy o sociální službě,
- jednání v zájmu klienta a prosazování jeho zájmů.“

V Metodice samotní autoři, v souvislosti s asertivitou, direktivitou a motivací klientů, vyslovují potřebu „dořešit a nově definovat legislativně ukotvené kompetence“ (Strossová I., Kurtinová R., 2016, s. 12).

Kapitola číslo 8 se má věnovat základním fázím procesu recovery a **možným rolím pracovníků multidisciplinárního týmu**. Je zde vyobrazena tabulka, která je rozdělena

do tří fází, kterými si klient během procesu recovery prochází (stabilizace, re orientace, re integrace) a zde je popsáno, čemu je v jednotlivých fázích věnována pozornost (stabilizace = ovládnutí symptomů a snížení utrpení, reorientace = zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost, reintegrace = obnova smysluplných vztahů a sociálních rolí) a zároveň je zde také výčet činností, které jsou klientům poskytovány jako podpora, respektive oblasti možných intervencí. **Jakou konkrétní roli zde jednotliví členové multidisciplinárního týmu zde není uvedeno** (viz. tabulka níže, dle Strossová I., Kurtinová R., 2016, s. 13)

Stabilizace	Reorientace	Reintegrace
Zaostřeno na: ovládnutí symptomů a snížení utrpení	Zaostřeno na: zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost	Zaostřeno na: obnova smysluplných vztahů a sociálních rolí
Podpora péče o duševní zdraví: - farmakoterapie - lékový management - nabídka bezpečí - osobní péče	Podpora péče o duševní zdraví: - poradenství - psychoedukace - učení zvládat symptomy - hovory o důsledcích nemoci - pomoc při plánování budoucnosti	Podpora péče o duševní zdraví: - pomoc vrátit se k všednímu životu - nácvik dovedností - zvýšení sebevědomí - pracovní reintegrace - podpora v rodině

Tabulka č. 3 Možné role pracovníků multidisciplinárního týmu (dle Strossová I., Kurtinová R., 2016, s. 13).

V tabulce je autorkou diplomové práce zvýrazněno, v jakých činnostech by se mohl, dle teoretických a praktických zkušeností autorky diplomové práce a neformálního rozhovoru s SP3, angažovat sociální pracovník. Z tabulky je zřejmé, že při práci terénního multidisciplinárního týmu je důležitá spolupráce jak pracovníku ze zdravotní, tak pracovníků ze sociální oblasti. Lze také vysledovat, že ve fázi stabilizace bude převládat více péče zdravotní, ve druhé fázi (reorientace) se již péče sociálních pracovníků navyšuje a v poslední fázi (reintegrace) je již podpora poskytována zejména sociálními pracovníci.

Následující kapitola (kapitola 9) se věnuje popisu specifik naplňování potřeb osob se závažným duševním onemocněním. Je zde vyobrazena tabulka, která obsahuje oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy (na straně jedné) a typ potřebné podpory (na straně druhé). O těchto potřebách se autorka diplomové práce zmiňuje v kapitole, jež se tomuto tématu věnuje. Metodika tedy popisuje typ potřebné podpory, respektive intervence dle 11 oblastí a to následovně:

1. Komunikace

- **podpora sebevědomí**
- **porozumění jazyku „psychotického“ světa druhými osobami (role překladatele)**

2. Péče o sebe

- **aktivizace**
- **pozitivní motivace**
- nácvik pravidelné osobní hygieny
- nácvik zdravého životního stylu
- **podpora „ženského“ sebevědomí**

3. Péče o domácnost

- **nácvik praktických dovedností v reálném prostředí**
- **návody posloupnosti činností**
- **nácvik rozhodovacích procesů**
- **pomoc při hospodaření s penězi**

4. Bezpečí

- **ochrana před využíváním a zneužíváním**
- **monitoring a self-monitoring psychického stavu – nácvik „bezpečného chování“**
- **ochrana před stigmatem vyplývajícím z diagnózy**

5. Vztahy

- **podpora sebevědomí**
- **navazování nových sociálních vazeb**

- edukace v rozvoji sociálních vazeb
- sexuální psychoedukace
- **cílená práce zvláště se vztahem „klíčový pracovník – klient“**
- **ochrana před případným negativním prostředím rodiny**
- specifický přístup k rodině – psychoedukace

6. Bydlení

- **mediace**
- **samostatné ložnice**
- **vedení účetnictví, hlavně placení účtů**
- **vyřizování úředních věcí**
- **jasná, pevná pravidla**

7. Finance

- **komunikace – edukace posudkových komisí**
- **zaměstnání – příjem**
- **vyřizování úředních záležitostí**
- **hospodaření, nácvik hospodárnosti**

8. Zdraví

- vyhledání „ochotných“ praktických lékařů a specialistů (např. dentistů)
- **motivace k péči o sebe**
- 24 hodinová dostupnost potřebné péče
- monitorování stavu
- životospráva
- režim abstinence

9. Osobní uplatnění a spokojený život

- **vzdělání (dokončení vzdělání)**
- **práce**
- **role ve společnosti**
- **naplnění volného času**

- **naplnění osobních „společenských“ cílů**
- **osobnostní růst – rozvoj osobního potenciálu**

10. Rizika a nepohoda

- monitorování – sebemonitorování
- náhled a zodpovědnost za „nemoc“
- **rozpoznání stresových situací – stress management**
- **krizový plán**
- **nácviky kognitivních funkcí**
- **nácviky dalších dovedností, využití kognitivně behaviorálních postupů**

11. Mobilita – orientace

- **dlouhodobý, pevný vztah**
- **nácvik, využití kognitivně behaviorálních přístupů**

V textu výše je autorkou diplomové práce zvýrazněno, v jakých činnostech by se mohl, dle teoretických a praktických zkušeností autorky diplomové práce a neformálního rozhovoru se sociální pracovnící SP3, angažovat sociální pracovník. Dále jsou některé činnosti podtrženy - zde se, dle teoretických a praktických zkušeností autorky diplomové práce a neformálního rozhovoru se sociální pracovnící SP3, může angažovat jak sociální pracovník, tak např. psychiatrická sestra, záleží pak na znalostech a domluvě (vytíženosti) jednotlivých pracovníků týmu, rehabilitačním plánu a výstupech týmové porady.

Shrnutí analýzy dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu

Práce týmu (čili i sociálního pracovníka) vychází z Case managementu

- získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
- plánování péče a podpory,
- uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě,
- monitorování dosažených výsledků,

- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Činnosti a kompetence sociálního pracovníka

- sociální šetření,
- zabezpečení sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče,
- sociálně právní poradenství,
- analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti,
- odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence,
- depistážní činnost,
- poskytování krizové pomoci,
- sociální poradenství a sociální rehabilitace,
- zajišťování potřeb obyvatel obce a kraje a koordinaci poskytování sociálních služeb.

Činnosti sociálního pracovníka

- nácvik zvládání stresových situací,
- doprovody,
- podpora při zvládání MHD a cestování,
- nácvik úklidu, péče o domácnosti,
- trénink kognitivních funkcí,
- kontrola užívání léků a přípravy léků do dávkovače,
- sociální šetření,
- případové vedení (case management),
- administrativní činnost sociálního pracovníka,
- zpracování rehabilitačního a krizového plánu,
- posouzení stavu pacienta/klienta v jeho přirozeném prostředí,
- uzavření smlouvy o sociální službě,
- jednání v zájmu klienta a prosazování jeho zájmů.

Intervence (podpora) sociálního pracovníka ve fázi stabilizace klientova

- nabídka bezpečí,

- osobní péče.

Intervence (podpora) sociálního pracovníka ve fázi re orientace klienta

- poradenství,
- hovory o důsledcích nemoci,
- pomoc při plánování budoucnosti.

Intervence (podpora) sociálního pracovníka ve fázi re integrace

- pomoc vrátit se k všednímu životu,
- nácvik dovedností,
- zvýšení dovedností,
- pracovní reintegrace,
- podpora v rodině.

Návrh nové Metodiky multidisciplinárního týmu je k náhledu v příloze této diplomové práce.

Ilustrace průběhu spolupráce s klientem

Fáze navazování vztahu s klientem

Potenciální klienti mají možnost se dozvědět o službách terénního multidisciplinárního týmu již v době hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě – členové terénního multidisciplinárního týmu, zejména tedy sociální pracovníce FOKUSu – Opava, z. s. a psychiatrické sestry Psychiatrické nemocnice, pravidelně docházejí na vybraná oddělení a prezentují zdravotně-sociální služby, které poskytuje opavský terénní multidisciplinární tým. Terénní multidisciplinární tým může být kontaktován samotným potencionálním klientem, popřípadě může službu kontaktovat nějaká osoba z klientova okolí (rodina, lékař, opatrovník aj.).

Při jednání se zájemcem o služby terénního multidisciplinárního týmu je cílem získat potřebné informace o zájemci, ale také předání informací vzájemné budoucí spolupráci srozumitelnou formou. Sociální pracovník v průběhu jednání se zájemcem o službu zjistí, zda zájemce spadá do cílové skupiny terénního týmu. Jak již bylo demonstrováno v první kapitole teoretické části diplomové práce (Příklad dobré praxe), mají sociální pracovníci k dispozici škálovací dotazník GAF.

Sociální pracovník zaznamenává do formuláře Vstupní dotazník základní informace o klientovi (jméno, datum narození, bydliště, zda má opatrovníka, jakou má diagnózu, zda pobírá invalidní důchod, zda má příznám příspěvek na péči, jaká je jeho rodinná situace, kde bydlí, jaké má vzdělání, zda má zaměstnání, zda využívá nějaké sociální služby aj.) a zároveň také, jaká jsou jeho očekávání.

Pro budoucí spolupráci pracovníka a klienta je důležitou součástí práce na společném vztahu. Během jednání se zájemcem o službu vyplyne povaha následné spolupráce. Pokud se bude jednat o krátkodobou spolupráci, zejména poradenství, poskytne pracovník intervenci okamžitě. Může také nastat, že první kontakt s potenciálním klientem budou zároveň krizovou intervencí – v tom případě se vzniklá situace řeší neodkladně. U dlouhodobé spolupráce s klientem je budování vztahu pracovníka a klienta nesmírně důležité. Výsledkem této fáze spolupráce je pracovní, osobní a partnerský vztah členů týmu a klienta, ve kterém má každá osoba své místo. Základem vztahu mezi pracovníky a klientem je důvěra, srozumitelnost ve vzájemné komunikaci a jednání v prostředí, ve kterém se klient cítí bezpečně. Pracovníci při jednání se zájemcem o službu respektují identitu klienta (klientovi vykají), zachovávají důvěrnost informací a dodržují ochranu osobních údajů, aktivně a taktně ověřují možné komunikační bariéry (vada sluchu, zraku aj.) a dle toho přizpůsobují komunikaci s klientem. Pro usnadnění komunikace se pracovníci zdržují v zorném poli klienta, mluví srozumitelně a udržují s klientem oční kontakt. Jednání pracovníků terénního týmu by mělo být profesionální, vstřícné a empatické.

Asertivní nabízení služby neznámému potenciálnímu klientovi je služba, která se pokouší navázat kontakt s člověkem, který vykazuje znaky závažného duševního onemocnění, ale dosud nebyl v péči ambulantního psychiatra a nebyl hospitalizován a léčen v Psychiatrické nemocnici, nebo člověk, který vykazuje znaky závažného

duševního onemocnění, má zkušenost s psychiatrií, ale dlouhodobě nedochází do ambulance. Terénní multidisciplinární tým se nikdy nepokouší potenciálního klienta kontaktovat okamžitě, respektive bez předchozí domluvy s ambulantním psychiatrem (pokud to není psychiatr terénního týmu) nebo s psychiatrem z Psychiatrické nemocnice (pokud s nimi byl někdy potencionální klient v kontaktu) a především bez předchozího intenzivního kontaktu s rodinou či blízkým okolím potencionálního klienta. Potencionálního klienta může navštívit psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra spolu se sociálním pracovníkem – vždy po předchozí poradě terénního týmu.

V situaci, kdy terénní tým kontaktuje rodina či osoba z blízkého prostředí potenciálního klienta, je základní podmínkou pro kontaktování klienta zajištění zprostředkování prvního kontaktu s klientem právě touto osobou. Na první schůzce s touto osobou pracovník získává co nejvíce informací o potenciálním klientovi (minulost, příznaky nemoci, agresivita aj.), dojde ke zmapování sociální situace rodiny a vztahů v rodině, přičemž součástí přípravy je také jasná dohoda o pravidlech a sestavení scénáře prvního kontaktu s klientem. Osoba, která tým kontaktovala, musí od pracovníků terénního týmu dostat jasnou informaci o tom, že nelze očekávat okamžitý úspěch a spolupráci s klientem. Na samotnou schůzku s potencionálním klientem chodí vždy dva pracovníci multidisciplinárního týmu (dle situace) a do domácnosti jsou navštívit osobu, která terénní tým kontaktovala, nikoli za potenciálním klientem. Pracovníci při prvních návštěvách respektují soukromí potenciálního klienta, přichází do prostoru osoby, která tým kontaktovala a vyzvou tuto osobu, aby klienta přizvala ke schůzce. Klient může tento první kontakt odmítnout (což se v praxi často stává), důležité je tento pokus o navázání kontaktu opakovat (např. pravidelná návštěva jeden den v týdnu). Pracovník týmu vstupuje do klientova osobního prostoru až po několika předchozích návštěvách a postupuje po malých krocích (nejdříve práh místnosti, při další návštěvě vstupuje opatrně do místnosti, při následné návštěvě si již sedá na židli v blízkosti klienta). Po celou dobu se pracovník snaží s klientem neustále komunikovat a snaží se vysvětlit, proč za klientem přišel a co mu může nabídnout. Pracovník musí mít vždy na paměti, že je vhodné minimalizovat riziko možného agresivního chování klienta (nezavírat za sebou dveře, klienta fyzicky nekontaktovat, udržovat přeměřenou vzdálenost) a musí být připraven se v případě potřeby stáhnout.

Terénní multidisciplinární tým může být kontaktován nejen rodinou či někým z okolí klienta, ale také ambulantním psychiatrem. Ovšem zakázka typu „najděte klienta, zjistěte, proč nedochází do ambulance a přiveďte ho“ není vhodná. Terénní tým může být také kontaktován personálem psychiatrické nemocnice. Terénní tým s může s psychiatrem na příklad vyjednat možný začátek spolupráce s klientem již v průběhu hospitalizace. Při kontaktování klienta již v době pobytu v psychiatrické nemocnici, bývá snadnější ho motivovat ke spolupráci. Pracovník týmu si zjistí co nejvíce informací o potenciálním klientovi, domluví se s personálem, zda proběhne kontakt za přítomnosti zdravotnického personálu, či pouze s klientem a domluví se, zda první kontakt proběhne přímo na oddělení či v areálu psychiatrické nemocnice. Pracovníku terénního týmu nabídne klientovi služby týmu, zmapuje klientovu situaci a očekávání a může klientovi nabídnou návštěvy či pomoc s řešením problémů, např. nákupy, finance apod. Výsledkem prvního kontaktu může být okamžitá dohoda o spolupráci či dohoda, že klient bude terénní tým kontaktovat až po propuštění z psychiatrické nemocnice – pracovník se s klientem domluví, kdy a jakým způsobem se budou vzájemně kontaktovat.

Fáze mapování potřeb klienta

V průběhu jednání s potenciálním klientem dochází k mapování jeho potřeb, přání, vizí a požadavků, které si určuje sám klient (nikoli pracovník – pracovník pouze mapuje, nevykládá, co by se mělo a co by se nemělo). Jak již bylo vysvětleno ve čtvrté kapitole teoretické části diplomové práce, mají sociální pracovníci k hodnocení potřeb klientů k dispozici dotazník CAN.

Při mapování potřeb může být přítomen sociální pracovník, ale také psychiatr, který může přizpůsobit medikaci potřebám klienta, pomoci minimalizovat negativní pocity z nemoci, stigmatizace okolí nebo rodiny. Při mapování potřeb klienta je důležité zmapovat, co klientovi „jde“, čili na čem se dá stavět a co naopak vážne, s čím je nutné počítat jako s rizikem a problémem (příkladem může být, že klient může dobře navazovat vztahy, ale na zátěž reaguje agresí aj.) - mapují se klientovy schopnosti, dovednosti a limity. Důležitou oblastí pro zmapování jsou možné klientovy zdroje podpory. Tyto zdroje se vztahují k přáním a cílům klienta a jsou klientovi v zásadě

jakoukoli oporou, která funguje (finanční, emoční aj.). Je třeba vyzdvihnout jak zdroje profesionální, tak zdroje přímo z přirozeného prostředí klienta, které je třeba posilovat a nejlepším případě také upřednostňovat a v případě, že tyto přirozené zdroje nejsou k dispozici, snažíme se je vytvořit či obnovit zdroje zaniklé. Přirozené zdroje klienta (rodina, přátelé) se nesmí přehlížet a pokud klient souhlasí, je žádoucí je zapojit a dát jim najevo, že jsou důležití. V této fázi je také potřeba zmapovat klientovy možnosti a omezení, které jsou dané prostředím, ve kterém klient žije. Prostředí bývá často limitující vzhledem k cíli, který si klient stanoví, klientovi by mělo být proto jasně vysvětleno na příklad pracovní trh v regionu, sociální politiku, systém zdravotních a sociálních služeb. Pracovník je v této fázi klientovi oporou a je třeba, aby se vyvaroval tomu, aby klient neměl pocit, že jeho přání sice bude formálně přijato, ale že se mu nebude věnovat dostatečná pozornost. Pracovník by měl být pozorný při přijímání přání klienta, aby se nestalo, že klientovo přání sice bude přijato, ale pracovník se již nezeptá, jaký je smysl splněného přání, protože se pak může stát, že bude přehlédnuto něco důležitého nebo např. „přání za přáním“, protože vyslovení klienta „potřebuji práci“ může také znamenat, že potřebuje být důležitý, že potřebuje někam patřit, že chce být nezávislý na rodičích, že se chce naučit něco nového aj.. Při poskytování podpory klientovi, musí pracovník neustále reflektovat míru své podpory, respektive koordinovat svou podporu s klientem od vyšší míry podpory po podporu nižší.

Fáze stanovování cílů

Cíle, které si klient stanoví se vždy musí týkat kvality jeho života. Při stanovování cílů rozlišujeme tři formy cílů: cíl ve kterém si klient stanoví, že chce něco nového získat či dosáhnout něčeho nového; druhá forma je, že si klient stanoví, že si chce udržet to, co má; a třetí formou je, že chce klient něco změnit. Při stanovování cílů může být přítomen také psychiatr a může klientovi napomoci při stanovování osobních cílů, popřípadě může pomoci odhadnout reálnost cílů klienta, klientovy možnosti a schopnosti vzhledem k diagnóze, podávané medikaci a intelektu klienta.

Poté, co si klient stanoví cíl, kterého chce dosáhnout (jedná se o dosažení žádoucí situace), formuluje si překážky, které by mohly bránit dosažení tohoto cíle a naplánuje si dílčí kroky, které povedou k dosažení hlavního cíle. Je výhodné, začít

krokem, který je možno realizovat během kratšího časového úseku (např. v průběhu tří měsíců až půl roku). Důvodem je posílení klientovy motivace k dosahování dalších, náročnějších kroků. Cíl by měl být co možná nejpřesnější, dobře popsáný. Pracovník by měl klienta pobízet k tomu, aby byl cíl měřitelný, reálný a dosažitelný v jistém časovém horizontu. V této fázi má význam akceptovat i cíl, který pracovníkovi nepřipadá reálně dosažitelný (např. kdy si klient přeje dokončit vzdělání a přitom pracovník ví, že má klient velké potíže se soustředěním).

Fáze plánování naplňování cíle

Samotný proces plánování postupuje všemi výše zmíněnými fázemi a navazuje na mapování potřeb, ze kterých vychází. Plánování probíhá v místech a časech, na kterých se pracovník s klientem předem domluví, většinou v domácnosti klienta. Při schůzce by totiž mělo být zajištěno soukromí a bezpečný a vhodný prostor pro vzájemnou výměnu informací. Plán je vlastně popisem cesty k naplnění klientova cíle. Plán má většinou písemnou podobu, protože na základě písemné dohody se poté lépe provádí vyhodnocení. Ve fázi plánování není účelem mechanicky zaznamenávat do formuláře, protože by to mohlo omezovat kreativní přístup klienta i pracovníka, důležité ale je, aby při plánování cíle bylo zodpovězeno: co je cílem (co se musí udělat), jak bude cíle dosaženo (jaké budou jednotlivé kroky při naplňování cíle klienta, ale také jak poznám, že je cíle dosaženo), kdo bude zdrojem při naplňování cíle (profesionální, přirozené zdroje), kdy bude cíle dosaženo, kde bude cíle dosahováno. Plánování probíhá formou rozhovoru pracovníka s klientem. Pracovník si po rozhovoru s klientem zaznamená výstupy jejich domluvy do Individuálního plánu (může již bez přítomnosti klienta), který je poté pracovníkův nástroj pro práci s klientem. Formulář má předepsanou strukturu pro lepší orientaci: cíl, kterého chce uživatel dosáhnout; překážky, které brání tomu, aby byl cíl naplněn; kroky vedoucí k dosažení cíle; zdroje, které může klient využít při dosahování cíle; překážky bránící v cestě ke změně; termín hodnocení cíle; termín dosažení cíle; kritéria dosažení cíle.

Fáze samotného naplňování cíle

V této fázi se realizují naplánované intervence, přičemž musí být pracovník připraven na to, že klient může v průběhu procesu plány změnit. Je velice důležité

neustále, průběžně reflektovat proces realizace naplňování cíle – jak se daří dodržet naplánované tempo naplňování daného cíle; všimnout si toho, co je jinak, než bylo v plánu; všimnout si toho, jak se mění vztah mezi pracovníkem a klientem; popřípadě zda pro naplňování stanoveného cíle nechybí nějaké informace z fáze mapování.

Fáze hodnocení dosaženého cíle

Klient by měl s pracovníkem plánování dosažení cíle průběžně hodnotit, formou jakési rekapitulace plánu, a to minimálně jednou za půl roku. Toto průběžné vyhodnocování je důležité nejen pro pracovníka, ale zejména pro samotného klienta, který se může vyjádřit k tomu, co jej např. příjemně či nepříjemně zaskočilo, co jemu samotnému šlo či nešlo, co by mohl udělat pro to, aby chybu nezopakoval aj.

Po dosažení cíle klienta přichází fáze celkového vyhodnocení, ve kterém klient s pracovníkem společně hodnotí co se povedlo; zda a kde došlo ke změnám v původním plánu a z jakého důvodu; zda došlo ke změnám ve vztahu mezi pracovníkem a klientem; zda bylo dosaženo změny v kvalitě klientova života.

V případě, že nedojde k naplnění cíle nebo dojde k přerušení spolupráce, je nutné individuální plánování naplňování cíle také zhodnotit, aby došlo k vyobrazení vzniklé situace a objasnění důvodu proč došlo k nenaplnění či přerušení naplnění cíle (nejde o hledání viníka).

Závěr

V diplomové práci autorka zodpovídala na základě kvalitativního výzkumu na otázku: *„Jakou roli má sociální pracovník v terénním multidisciplinárním týmu pro péči o osoby se závažným duševním onemocněním.“*

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretickou část diplomové práce tvoří konceptualizace základních pojmů na základě analýzy odborné literatury. Jednotlivé kapitoly diplomové práce se věnovaly tématu duševního onemocnění, reformy psychiatrické péče, komunitní sociální práce a hodnocení a naplňování potřeb osob se závažným duševním onemocněním. Některé z kapitol byly doplněny o praktické příklady dobré praxe, které mohou čtenáři přiblížit jednotlivé tématické celky diplomové práce, jsou zde uvedeny příklady z oblasti hodnocení úrovně psychických, sociálních a pracovních funkcí osob s duševním onemocněním (Global Assessment of Functioning Scale, GAF), dále z oblasti aplikace metody Case managementu (případového vedení) v Nizozemí a Norsku, a posledním příkladem dobré praxe je nastínění, jakým způsobem může probíhat postupné zapojování osob s duševním onemocněním do pracovního procesu v organizaci poskytující sociální služby (FOKUS – Opava, z. s.).

Ve výzkumné části je věnována pozornost popisu kvalitativní výzkumné strategie a s tím souvisejícím metodám získávání, vyhodnocování a interpretování dat. V první části praktické části se autorka diplomové práce věnuje vyhodnocování dat získaných z rozhovorů se sociálními pracovníci multidisciplinárního týmu. Autorka diplomové práce zjistila, že mezi základní činnosti sociálního pracovníka terénního multidisciplinárního týmu patří: první kontakt s klientem, informování zájemce o službu, posouzení cílové skupiny, používání dotazníku GAF k posouzení cílové skupiny, mapování klientovy situace, mapování potřeb a přání klientů, mapování potřeb a přání klientů také pomocí CAN, vyjednávání s klientem o smlouvě, stanovení individuálního cíle klienta, podpis a uzavření smlouvy o poskytování služby, plánování spolupráce s klientem, individuální plánování průběhu služby, hodnocení individuálních plánů s klienty, hodnocení dosažených cílů s klienty, krizové plánování. Mezi další

činnosti sociálního pracovníka z oblasti nácviků dovedností patří: úklid, péče o vlastní osobu, cestování, pracovní dovednosti, hospodaření s penězi, trénink kognitivních funkcí, doprovody.

Z oblasti role sociálního pracovníka dle Škrabalové (2014), bylo zjištěno, že sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu zastává roli: poradce, sociálního diagnostika, manažera, analytika, vzdělavatele, ekonom a účetního, komunikátora, propagátora a přímého poskytovatele. Sociální pracovník v terénním týmu nezastává roli metodika a úředníka. Sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu dle Řezníčka (2000) zastává roli: pečovatele/poskytovatele služeb, zprostředkovatele služeb (funkce: situační diagnostik, odhadce, informátor, obhájce, koordinátor), cvičitele/trenéra (učitele) sociální adaptace, poradce/terapeuta (funkce: psychosociální diagnostik, poradenský pracovník, socioterapeut, výzkumník v praxi), case manažera (funkce: případový diagnostik, plánování služeb, navazování vazeb s jinými poskytovateli služeb, obhájce zájmů klientů). Sociální pracovník terénního multidisciplinárního týmu – dle pracovní náplně zastává roli manažera pracovní náplně v organizaci (organizátora) a nezastává roli personálního manažera (personalista, administrátor), ani roli administrátora (funkce: manager – vedoucí pracovník, ředitel; vnitřní a vnější kontrolor; plánovač; prosazovatel rozvoje organizace a jejich programů; odborný hodnotitel programů).

Dalším zjištěním také bylo, že sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu využívají přístup reflexivní praxe sociální práce. Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu jsou typem angažovaným, radikálními, profesionálním. Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu nejsou typem byrokratickým. Sociální pracovnice terénního multidisciplinárního týmu poskytují nejčastěji intervence z oblasti: bydlení, peněz, finančních dávek, práce, stravování, péče o domácnost, denních činností a trávení volného času. Ze strukturovaného rozhovoru se sociálními pracovnicemi terénního multidisciplinárního týmu byly zjištěny tři oblasti, ve kterých je klientům věnována největší podpora. Jedná se o oblast finanční, pracovní a oblast péče o domácnost.

Autorka diplomové práce také provedla analýzu dokumentu Metodika multidisciplinárního týmu a navrhla nové znění této metodiky, s tím, že by byla ráda,

kdyby její poznámky a doplnění v Metodice byly pracovníky terénního multidisciplinárního týmu zapracovány do nového znění této metodiky.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Výčet diagnostických kategorií duševních poruch, s. 10

Tabulka č. 2 Charakteristika SMI, s. 11

Tabulka č. 3 Možné role pracovníků MDT, s. 118

Bibliografický seznam

ANDERSEN, Bror, Just. *Interdisciplinary Assertive Outreach Teams. State Of The Art, and a Norwegian solution. Flexible Committed, Community Collaboration – The C-Flex Mod.* 2016. Prezentace ku příležitosti semináře „Terénní multidisciplinární tým – zkušenosti z praxe“, v projektu „Psychiatrické nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“, 21. září 2016.

CALDECOTT-HAZARD S. & R.C.W. HALL. 1995. GAF, m-GAF (R). Adapted in 2004 by the Florida DCF Functional Assessment Workgroup from the original M-GAF reported by S. Caldecott-Hazard & R.C.W. Hall. (interní dokument FOKUSu – Opava, z. s.)

DADICH, Ann, FISHER, Karen R., MUIR, Kristy. 2013. How can non-clinical case management complement clinical support for people with chronic mental illness residing in the community?[online]. *Psychology, Health and Medicine*. Vol. 18. No. 4. ISSN 13548506. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=f7564def-ef58-4e34-9adf-db6d763450bd%40sessionmgr4008>.

DAVISON, Larry, TONDORA, Janis a RIGWAY, Priscilla. 2010. Life Is Not an „Outcome“: Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process [online]. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 13:1. 1-8. DOI: 10.1080/15487760903489226. (Dle českého překladu: Život není „výsledek“: Úvahy o konceptu zotavení o výsledku i procesu [online]. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Zivot-neni-vysledek.pdf>).

FOITOVÁ Z., Z. HEŘT, V. PINKASOVÁ, V. ROLENEC, M RŮŽIČKOVÁ, S. SOLDÁNOVÁ, J. STUHLÍK, J. ŠTEFL, M. ŠTOCHLOVÁ, J. ŠUPA a ZAJÍČKOVÁ A. 2016. Manuál Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2016. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf.

GABRIEL, Josef. 2012. Jak se má změnit psychiatrická péče. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví. Ročník XVI. Číslo 11-12 (Esprit). ISSN 1214-2123.

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. Metody pedagogického výzkumu, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.

JAROLÍMEK Martin. 1996. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha: Ondřej.

KALIŠOVÁ, L., J. RABOCH, A. NAWKA a ČERNÝ M. 2013. Kvalita péče o dlouhodobě nemocné umístěné v psychiatrických zařízeních v ČR. Jaké možnosti máme? [online]. Praha: Česká a slovenská psychiatrie. Ročník 109. Číslo 5. ISSN 121-0383. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=912>.

KOMISE EVROPSKÝCH SPOLČENSTVÍ. 2005. Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii [online]. Brusel. 14. října 2005. KOM(2005) 484 v konečném znění. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_cs.pdf.

KONFERENCE VYSOKÉ ÚROVNĚ EU. 2008. Evropská úmluva o duševním zdraví a pohodě [online]. Brusel. 12.-13. června 2008. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/36-evropska-umluva-o-dusevnim-zdravi-a-pohode>.

LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO. 2012. Nemoc zvaná schizofrenie. Příručka pro pacienty a jejich blízké. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2666-6.

MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ, M. ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M. HRONOVÁ, O. CHYTL, M. LAŠTOVICA, A. OPATOVÁ, V. VALENTOVÁ, J. VOJÁČKOVÁ-KUNCOVÁ, J. VONDRKA, a P. KNAPP. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, a. s.. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAKOVCOVÁ, Stanislava. 2011. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením [online]. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf.

MATOUŠEK Oldřich a kol. 2005. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7376-022-X.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2013a. Strategie reformy psychiatrické péče [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Verze 1.0. Vydáno 8. října 2013. [cit. 2017-10-16]. Dostupné z <https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95de-e355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2012. Strategie reformy psychiatrické péče. Vstupní zpráva [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava_srpp_final_7_12_2012.pdf.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2013b. MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR. Tisková zpráva [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. 8. října 2013. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_2778_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2016. Věstník [online]. Praha. Ročník 2016 z 26. dubna 2016. Částka 5. [cit. 2017-10-28]. ISSN 76016005. Dostupný z: <https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/a86b18d3-a5d0-430f-9a24-fd26ad332f0f/Vestnik-c5-2016-MZCR.pdf?ext=.pdf>.

MUESER, Kim T., BOND, Gary R., DRAKE, Robert E., and RESNICK, Sandra G. 1998. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management [online]. Schizophrenia Bulletin. Vol. 24. No. 1. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f7564def-ef58-4e34-9adf-db6d763450bd%40sessionmgr4008>.

NAVRÁTIL Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NEPUSTIL, Pavel. Nedatováno. Sociální pracovník jako case manager. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Role sociálních pracovníků. [cit. 2017-10-29] Prezentace dostupná na: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/19178/Nepustil.pdf>.

PLATFORMA PRO KOMUNITNÍ PRÁCI. 2015. Manuál komunitní sociální práce [online]. Listopad 2015. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: www.socialni-zaclenovani.cz/dokumenty/...prace/manual...socialni-prace-asz.../downl...

PRACOVNÍ SKUPINA PŘI NÁRODNÍM CENTRU PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. 2013. Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním. [online]. 22. dubna 2013. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. [cit. 2017-10-14]. Dostupné z <http://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim>.

PRAŠKO, J., M. BAREŠ, J. HORÁČEK, P. MOHR, L. MOTLOVÁ, D. SEIFERTO VÁ A F. ŠPANIEL. 2005. Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 80-239-5482-2.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky. Vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

PROBSTOVÁ, V., P. ŠELEPOVÁ, E. DRAGOMIRECKÁ, H. KALVODA, G. SOCHOROVÁ, O. PĚČ. 2011. CAN: Camberwellské hodnocení potřeb. Manuál. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN: 978-80-260-0138-6.

PSYCHIATRICKÁ SPOLČENOST ČLS JEP. 2008. Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008. [online]. © 2018 [cit. 2017-10-16]. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf.

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. 2017. Malý průvodce reformou psychiatrické péče [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.

RABOCH, Jiří. 2013. „Hot topics“ psychiatrické společnosti [online]. Praha: Česká a slovenská psychiatrie, 2013, ročník 109, číslo 1, ISSN 121-0383. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=852>.

RABOCH, J., I. ZRZAVECKÁ, B. WENIGOVÁ, E. HERMAN, O. PĚČ, V. ŽIŽKA, Z. DRLÍKOVÁ, M. DLOUHÝ, L. KALIŠOVÁ, M. HOLLÝ, J. REKTOR, P. ŠELEPOVÁ, T. RAITER a STUHLÍK J. 2012. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Oborná zpráva z projektu. [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost. [cit. 2017-10-28] Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf.

RAGINS, Mark. 2002. A Road to Recovery [online]. MHA Village. Los Angeles, USA, 2002. [cit. 2017-10-29]. Dostupný z: <http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/1084149/15460035/1323119957763/08ARoadtoRecovery.pdf?token=39iQ8ROZcb5oJ4knFb8sShJFtYw%3D>.

ROUTHU Michaela, ROUTHU Sunil a HOSÁK, Ladislav. 2014. Komunitní psychiatrie ve Velké Británii – vlastní zkušenosti [online]. Praha: Česká a slovenská psychiatrie. Ročník 110. Číslo 5. ISSN 121-0383. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?Stat=978>.

SADATH, V. Anvar, MURALIDHAR, D.VARAMBALLY, Shivarama. 2012. Clinical Social Work Perspectives on Case Management in Mental Health [online]. Rajagiri Journal of Social Development. June 2012. Vol. 4. Issue 1. ISSN 09733086. [cit. 2017-10-29].

SHEPHERD Geoff, Jed BOARDMAN a SLADE Mike. 2008. Making Recovery a Reality [online]. London: Sainsbury Centre for Mental Health. March 2008. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/making-recovery-a-reality>.

SLADE, Mike. 2013. 100 ways to support recovery [online]. London: Rethink, 2013. (Dle českého překladu: 100 způsobů jak podporovat zotavení [online] . Průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví, druhé vydání. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/zotaveni/knihovna-textu/>).

STUHLÍK, Jan. 2001. Asertivní komunitní léčba & Case management. Fokus books. Praha: Fokus Praha, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné také z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-assertivni-komunitni-lecba.pdf>.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, EVROPA. 2005a. Deklarace o duševním zdraví pro Evropu. Čelit výzvám, nalézat řešení [online]. EUR/04/5047810/6.

14. ledna 2005. 52667. Originál: angličtina. [cit. 2017-10-16]. Dostupné z: http://www.crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_002.pdf.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, EVROPA. 2005b. Akční plán duševního zdraví pro Evropu. Čelit výzvám, nalézat řešení [online]. EUR/04/5047810/7. 14. ledna 2005. 52671. Originál: angličtina. [cit. 2017-10-16]. Dostupné z : http://www.crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_003.pdf.

ŠKRABALOVÁ, Naděžda. 2014. Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce. Multifunkčnost sociálního pracovníka. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Role sociálních pracovníků. [cit. 2017-10-29]. Prezentace dostupná na: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/19175/Skrabalova.pdf>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). 2018. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10. revize MKN – 10 [online]. ©ÚZIS ČR 2010-2018. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

VALNÉ SHROMÁŽDĚNÍ OSN. 2006. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením [online]. New York. 13. prosince 2006. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/28419/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf.

VAN VELDHUIZEN, J. Remmers. 2007. *FACT: A Dutch Version of ACT*. [online]. Community Mental Health Journal, Vol. 43, No. 4, August 2007, DOI: 10.1007/s10597-007-9089-4. [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-007-9089-4>.

VAN VELDHUIZEN, J. Remmers, BÄHLER, Michiel. 2017. *Manuál Flexible Assertive Community Treatment (FACT). Vize, model, praxe a organizace*. (česká verze: z anglického originálu přeložila Martina Vavřínková). Praha: Centrum pro rozvoj péče o

duševní zdraví, z. s., 2017, 1. vydání. [online].
Dostupné z:[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke %20stazeni/Centrum/FAC
T_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FAC_T_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf).

VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP a REGIONÁLNÍ KANCELÁŘ
WHO ČR. 2007. Národní psychiatrický program 2007 [online]. © 2018. [cit. 2017-10-
28]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/strategie-koncepce-
reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007](http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/strategie-koncepce-reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007).

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších
předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 87/2017 a 27/27 Sb. m. s..
Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/Zakon_o_socialnich_sluzbach-
stav_do_30.9._2017.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_do_30.9._2017.pdf).

Přílohy

Příloha: Návrh metodiky multidisciplinárního týmu.

Metodika multidisciplinárního týmu

Úvod

- text zachován

1. Popis organizací

- text zachován

2. Multidisciplinární tým

Stávající text obsahuje krátký popis toho, co zajišťuje multidisciplinární tým. Autorka navrhuje text doplnit o bližší specifikaci multidisciplinárního přístupu.

Multidisciplinární přístup „je koordinace a spolupráce pracovníků různých povolání a institucí a musí probíhat na třech základních úrovních: koordinace a spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu; koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami; koordinace a spolupráce v rámci komunity (včetně místní správy a samosprávy, úřadu práce, odborů sociálních a zdravotních služeb apod.).“ Multidisciplinární tým tedy tvoří členové z řad odborníků, kteří poskytují pomoc jak při léčení závažného duševního onemocnění, tak pomoc, podporu a péči v dalších sociálních oblastech klientova života, přičemž pozitivně ovlivňují kvalitu klientova života.

Multidisciplinární tým poskytuje veškeré služby Centra duševního zdraví, je tedy základní službou, přičemž se jeho členové přímo podílejí za zajišťování výrazné části potřeb klienta a zprostředkovávají ostatní služby. Tým by měl mít definovanou spádovou oblast, přičemž optimální je, aby jeden tým zabezpečoval péči v území pro 100 000 obyvatel. Multidisciplinární komunitní tým tvoří profesionálové různých odborností, jejichž cílem je úzká spolupráce a společná práce jak v přirozeném prostředí klienta čili v terénu, tak práce ambulantní. Multidisciplinární tým sdílí veškeré klienty, průběžně si předává potřebné informace a většinu intervencí provádí v přirozeném prostředí klientů. Členem multidisciplinárního týmu by měl být psychiatr, klinický psycholog, všeobecné zdravotní sestry se specializací psychiatrická sestra, sociální pracovníci a pracovník v sociálních službách a pracovník se zkušeností s duševním onemocněním, tzv. peer konzultant/peer-specialista (musí splňovat kvalifikační

požadavky dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tj. sociální pracovník či pracovník v sociálních službách). Doporučuje se, aby jeden z pracovníků s odborností všeobecná sestra či sociální pracovník byli specializovaní na problematiku práce s osobami s duální diagnózou (specialista na závislosti).

Dále autorka diplomové práce navrhuje vložit konkrétní informace o složení opavského multidisciplinárního týmu – počet pracovníků a jejich profese. Návrh textu:

Opavský multidisciplinární terénní tým pro péči o osoby se závažným duševním onemocněním je složen z následujících odborníků: psychiatr, psycholog, psychiatrické sestry, sociální pracovnice, pracovníci v sociálních službách.

3. Cílová skupina

Text obsahuje popis diagnostických okruhů označených pouze jako F2, F3, F4 eventuálně F6. Dále v textu kapitoly také F5 a F7.

Autorka doporučuje tyto diagnostické okruhy označit také textem názvu okruhu. Text by mohl vypadat následovně:

Diagnostické okruhy:

V. kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu - oddílu
F 20 – F 29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F 30 – F 39	Afektivní poruchy (poruchy nálad)
F 50 – F 59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F 40 – F 48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F 60 – F 69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F 70 – F 79	Mentální retardace

Autorka také navrhuje k této kapitole doplnit, co je to GAF. Text by mohl být použit ze stávající Metodika z kapitoly 11.

4. Členové multidisciplinárního týmu

- zrušeno (součástí kapitoly č. 2 Multidisciplinární tým)

5. Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí

5.1 Tým pracovníků ze sociální oblasti

Tato podkapitola obsahuje pouze stručný popis zásad Case managementu (případového vedení). Autorka diplomové práce považuje za vhodné text Metodiky doplnit o základní informace z oblasti metody Case managementu, a to z toho důvodu, že by metodika měla být popisem postupů práce členů multidisciplinárního týmu (výchozím textem je autorce teoretická část diplomové práce): praktické zásady Case managementu, úkoly Case manažera.

Praktické zásady Case managementu

1. Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii (diagnóza stigmatizuje).
2. Podstatný je vztah klienta a case manažera (partnerský spolupracující vztah).
3. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí (brát v potaz klientovo přání a jeho volbu kdykoli je to možné).
4. Asertivita intervencí (vyhledávání klientů).
5. I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat (staví se na zachovaných dovednostech a schopnostech klienta).
6. Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoli překážka (vychází se z potřeb klienta).

Úkoly case manažera v počáteční fázi

Pro case manažera je nejdůležitějším úkolem navázání vztahu s klientem, proto se musí před schůzkou s klientem připravit, tzn. získat co nejvíce informací o klientovi,

vybrat místo schůzky; dále musí respektovat klientovy zvláštnosti, např. co by mohlo klienta od schůzky odradit. Case manager by se měl chovat jako skutečný člověk - měl by předem klienta informovat že dojde k setkání, představit se klientovi nejprve jménem, poté vysvětlit jaká je jeho profese a proč klienta vyhledal. Case manager by se měl prezentovat jako osoba, která je na klientově straně a přišla mu pomoci s jeho problémy. Case manager by měl dát najevo respekt ke klientovi, např. tím že se domluví na oslovení, dále aktivním nasloucháním. Úkolem case managera je také navázání kontaktu s osobami, které klient zná a kterým věří, např. praktický lékař, sestry psychiatrické nemocnice, farář aj. V případě, že při prvním kontaktu klient odmítá nabízenou pomoc, je důležité, aby case manager správně vyhodnotil situaci a rozhodl se, zda bude respektovat přání klienta a kontakt ukončí nebo zda vytrvá a bude klienta opakovaně kontaktovat (zanechá např. vizitku, letáček). Třetí variantou, např. v případech, kdy je klient evidentně nebezpečný sobě či svému okolí, je vyhodnocení situace pracovníkem jako okamžité zajištění jiné formy pomoci (akutní hospitalizace).

Pro vybudování pozitivního vztahu s klientem je důležité, aby case manager klientovi jasně říkal, co může a co nemůže – klient musí rozumět tomu, kdo je case manager a co mu nabízí a kdy bude jednat proti vůli klienta. V rámci získávání a hodnocení informací o klientovi, by se měl case manager věnovat těmto okruhům: sebeobsluha, aktivity každodenního života; fyzické zdraví; duševní zdraví; schopnosti a životní styl; přínos pečovatелů; sociální síť a podpora, bydlení a finance. Výsledkem vyhodnocení jednotlivých oblastí by měl být individuální plán péče, ve kterém by mělo dojít ke zmapování klientových potřeb, jeho silných stránek a měly by se naplánovat kroky, díky kterým se klientova nepříznivá životní situace zlepší (Stuchlík, 2001, s. 20-26).

Úkoly case managera při intervencích zaměřených na prostředí

Case manager pomáhá klientovi vytvářet vazby ve svém prostředí, zprostředkovává mu služby, se souhlasem klienta spolupracuje s rodinnými příslušníky a zapojuje je do řešení klientova problému. Case manager také podporuje klienta v udržování a rozšiřování sociálních sítí např. podporou při komunikačních dovednostech, doprovodem klienta aj. Dalším důležitým úkolem case managera je také

navazování vztahů s lůžkovými odděleními psychiatrické nemocnice, udržování dobrých vztahů s personálem psychiatrické nemocnice a také navazování vztahů s praktickým lékaři a dalšími organizacemi, které poskytují sociální a zdravotní služby osobám s duševním onemocněním.

Úkoly case managera při intervencích zaměřených na klienta

Jedním z úkolů case managera v těchto intervencích je trénink adaptačních dovedností klienta, např. trénink rozvoje sociálních dovedností, zacházení s medikací, hospodaření s penězi, hledání práce. V případě, že je case manager kvalifikovaný v psychoterapii, nemusí ji nutně provádět, ale přitom může psychoterapeutickou roli zastávat tím, že klientovi nabízí vztah, ve kterém klientovi naslouchá, respektuje ho a prakticky mu pomáhá. Součástí role case managera je také podrobné monitorování klientovy medikace a spolupráce se zdravotnickým personálem.

Úkoly case managera při intervencích zaměřených na interakci klienta s prostředím

Úkolem case managera v této oblasti je poskytnutí krizové intervence, respektive předcházení krizovým stavům pomocí předběžné analýzy a přípravy, protože čím dříve může case manager zasáhnout, tím lépe. V případech krize je zde case manager pro klienta, aby ho provázel a poskytl mu potřebnou podporu. Dalším z úkolů case managera je poskytování pomoci a podpory rodině klienta formou intervencí, rodinné terapie. Důležitým úkolem case managera je také monitorování klientova stavu s využitím individuálního plánu péče a následné formální vyhodnocení plánu péče, shrnutí, diskuze a ukončení práce case managera s klientem, při kterém se klientovi ponechává nabídka obnovení spolupráce v případě problémů v budoucnu.

V této kapitole Metodiky jsou také vymezeny konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí. Autorka diplomové práce navrhuje, aby byly v této části Metodiky více popsány činnosti a kompetence sociálního pracovníka terénního multidisciplinárního týmu (je zde uveden pouze výčet činností dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Výchozím textem bude autorce diplomové práce její návrh

prezentovaný při analýze Metodiky (praktická část diplomové práce), vycházející z katalogu prací.

Sociální pracovník

- provádí dílčí odborné sociální práce včetně zajišťování standardní dokumentace
- řeší dílčí sociálně-právní problémy
- zajišťuje informace a odborné podklady pro sociální práci včetně jejich zpracování
- vytváří podmínky pro zapojení klientů do společenského procesu za účelem sociálního začlenění
- řeší sociálně-právní a sociálně zdravotní problémy klientů aplikací odborných metod sociální práce, provádí diagnostickou činnost
- se účastní na jednání se správními orgány a jinými organizacemi v zájmu klientů
- poskytuje soustavnou sociální pomoc v přímém styku s osobami nebo rodinami, které se dostaly do nepříznivé životní situace
- „depistážní činnost“ – přeformulovat na: zabezpečuje depistážní činnost zaměřenou na vědomé, cílené a včasné vyhledávání jednotlivců, rodin a skupin v nepříznivé sociální situaci a na analýzu jejich sociálních potřeb v dané komunitě
- „poskytování krizové pomoci“ - připsat: popř. poskytování krizové intervence (dle výcviku)
- zabezpečuje komplexní správu sítě sociálních služeb (myšleno pro danou cílovou skupinu)
- provádí sociální práci zaměřenou na jednotlivce, rodiny a skupiny se zvýšeným rizikem sociálního vyloučení nebo vzniku problémů v osobním nebo sociálním vývoji
- „analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti“ - přeformulovat na: podílí se na tvorbě koncepce a strategie poskytování více druhů sociálních služeb, zavádění systému kvality sociální práce, analytická činnost a metodické usměrňování sociální práce v rámci dané organizace
- poskytování odborného sociálně-právního poradenství v oblasti rodinných vztahů, zdravotního a psychického onemocnění či postižení
- provádění náročných metodických a specializovaných kontaktních činností se zaměřením na jednotlivce rodiny a skupiny se zvýšeným rizikem sociálního vyloučení nebo vzniku problémů v osobním a sociálním vývoji.

5.2 Tým pracovníků ze zdravotnické oblasti

- text zachován

6. Zastupitelnost v rámci multidisciplinárního týmu

V Metodice je vyobrazena pouze tabulka s výčtem činností a možností zastupitelnosti jinými pracovníky terénního multidisciplinárního týmu. V tabulce zastupitelnosti je uveden pouze sociální pracovník, pracovník v sociálních službách a psychiatrická sestra. Autorka diplomové práce navrhuje tyto činnosti rozšířit a mezi pracovníky přidat psychologa a psychiatra. Tabulka by poté vypadala následovně:

Činnosti	Sociální pracovník	Pracovník v sociálních službách	Psychiatrická sestra	Psycholog	Psychiatr
První kontakt	x	x	x	x	x
Informování zájemce o službu	x	x	x	x	x
Posouzení cílové skupiny	x	x	x	x	x
Mapování situace zájemce	x	x	x	x	
Stanovení individuálního cíle	x	x	x	x	
Vyjednávání o podobě smlouvy	x		x		
Uzavření smlouvy	x		x		
Podpis písemné smlouvy	x				
Tvorba krizového plánu	x		x	x	x
Mapování potřeb a přání	x		x		
Plánování spolupráce	x	x	x	x	x
Hodnocení plánů	x	x	x	x	x
Hodnocení dosažených cílů	x	x	x	x	x
Řešení krizových situací	x	x	x	x	x
Krizové intervence	dle výcviku		x	x	x
Stanovení a hodnocení cílů služby	x	x	x	x	x
Základní sociální poradenství	x				
Odborné sociální poradenství	x				
Lékový management			x		x
Finanční management	x				

Nácviky dovedností	x	x	x	x	
Doprovody	x	x	x	x	
Zprostředkování sociálního kontaktu	x	x	x	x	x
Práce se sociální sítí klienta	x	x	x	x	x
Jednání s institucemi	x			x	x
Sledování zdravotního stavu			x	x	x
Psychoterapie	dle výcviku			x	x
Změny medikace					x
Diagnostika				x	x
Psychologické poradenství				x	
Psychoedukace	x		x	x	x
Psychosociální rehabilitace	x		x	x	x
Kognitivní trénink	x		x	x	

7. Asertivita, direktivita a motivace klienta

Autorka diplomové práce navrhuje nové znění textu této kapitoly, text popisuje, co je to asertivní nabízení služby a jak se při asertivním nabízení služby postupuje:

Asertivní nabízení služby neznámému potenciálnímu klientovi je služba, která se pokouší navázat kontakt s člověkem, který vykazuje znaky závažného duševního onemocnění, ale dosud nebyl v péči ambulantního psychiatra a nebyl hospitalizován a léčen v Psychiatrické nemocnici, nebo člověk, který vykazuje znaky závažného duševního onemocnění, má zkušenost s psychiatrií, ale dlouhodobě nedochází do ambulance. Terénní multidisciplinární tým se nikdy nepokouší potenciálního klienta kontaktovat okamžitě, respektive bez předchozí domluvy s ambulantním psychiatrem (pokud to není psychiatr terénního týmu) nebo s psychiatrem z Psychiatrické nemocnice (pokud s nimi byl někdy potencionální klient v kontaktu) a především bez předchozího intenzivního kontaktu s rodinou či blízkým okolím potencionálního klienta. Potencionálního klienta může navštívit psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra spolu se sociálním pracovníkem – vždy po předchozí poradě terénního týmu.

V situaci, kdy terénní tým kontaktuje rodina či osoba z blízkého prostředí potenciálního klienta, je základní podmínkou pro kontaktování klienta zajištění

zprostředkování prvního kontaktu s klientem právě touto osobou. Na první schůzce s touto osobou pracovník získává co nejvíce informací o potenciálním klientovi (minulost, příznaky nemoci, agresivita aj.), dojde ke zmapování sociální situace rodiny a vztahů v rodině, přičemž součástí přípravy je také jasná dohoda o pravidlech a sestavení scénáře prvního kontaktu s klientem. Osoba, která tým kontaktovala, musí od pracovníků terénního týmu dostat jasnou informaci o tom, že nelze očekávat okamžitý úspěch a spolupráci s klientem. Na samotnou schůzku s potenciálním klientem chodí vždy dva pracovníci multidisciplinárního týmu (dle situace) a do domácnosti jsou navštívit osobu, která terénní tým kontaktovala, nikoli za potenciálním klientem. Pracovníci při prvních návštěvách respektují soukromí potenciálního klienta, přichází do prostoru osoby, která tým kontaktovala a vyzvou tuto osobu, aby klienta přizvala ke schůzce. Klient může tento první kontakt odmítnout (což se v praxi často stává), důležité je tento pokus o navázání kontaktu opakovat (např. pravidelná návštěva jeden den v týdnu). Pracovník týmu vstupuje do klientova osobního prostoru až po několika předchozích návštěvách a postupuje po malých krocích (nejdříve práh místnosti, při další návštěvě vstupuje opatrně do místnosti, při následné návštěvě si již sedá na židli v blízkosti klienta). Po celou dobu se pracovník snaží s klientem neustále komunikovat a snaží se vysvětlit, proč za klientem přišel a co mu může nabídnout. Pracovník musí mít vždy na paměti, že je vhodné minimalizovat riziko možného agresivního chování klienta (nezavírat za sebou dveře, klienta fyzicky nekontaktovat, udržovat přeměřenou vzdálenost) a musí být připraven se v případě potřeby stáhnout.

Terénní multidisciplinární tým může být kontaktován nejen rodinou či někým z okolí klienta, ale také ambulantním psychiatrem. Ovšem zakázka typu „najděte klienta, zjistěte, proč nedochází do ambulance a přiveďte ho“ není vhodná. Terénní tým může být také kontaktován personálem psychiatrické nemocnice. Terénní tým s může s psychiatrem na příklad vyjednat možný začátek spolupráce s klientem již v průběhu hospitalizace. Při kontaktování klienta již v době pobytu v psychiatrické nemocnici, bývá snadnější ho motivovat ke spolupráci. Pracovník týmu si zjistí co nejvíce informací o potenciálním klientovi, domluví se s personálem, zda proběhne kontakt za přítomnosti zdravotnického personálu, či pouze s klientem a domluví se, zda první kontakt proběhne přímo na oddělení či v areálu psychiatrické nemocnice. Pracovníku terénního týmu nabídne klientovi služby týmu, zmapuje klientovu situaci a očekávání

a může klientovi nabídnou návštěvy či pomoc s řešením problémů, např. nákupy, finance apod. Výsledkem prvního kontaktu může být okamžitá dohoda o spolupráci či dohoda, že klient bude terénní tým kontaktovat až po propuštění z psychiatrické nemocnice – pracovník se s klientem domluví, kdy a jakým způsobem se budou vzájemně kontaktovat.

8. Základní fáze procesu zotavování se a možné role pracovníků MDT

Tato kapitola obsahuje stručný popis procesu recovery. Autorka navrhuje tento text rozšířit (dle teoretické části diplomové práce) následovně:

Cílem péče o osoby se závažným duševním onemocněním „by mělo být dosažení plnohodnotného života bez ohledu na symptomy duševní nemoci.“ Recovery je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezením, která nemoc přináší. Díky tomu jak se klient vymaňuje z katastrofických dopadů duševního onemocnění, dochází u něj k rozvoji nového smyslu a účelu života.

O Recovery můžeme hovořit v případě, že je klient déle než dva roky v remisi (jak pozitivní tak negativní příznaky); chodí do zaměstnání, studuje, není plně závislý na pobírání invalidního důchodu; bydlí samostatně; udržuje sociální kontakty (s vrstevníky, rodinou, přáteli); účastní se veřejného života; volný čas aktivně tráví mimo komunitní služby; dokáže pružně reagovat na vzniklé problémy každodenního života; je u něj patrná sebeúcta a stabilní sebeidentita. „Člověk, jehož symptomy dobře odpovídají na medikaci, ale potřebuje medikaci po mnoho let, může být považován za člověka v procesu recovery bez ohledu na to, jak dobře se vyrovnává s každodenním stresem. Na druhou stranu, člověk, jehož psychiatrické symptomy léčbě odolávají, ale který našel způsob, jak dobře žít symptomům navzdory, také může být v procesu recovery.“

Základním principem recovery je podpora klienta při budování smysluplného a uspokojivého života a to bez ohledu na to, zda má klient příznaky duševního onemocnění či ne. Zotavení představuje odklon od patologie příznaků nemoci jako takové, směrem k podpoře klientova duševního zdraví a směrem k vyzvednutí jeho silných stránek. Cílem je, aby každý klient mohl mít aktivní kontrolu nad svým

životem. Recovery si zakládá na pomáhajícím partnerském vztahu, který vzniká mezi klientem a pracovníkem. Do tohoto vztahu jsou také zapojováni rodinní příslušníci a další lidé z blízkého okolí klienta. Principem recovery je také zapojování peer-konzultantů (klienti, kteří si sami prošli svým osobním zotavením), kteří klienty podporují v úzdavě (poskytují na příklad poradenství či vedou podpůrné skupiny). Úzdava nejlépe probíhá v komunitním typu péče, která podporuje klientovo sociální začleňování a jeho schopnost převzít ve společnosti smysluplné a uspokojující sociální role.

Po vysvětlení principu recovery obsahuje kapitola tabulku, která popisuje princip komplexního přístupu v psychosociální rehabilitaci, přičemž zachycuje nejčastější specifické potřeby osob s duševním onemocněním a typ intervencí/podpory. Autorka navrhuje tabulku doplnit o informaci, která zdůrazní, v jakých typech intervencí/podpory klientovi pomáhá sociální pracovník multidisciplinárního týmu. Návrh doplňujícího textu:

Intervence (podpora) sociálního pracovníka ve fázi stabilizace klientova

- nabídka bezpečí,
- osobní péče.

Intervence (podpora) sociálního pracovníka ve fázi re orientace klienta

- poradenství,
- hovory o důsledcích nemoci,
- pomoc při plánování budoucnosti.

Intervence (podpora) sociálního pracovníka ve fázi re integrace

- pomoc vrátit se k všednímu životu,
- nácvik dovedností,
- zvýšení dovedností,
- pracovní reintegrace,
- podpora v rodině.

9. Specifika naplnění potřeb osob se závažným duševním onemocněním

Tato kapitola zahrnuje tabulku oblastí, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy vyžadující různý typ potřebné podpory a pomoci. Autorka doporučuje před tabulku doplnit následující informace:

Duševní onemocnění zasahuje klientův život v mnoha oblastech, touto nemocí je ovlivněno nejen klientovo myšlení či prožívání, ale také vztah klienta k sobě samému, je narušena vůle a motivace, což ovlivňuje zejména klientovy praktické dovednosti, které potřebuje pro běžné fungování a společenský život, či pracovní uplatnění. Duševní onemocnění se také projevuje v oblasti komunikace, či navazování vztahů. Vzhledem k tomu, že se celkový dopad duševního onemocnění projevuje v celé škále naplňování potřeb klientů, je třeba, aby byl nastaven kontinuální, dostupný, komplexní a flexibilní systém zdravotních i sociálních služeb. Tento systém by měl vycházet z principu recovery a jednotlivé intervence by měly vycházet z potřeb klientů, z jejich individuálních cílů, měl by podporovat kompetence klientů a jejich samostatné fungování v jejich přirozeném prostředí. Mezi oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy patří: komunikace, péče o sebe, péče o domácnost, bezpečí, vztahy, bydlení, finance, zdraví, osobní uplatnění a spokojený život, rizika a nepohoda, mobilita – orientace, volný čas.

Za tabulkou by bylo vhodné do této kapitoly zahrnout popis CAN. Text by mohl být koncipován následovně:

Metoda, která dokáže zachytit potřeby osob s duševním onemocněním a jejich problémy se zvládáním sociálních rolí je Camberwell Assessment of Need (CAN, Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb). Metoda CAN mapuje jak zdravotní tak sociální potřeby, přičemž účelem šetření je, aby pracovník zjistil, která z potřeb není naplněna a tudíž, ve kterých oblastech péče potřebuje klient podporu či pomoc. Výhodou této metody je, že její administrace trvá do třiceti minut, na hodnocení se podílí jak klient, tak pracovník, či rodinný příslušník (v případě rozdílů v hodnocení potřeb je zahájena diskuze a sestaví se individuální plán péče). Další výhodou je,

že se dá opakovat, což se dá využít např. pro měření efektivity poskytovaných intervencí či pro kontrolu individuálního plánu péče.

Formulář metody CAN (ve zkrácené verzi CANSAS) se věnuje dvacetidvěma oblastem zdravotních a sociálních potřeb: bydlení, strava, péče o domácnost (udržování domácího prostředí), péče o sebe (vztahuje se k osobní hygieně, neřeší neupravený či bizarní vzhled), denní činnosti (chráněné zaměstnání, návštěvy denního centra či jiná činnost s přáteli), tělesné zdraví (vedlejší účinky léků, akutní potíže, chronické potíže, problémy se zuby), psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě (poskytování místních služeb, specifický stav klienta), psychické potíže (deprese, úzkosti bez ohledu a příčinu), oblast ohrožování sebe (riziko vážného sebezanedbávání, sklon nechat se využívat, riziko sebevraždy či sebepoškozování), oblast ohrožování okolí (riziko úmyslného násilí, riziko nepozornosti), alkohol, drogy (psychoaktivní látky), přátelé, intimní vztahy (vedlejší účinky léků, bezpečný sex), sexualita, péče o děti, základní vzdělání, telefon, doprava (neschopnost využívat veřejnou dopravu z fyzických či psychických důvodů), peníze (schopnost nakládat s penězi) a finanční dávky.

10. Podmínky spolupráce MDT

- text zachován

11. Konkrétní postup práce MDT

11.1 Jak probíhá navázání spolupráce s klientem v rámci multidisciplinárního týmu

- autorka navrhuje tuto část textu vypustit – toto je již předmětem 7. kapitoly – asertivní vyhledávání

- CAN – zrušeno (přesunuto do kapitoly 9)

- GAF – zrušeno (přesunuto do kapitoly 3)

11.2 Seznámení s případem nového pacienta/klienta multidisciplinárního týmu

- text zanechán

Slovo závěrem

- text zanechán

Příloha č. 2 Původní metodika multidisciplinárního týmu

METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

FOKUS – Opava, z.s.

Psychiatrická nemocnice v Opavě



MINISTERSTVO ZDRAVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



FOKUS – Opava



METODIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Vydal:

FOKUS – Opava, z.s.

Tisk:

xxxxxxx

Vydalo:

© FOKUS - Opava, z. s., 2016, 1. vydání

Neprodejný výtisk

Publikace ani její části nesmějí být publikovány ani šířeny jakýmkoliv způsobem a v jakékoliv podobě bez výslovného svolení FOKUSu - Opava, z. s.

OBSAH

Obsah

<u>ÚVOD.....</u>	<u>4</u>
<u>POPIS ORGANIZACÍ.....</u>	<u>4</u>
<u>MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....</u>	<u>5</u>
<u>CÍLOVÁ SKUPINA.....</u>	<u>6</u>
<u>TÝMU ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO.....</u>	<u>6</u>
<u>KONKRÉTNÍ ČINNOSTI A KOMPETENCE JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ.....</u>	<u>6</u>
<u>Tým pracovníků ze sociální oblasti.....</u>	<u>6</u>
<u>Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí:.....</u>	<u>7</u>
<u>Tým pracovníků ze zdravotnické oblasti.....</u>	<u>8</u>
<u>Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí:.....</u>	<u>8</u>
<u>ETICKÝ KODEX ČLENA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....</u>	<u>10</u>
<u>Kodex byl vydán Společností sociálních pracovníků s účinností od 20. 5. 2006. Kodex je rozdělen do tří tematických okruhů. Etický kodex lze nalézt na stránkách Sociální revue, která sdružuje sociální pracovníky a jim podobné www.socialnirevue.cz.....</u>	<u>11</u>
<u>PODMÍNKY SPOLUPRÁCE.....</u>	<u>11</u>
<u>ZASTUPITELNOST V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....</u>	<u>13</u>
<u>ASERTIVITA, DIREKTIVITA A MOTIVACE KLIENTA.....</u>	<u>14</u>
<u>ZÁKLADNÍ FÁZE PROCESU ZOTAVOVÁNÍ SE A MOŽNÉ ROLE PRACOVNÍKŮ MDT.....</u>	<u>15</u>
<u>KONKRÉTNÍ POSTUP PRÁCE MDT.....</u>	<u>19</u>
<u>CAN (Camberwellské šetření potřeb).....</u>	<u>20</u>
<u>GAF (Global Assessment of Functioning Scale).....</u>	<u>20</u>
<u>Metodika multidisciplinární spolupráce.....</u>	<u>22</u>

ÚVOD

Tato metodika je společným výstupem projektů „Pilotní projekt a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu pro region Opava a Vítkov“ a „Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“ podpořených z Norských fondů. Tyto projekty realizují dvou spolupracujících právní subjekty, které poskytují zdravotní a sociální služby. Poskytovatelem sociálních služeb je FOKUS – Opava, z.s., a zdravotní péči zajišťuje Psychiatrická nemocnice v Opavě. Obě tyto organizace dlouhodobě spolupracují. Aktivita obou projektů s názvem „Vytvoření a pilotní odzkoušení multidisciplinárního týmu“ v regionu Opava a Vítkov trvala jeden rok. Spolupráce mezi oběma organizacemi byla zahájena uzavřením partnerských smluv.

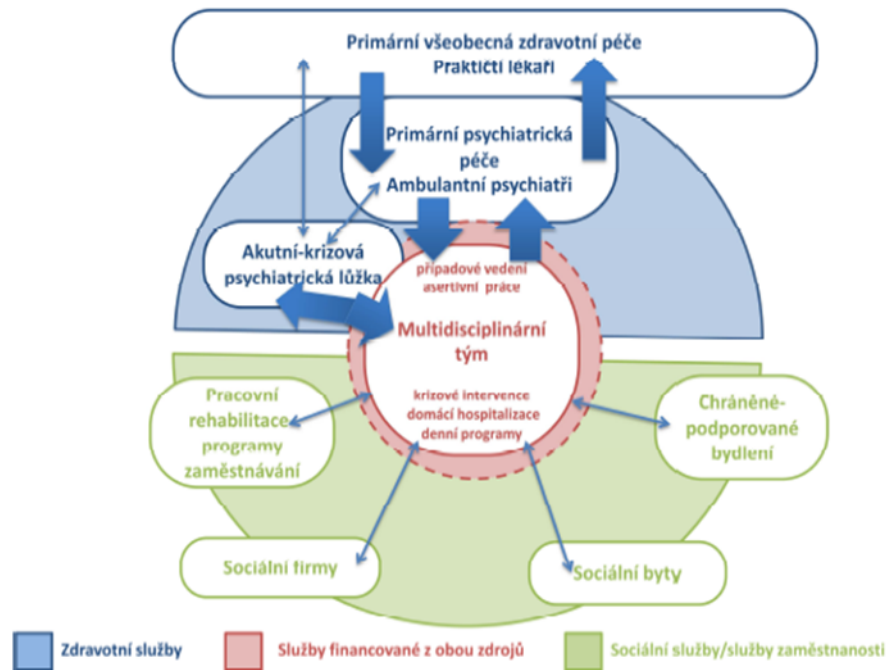
1 POPIS ORGANIZACÍ

FOKUS – Opava, z.s. vznikl v březnu 2005. Je dobrovolným a nepolitickým sdružením, které sdružuje širokou odbornou i laickou veřejnost v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním a mentální a zdravotním postižením. Ve své činnosti vychází zejména z jejich zájmů a potřeb. Jako registrovaný poskytovatel sociálních služeb poskytuje Sociální rehabilitaci podle § 70 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, Podporu samostatného bydlení podle § 43 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. FOKUS – Opava, z.s. je členem celorepublikového sdružení FOKUS, které zajišťuje nejen metodické vedení a supervize, ale také garantuje kontrolní mechanismy pro hospodaření se státními dotacemi.

Psychiatrická nemocnice v Opavě je příspěvkovou organizací jejím zřizovatelem je MZ ČR. V současnosti nemocnice disponuje 863 lůžky na které se přijme téměř 5800 pacientů. Přibližně v jedné třetině se jedná o opakované hospitalizace. Jedná se o druhé největší psychiatrické lůžkové zařízení v ČR. Spádové území nemocnice představuje 1,3 mil. obyvatel Moravskoslezského kraje.

2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Multidisciplinární tým v psychiatrické péči je tvořen profesionály různých odborností, kteří spolu úzce spolupracují. Zajišťuje komplexní a koordinovanou péči o osoby s duševním onemocněním. V budoucnu by měl nahradit institucionalizovanou psychiatrickou péči. Hlavní zásadou práce MDT je zajištění koordinované komunitní péče, která je orientovaná na klienta. Všichni členové týmu spolupracují, sdílí klienty/pacienty a průběžně si předávají informace. Většinu svých intervencí provádějí v jejich přirozeném prostředí, v terénu a po vzájemné dohodě také v institucích, kde jsou klienti/pacienti aktuálně umístěni např. PN, za účelem jejich přípravy na propuštění. Intervence mají charakter dlouhodobé péče psychiatrické a sociální rehabilitace, případně krizové intervence v domácnosti klienta/pacienta.



3 CÍLOVÁ SKUPINA

Cílovou skupinou jsou lidé s závažným duševním onemocněním (SMI).

- Diagnostické okruhy (F2, F3, eventuálně F4 a F6)
- Trvání onemocnění (déle než 2 roky)
- Funkční narušení (dle hodnot GAF 70 a méně)
- Pacienti s potřebou včasné intervence, tzn. pacienti s rizikem rozvoje SMI.
- Pacienti s akutními psychickými obtížemi a pacienti v krizových situacích nevyžadující hospitalizace. Akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění převážně z diagnostických okruhů F2, F3, F4, F5 a F6.
- Pacienti se sekundárním chronickým psychickým onemocněním, které vzniká následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění (F6 – F7).

4 ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Do společného týmu odborníků jsme v našem případě zahrnuli profesionály z obou organizací dle konkrétních možností, tj. psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry, sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a ergoterapeuta.

5 KONKRÉTNÍ ČINNOSTI A KOMPETENCE JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ

5.1 Tým pracovníků ze sociální oblasti

Do multidisciplinárního týmu se zapojili: psycholog, 2 sociální pracovníci, pracovník v sociálních službách - psychiatrická sestra, pracovník v sociálních službách.

Práce týmu vychází z případového vedení neboli Case managementu. Mezi znaky tohoto vedení patří:

- získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
- plánování péče a podpory,
- uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě,
- monitorování dosažených výsledků,
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí:

Sociální pracovník

- sociální šetření
- zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče,
- sociálně právní poradenství,
- analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti
- odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence
- depistážní činnost
- poskytování krizové pomoci
- sociální poradenství a sociální rehabilitace
- zjišťování potřeb obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb

Pracovník v sociálních službách

- přímá obslužná péče o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností,
- pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování,
- udržování čistoty a osobní hygieny,
- podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace,
- vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- základní výchovná nepedagogická činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků,
- působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků pracovní aktivity,
- provádění volnočasových aktivit,

- pečovatelská činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi,
- komplexní péči o jejich domácnost,
- zajišťování sociální pomoci,
- provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka,
- poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci,
- základní sociální poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnost, vše pod dohledem sociálního pracovníka,
- činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Klinický psycholog (odbornost 901)

- komplexní psychologické vyšetření,
- cílené psychologické vyšetření,
- kontrolní psychologické vyšetření,
- krizová intervence,
- psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem,
- psychoterapie individuální systematická,
- psychoterapie skupinová typ I á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ II á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita),
- rodinná systematická psychoterapie.

Pracovník v sociálních službách - Psychiatrická sestra (odbornost 914)

- zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry,
- psychiatrická rehabilitace individuální,
- terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou,
- psychoterapeutické činnosti poskytované sestrou (pod odborným vedením a indikací psychiatra či psychologa),
- edukace psychiatrickou sestrou,
- reedukace psychiatrickou sestrou.

5.2 Tým pracovníků ze zdravotnické oblasti

Do multidisciplinárního týmu se zapojili: psychiatr, psycholog, sociální pracovník, 2 psychiatrické sestry, ergoterapeut.

Práce týmu vychází z ucelené psychiatrické rehabilitace, která se zaměřuje jak na část léčebnou, tak sociální.

Konkrétní činnosti a kompetence jednotlivých profesí:

Psychiatr (odbornost 305)

- komplexní vyšetření psychiatrem,
- cílené vyšetření psychiatrem,
- kontrolní vyšetření psychiatrem,
- emergentní psychoterapie á 60 min.,
- psychoterapie individuální systematická,
- psychoterapie skupinová typ I á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ II á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita),
- rodinná systematická psychoterapie,
- rozhovor psychiatra, psychologa s rodinou pacienta a dalšími osobami z pacientova prostředí,
- preventivní intervence a dálková kontrola u psychóz,
- roční zhodnocení provozu preventivního telemonitoringu (ITAREPS),
- minimální kontakt,
- ošetření handicapovaného pacienta - povinná léčení a monitoring pacientů u soudem nařízené ochranné léčbě.

Klinický psycholog (odbornost 901)

- komplexní psychologické vyšetření,
- cílené psychologické vyšetření,
- kontrolní psychologické vyšetření,
- krizová intervence
- psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem,
- psychoterapie individuální systematická,
- psychoterapie skupinová typ I á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ II á 120 min.,
- psychoterapie skupinová typ III á 30 min. (komunita),
- rodinná systematická psychoterapie.

Psychiatrická sestra (odbornost 914)

- zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry,
- psychiatrická rehabilitace individuální,
- terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou,
- psychoterapeutické činnosti poskytované sestrou (pod odborným vedením a indikací psychiatra či psychologa),
- sociální šetření a objektivní anamnéza v pacientově prostředí,
- edukace psychiatrickou sestrou,
- reedukace psychiatrickou sestrou,
- aplikace (depotních) injekcí.

Ergoterapeut (odbornost 917), **Fyzioterapeut** (odbornost 918)

- vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie,
- vyšetření ergoterapeutem kontrolní,
- individuální ergoterapie základní,
- individuální ergoterapie využitím dílen,
- edukačně terapeutické aktivity související se zdravotním stavem a fyzioterapie.

Během roční spolupráce jsme se snažili spojit sociální a zdravotní složku péče o osoby s duševním onemocněním. Hledali jsme způsob, jak nejlépe spolupracovat v těchto dvou odlišných oblastech, z nichž každá se řídí jinou legislativou (zákon 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb. Zákon 372/2011 Sb. Vyhláška č. 92/2012 Sb.). Pro potřeby našeho multidisciplinárního týmu jsme vytvořili etický kodex člena MDT, který vychází z platných etických kodexů jednotlivých profesí viz. příloha č. 1.

Dle návrhu pracovních skupin MZ ČR jsme se snažili maximálně respektovat navrhované odborné složení týmu. Návrhy konkrétní činnosti, kompetencí a úhrad ze zdravotního pojištění byly zveřejněny v průběhu projektu.

6 ZASTUPITELNOST V RÁMCI MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Činnosti	Sociální pracovník	Pracovník v soc. sl.	Psychiatrická sestra
Nácvik zvládnání stresových situací	x	x	x
Doprovody	x	x	x
Podpora při zvládnání MHD a cestování	x	x	x
Nácvik úklidu, péče o domácnost	x	x	x
Nácvik péče o vlastní osobu	x	x	x
Tréning kognitivních funkcí	x	x	x
Kontrola užívání léků a přípravy léků do dávkovače	x	x	x
Aplikace léků, samotná příprava léků, aplikace i.m. injekce			x
Edukace k dietnímu omezení			x
Sociální šetření	x		
Zavedení psychiatrické rehabilitace			x
Případové vedení (case management)	x	x	x
Administrativní činnost psychiatrické sestry			x
Administrativní činnost sociálního pracovníka	x		
Zpracování rehabilitačního a krizového plánu	x		x
Posouzení stavu pacienta/klienta v jeho	x	x	x

přirozeném prostředí			
Uzavření smlouvy o sociální službě	x		
Jednání v zájmu klienta a prosazování jeho zájmů	x	x	
Koordinuje zdravotní péči dle doporučení lékaře			x

7 ASERTIVITA, DIREKTIVITA A MOTIVACE KLIENTA

Asertivní vyhledávání rizikových klientů, případně rizikových faktorů u dlouhodobě těžce nemocných pacientů je velmi potřebná, ale současně velmi problematická oblast práce týmu. Asertivní znamená v tomto smyslu převzetí určité odpovědnosti (např. pacient, který má stanovenou ochrannou ambulantní léčbu se nedostaví na kontrolu nebo aplikaci depotní injekce). Sestra nebo lékař by měli iniciovat telefonní kontakt nebo kontrolní návštěvu u pacienta a zjistit, co se děje. Stejným způsobem je vhodné postupovat i u pacientů, kteří nemají stanovenou ochrannou léčbu. Asertivní znamená, že se snaží motivovat, přesvědčit klienta, sdělovat mu, co je dle jejich názoru pro něj ohrožující, ale nemají právo direktivně určovat co musí a nesmí konat. Uvědomování si rozdílu mezi direktivitou a asertivitou je základním kritériem a principem práce týmu.

Pracovat asertivně znamená aktivně oslovovat klient, kteří by „vypadli z péče“ (odmítají ji, neorientují se v nabídce apod.). Pokud by multidisciplinární týmy měly tímto způsobem fungovat potřebují dořešit a nově definovat legislativně ukotvené kompetence. Již v současnosti lze, aby psychiatr využil možnosti, např. v případě nedostaví-li se klient na depotní injekci, vyslat sociálního pracovníka, nebo zdravotní sestru za klientem do jeho prostředí, aby mu opomenutí připomněl, zhodnotil jeho současný stav a motivovat k další spolupráci.

8 ZÁKLADNÍ FÁZE PROCESU ZOTAVOVÁNÍ SE A MOŽNÉ ROLE PRACOVNÍKŮ MDT

Multidisciplinární tým chápe psychosociální rehabilitaci jako eklektický a ucelený přístup, který má zahrnovat všechny úrovně fungování jedince, jeho okolí a společnosti a směřuje k úzdravě – **recovery**.

Princip úzdravy – úspěšné životní adaptace i s přetrvávající nemocí a možností spokojeného života v souladu s osobními přáními a cíli nemocného vyžaduje, aby konkrétní intervence vycházely z individuálních cílů a potřeb a v maximální možné míře podporovaly kompetence a schopnost samostatného života v jeho přirozeném prostředí.

Níže uvedená tabulka popisuje princip komplexního přístupu v psychosociální rehabilitaci.

V procesu zotavování se prochází klient různými fázemi, během kterých s ním pracujeme. Období výrazného progresu jsou střídány obdobími relapsu a stagnace a celý tento proces je velmi silně ovlivňován nejen biologickými ale i mezilidskými faktory a interakcí klienta a prostředí. I klientovo okolí se může a musí učit zacházet s jeho nemocí a nedostatečností, ale také se musí učit vytvářet prostor a podporu nezbytnou pro vývoj a vzájemný respekt.

STABILIZACE	RE ORIENTACE	RE INTEGRACE
Zaostřeno na: ovládnutí symptomů a snížení utrpení	Zaostřeno na: zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost	Zaostřeno na: obnova smysluplných vztahů a sociálních rolí
Podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> • Farmakoterapie • Lékový management • Nabídka bezpečí • Osobní péče 	Podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> • Poradenství • Psychoedukace • Učení zvládat symptomy • Hovory o důsledcích nemoci • Pomoc při plánování budoucnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Podpora péče o duševní zdraví: • Pomoc vrátit se k všednímu životu • Nácvik dovedností • Zvýšení sebevědomí • Pracovní reintegrace • Podpora rodině

V kapitole devět jsou zachyceny nejčastější specifické potřeby lidí s duševním onemocněním a typem intervencí (podpory), které na tyto potřeby reagují. Je důležité nastavit systém komplexní a flexibilní podpory, který zahrnuje zdravotní i sociální intervence. Reaguje na celou šíři potřeb nemocného a bude schopný reagovat na proměnlivost zdravotního stavu. Tabulka je členěna podle oblasti sociálního začleňování.

9 SPECIFIKA NAPLNĚNÍ POTŘEB OSOB SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Níže uvedená tabulka zahrnuje oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy vyžadující různý typ potřebné podpory a pomoci odborné i blízkého okolí.

Oblasti, ve kterých se mohou vyskytovat specifické problémy	Typ potřebné podpory
1. KOMUNIKACE	
<ul style="list-style-type: none"> • Distorze obsahu i formy vyjadřování (neologismy, bizarní větná skladba apod.) • Bludné vnímání reality a z toho vyplývající porucha kontaktu s realitou 	<ul style="list-style-type: none"> • Podpora sebevědomí • Porozumění jazyku „psychotického“ světa druhými osobami (role předkladatele)
2. PÉČE O SEBE	
<ul style="list-style-type: none"> • Zanedbávání se, pasivita – negativní příznaky jako projev nemoci i jako projev dlouhodobého pobytu 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivizace • Pozitivní motivace • Nácvik pravidelné osobní hygieny

<ul style="list-style-type: none"> v instituci (hospitalismus) Nezdravá životospráva (souvisí se zdravím) 	<ul style="list-style-type: none"> Nácvik zdravého životního stylu Podpora „ženského“ sebevědomí
3. PÉČE O DOMÁCNOST	
<ul style="list-style-type: none"> Pasivita (podobná jako péče o sebe) Vzhledem ke kognitivním poruchám někdy potíže s posloupností potřebných kroků (např. při vaření) Neschopnost se rozhodnout při nutnosti výběru z několika možností (nákupy) Limitovanost schopností plánování a šetrného hospodaření (utrácení peněz ten den, co je obdrží...) 	<ul style="list-style-type: none"> Nácvik praktických dovedností v reálném prostředí Návody posloupnosti činností Nácvik rozhodovacích procesů Pomoc při hospodaření s penězi
4.BEZPEČÍ	
<ul style="list-style-type: none"> Nebezpečí zneužívání druhou osobou (sociální „naivita“, vděčnosti za každou sociální vazbu, tendence ke vstupování do role obětí) Rizikové chování (např. při manické epizodě, včetně rizika pohlavního zneužití atd.) Oběť stigmatizace (včetně možné fyzické inzultace druhou osobou) 	<ul style="list-style-type: none"> Ochrana před využíváním a zneužíváním Monitoring a self-monitoring psychického stavu – nácvik „bezpečného chování“ Ochrana před stigmatem vyplývajícím z diagnózy
5 VZTAHY	
<ul style="list-style-type: none"> Snížené sebevědomí (jako projev nemoci i jako reakce na sociální stigma) Velmi limitovaný sociální okruh Omezený sexuální život Riziko vztahové závislosti Potřeba jistoty vztahu zvláště v situaci měnící se vnější reality Rodina může být stresový faktor 	<ul style="list-style-type: none"> Podpora sebevědomí Navazování nových sociálních vazeb Edukace v rozvoji sociálních vazeb Sexuální psychoedukace Cílená práce zvláště se vztahem „klíčový pracovník – klient“ Ochrana před případným negativním prostředím rodiny Specifický přístup k rodině - psychoedukace
6 BYDLENÍ	
<ul style="list-style-type: none"> Obdobné jako péče o domácnost, ale navíc i: Předsudky sousedů (nemocní jako nebezpeční, nevyzpytatelní...) Konfliktnost ve vztazích se spolubydlicími Chaotičnost a neorganizovanost Testování hranic/pravidel (hlavně ve skupinovém bydlení) 	<ul style="list-style-type: none"> Mediace Samostatné ložnice Vedení účetnictví, hlavně placení účtů Vyřizování úředních věcí Jasná, pevná pravidla
7. FINANCE	

<ul style="list-style-type: none"> • Průměrně nižší příspěvek na péči, postižení často posuzováno jako nižší, proto běžně nízký či žádný příspěvek na péči • Nízké invalidní důchody, onemocnění začíná v raném věku (těžko se dokládá, kdy uživatel skutečně onemocněl) • Pasivita, někdy i nechuť k vyřizování si dávek (přiznání důchodu berou jako další stigma, potvrzení jejich nemoci, když „nemocní nejsou“) • Neefektivní, chaotické zacházení s penězi 	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikace – edukace posudkových komisí • Zaměstnání – příjem • Vyřizování úředních záležitostí • Hospodaření, nácvik hospodárnosti
8. ZRAVÍ	
<ul style="list-style-type: none"> • Diskriminace v běžné zdravotní péči (vzhledem k předsudkům) • Neochota ambulantních specialistů věnovat se komplikovanějším klientům • Zanedbávání svého zdravotního stavu (riziko sebevraždy....) • Zvýšená sebevražednost • Rychlá proměnlivost psychického stavu • Medicinalizace sociálních problémů a naopak • Vedlejší účinky léků • Závislost na alkoholu i ostatních návykových látkách 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyhledání „ochotných „ praktických lékařů a specialistů (např. i dentistů) • Motivace k péči o sobe • 24hodinová dostupnost potřebné péče • Monitorování stavu • Životospráva • Režim abstinence spokojený
9. OSOBNÍ UPLATNĚNÍ A ŽIVOT	
<ul style="list-style-type: none"> • Objevení nemoci v době absolvování vzdělání • Stigmatizace na pracovním trhu • Vyřazenost ze společnosti • Neschopnost udělat „něco pro sebe“ • Nedůvěra ve své schopnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Vzdělání (dokončení vzdělání) • Práce • Role ve společnosti • Naplnění volného času (dovolená) • Naplnění osobních „společenských“ cílů • Osobnostní růst – rozvoj osobního potenciálu
10 RIZIKA A NEPOHODA	
<ul style="list-style-type: none"> • Sebevražednost • Rychlá dekompenzace ve stresové situaci • Ovlivnitelnost okolím 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorování –sebemonitorování • Náhled a zodpovědnost za „nemoc“ • Rozpoznání stresových situací – stress management • Krizový plán • Nácviky kognitivních funkcí

	<ul style="list-style-type: none"> Nácviky dalších dovedností, využití kognitivně behaviorálních postupů (KBT)
1. MOBILITA - ORIENTACE	
<ul style="list-style-type: none"> Vnitřní dezorientace vede k dezorientaci ve fyzickém prostoru Fobie, obsese apod. 	<ul style="list-style-type: none"> Co je pro osobu se zrakovým postižením slepecký pes (hůl) je pro osobu s duševním onemocněním pevný, dlouhodobý vztah Nácvik, využití kognitivně behaviorálních přístupů (KBT)

10 PODMÍNKY SPOLUPRÁCE

- Je třeba přesně určit složení týmu obou organizací a financování (kdo, kolik, jaké úvazky).
- Způsob a četnost setkávání členů MDT.
- Místo (prostory) které budou členové MDT užívat.
- Domluvit vedení MDT a určit vedoucí osoby za zdravotní a sociální sféru.
- U obou organizací je třeba jednoznačně určit do jaké struktury MDT je (u sociální organizace do jaké služby patří a u zdravotní organizace jaké ambulantní péče). Dle této příslušnosti s řídí standardy a provozním řádem.
- Právně ošetřit zachování mlčenlivosti a předávání informací – vstup do dokumentace sociální i zdravotní sféry. Za současné legislativy to lze ošetřit pouze tak, že minimálně vedoucí týmu musí být zaměstnancem obou organizací. V opačném případě nelze do dokumentace ani nahlížet, vstupovat ani zapisovat. Informace se předávají na společných schůzkách ústně. Každá organizace si vede svou dokumentaci a zapisovat mohou pouze ti, kteří jsou zaměstnanci dané organizace. Na společných schůzkách jsou probíráni pouze ti klienti/pacienti, kteří jsou souběžně pacientem ambulantního zařízení a zároveň klientem či zájemcem sociální služby.
- V rámci společného projektu byly intervence a návštěvy sester zaznamenávány v programu Highlander pro sociální oblast a HIPPO pro oblast zdravotní. Oba tyto systémy jsou v organizacích zavedené a používané. Vzhledem k délce trvání projektu a vzhledem ke kompetencím (viz. výše) nemělo smysl vytvářet společný program.
- Je nutné, aby všichni členové MDT měli předány vzájemné kontakty.
- Pro členy MDT jsou vždy psychiatr a psycholog k dispozici na telefonu.
- Je třeba jednoznačně stanovit a předem domluvit způsob přesunu za klientem a úhrady cestovních nákladů MDT (poznámka spíše pro zajímavost-v zahraničí se využívají více jízdní kola než auta a přesto, že se v koncepci počítá s používání vozidel, tak například v Praze se ukazuje jako výhodnější použití jízdních kol).
- Nutno domluvit pravidla bezpečnosti zaměstnanců. V případě nového či zdravotně zhoršeného klienta provedou návštěvu vždy minimálně dva členové MDT, u dlouhodobě známého klienta stačí jeden člen MDT, který v případě potřeby zavolá jinému členu MDT. U nového klienta je vhodné aby první návštěvu provedla psychiatrická sestra a sociální pracovník, kteří společně zmapují stav klienta, potřebnost zdravotnické a sociální podpory, případně dohledu a vypracují individuální rehabilitační

plán (který je následně probírán na schůzce MDT). Další návštěvy se potom řídí kompetencemi pracovníků a potřebami klienta.

- Zastupitelnost je nutno řešit na základě konkrétních činností, ne jen z hlediska pracovních pozic, viz. kapitola 6.

- Všichni členové týmu by měli absolvovat průběžně reciproční vzdělávání a supervizi.

11 KONKRÉTNÍ POSTUP PRÁCE MDT

11.1 Jak probíhá navázání spolupráce s klientem v rámci multidisciplinárního týmu

První návštěva klienta poběhne na doporučení psychiatra.

Druhou variantou je případ, kdy klient přichází z vlastní iniciativy – seznámení, mapování (vstupní dotazník, CAN).

Třetí možností u klienta, který již využívá ambulantní sociální službu, je naplánována tato intervence v krizovém plánu sociální služby (pracovník v případě potřeby přijede k němu domů).

Další možností je seznámení se s pacientem aktuálně hospitalizovaným ve zdravotnickém zařízení.

Psychiatrická sestra – postup přijetí do péče:

Sestra přijímá pacienta do péče na doporučení ambulantního lékaře, nebo psychiatra, který vyplní poukaz na vyšetření/ošetření domácí péče. Poukaz obsahuje: základní údaje o pacientovi a zdravotní pojišťovně, schopnost základní sebeobsluhy, současná medikace, další informace např. alergie, cíle předepsané domácí péče.

Sociální pracovník – postup při přijetí do péče:

V optimálním případě by měla být spolupráce navázána již před propuštěním z lůžkového zařízení, kam sociální pracovník/pracovník v sociálních službách dochází na oddělení, prezentuje a nabízí sociální pomoc pro klienty. Pacienti si tak mohou udělat představu o tom, co jim sociální služby mohou nabídnout. Po ukončení hospitalizace klient přichází do organizace a dochází k mapování jeho potřeb (vstupní dotazník, CAN).

Dříve než se stane klientem MDT měl by jej zhodnotit psychiatr, nebo psycholog na škále GAF, abychom znali míru jeho funkčního znevýhodnění a toto orientační hodnocení by bylo vhodné zopakovat zhruba ve tříměsíčním intervalu. Na toto posléze navazuje hodnocení sociálních a psychologických potřeb metodou CAN.

CAN (Camberwellské šetření potřeb)

CAN je metoda zjišťování zdravotně – sociálních potřeb osob s duševním nemocněním vhodná k hodnocení potřeb klienta, potřebnosti a kvality sociálních služeb. Je to jeden z mála nástrojů hodnocení účinnosti komunitní psychiatrické péče. V současnosti existuje několik verzí, my jsme použili verzi CAN – C.

- k mapování psychosociálních potřeb psychologem: u klientů, kteří jsou hospitalizováni či dochází k ambulantnímu psychologovi

- k mapování psychosociálních potřeb sociálním pracovníkem/pracovníkem v sociálních službách u klientů, kteří přichází z vlastní iniciativy

GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

GAF je diagnostická škála hodnotící u pacienta úroveň psychických, sociálních a pracovních funkcí v hypotetickém kontinuu zdraví - nemoc. Nehodnotí zhoršení funkcí způsobené tělesným omezením nebo vlivem prostředí, ale sleduje úroveň patologické symptomatiky, která je pro úroveň fungování člověka určující. Udává stupeň závislosti pacienta, zahrnuje pozorované chování, výkon sociálních rolí celkovou míru postižení a provádění každodenních činností. Užívá se jako průběžné doplnění diagnostické klasifikace zdravotního stavu.

Terénní tým se stará o pacienty/klienty, kteří dosahují hodnot 70 a méně na bodové škále GAF. Používali jsme základní nemodifikovanou verzi škály, v týmu hodnotí psycholog, případně lékař nebo psychiatrická sestra s požadovaným vzděláním (po zaškolení).

11.2 Seznámení s případem nového pacienta/klienta multidisciplinárního týmu

- Vedoucí týmu předá na společné schůzce informace o klientovi/pacientovi ostatním členům, ti je postupně doplní reálnými informacemi o průběhu léčebné a sociální rehabilitace ve zdravotnickém zařízení.

- Následuje konzultace případu - diskuze – vzájemná výměna informací a vyslovení „pohledů na věc“ - společná domluva o dalším postupu péče.

- Zpravidla následuje kontaktování klienta/pacienta terénním sociálním pracovníkem, popřípadě psychiatrické sestry - první kontakt a mapování situace klienta.

- pokud pacient souhlasí, stává se klientem MDT, (přesto, že po propuštění ze zdravotnického zařízení zůstává v péči svého ambulantního psychiatra či psychologa) a stává se uživatelem sociální služby.

V našem případě se společné schůzky týmu konaly v pravidelných 14-ti denních intervalech v prostorách Denního stacionáře pro terapii psychóz PN.

SLOVO ZÁVĚREM

Obě organizace shodně konstatovaly potřebnost MDT a terénních intervencí. Díky MDT je možné udržet osoby s duševním onemocněním v přirozeném prostředí bez potřeby hospitalizace. Kvalitu péče často zvýšila již vzájemná výměna informací, které zajistily kontinuitu a komplexnost péče.

Domníváme se, že během několika následujících let, do doby, než bude definitivně zpracován právní rámec a finanční zajištění nových prvků psychiatrické péče – konkrétně CDZ, mohou vznikat a plnit tuto úlohu týmy založené na dohodě o spolupráci jednotlivých subjektů a potřebnou péči alespoň parciálně zajistit.

ETICKÉ KODEXY

ETICKÝ KODEX ČLENA MDT

Tento kodex jsme vytvořili pro potřeby námi vytvořeného multidisciplinárního týmu.

- Člen MDT je povinen usilovat o získání a udržení důvěry klientů/pacientů.
- Člen MDT je povinen podporovat nezávislost klientů/pacientů a pomáhat jim chápat a naplňovat jejich práva.
- Člen MDT vede klienta k odpovědnosti za sebe sama.
- Člen MDT je povinen zapojovat klienta do procesu řešení jeho problémů, podporovat ho k autonomii, vyjádření svobodného názoru a vlastního výběru.
- Člen MDT nezneužívá svou moc vůči klientovi.
- Člen MDT chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost sdělení.
- Člen MDT dbá důsledně na to, aby v rámci MDT předával informace o klientovi účelně s cílem prospět klientovi.
- Člen MDT nesmí vytvářet nepatřičně osobní vztahy s uživateli.
- Člen MDT se musí řídit jednak etickým kodexem člena multidisciplinárního týmu tak etickým kodexem dané profese.
- V případech, kdy klient/pacient bezprostředně ohrožuje sebe či své okolí, může člen MDT jednat proti přání klienta/pacienta.

ETICKÝ KODEX LÉKAŘE – PSYCHIATRA:

Tento kodex byl vydán českou lékařskou komorou přičemž nabyl účinnosti od 1.1.1996. Tento předpis je obecně platným předpisem pro všechny lékařské profese, tudíž se jím řídí i psychiatr a rámci multidisciplinárního týmu. Předpis lze najít na stránkách České lékařské komory - www.lkcr.cz

ETICKÝ KODEX KLINICKÉHO PSYCHOLOGA:

Kodex byl vydán asociací klinických psychologů v roce 1998 a je závazným pro všechny členy asociace. Tento kodex řeší otázky vztahu mezi klinickým psychologem a pacientem a také klinickým psychologem a dalším odborným pracovníkem. Kodex lze najít na stránkách asociace klinických psychologů - www.akpccr.cz

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍ SESTRY:

Kodex byl vypracován Mezinárodní radou sester a v únoru 2012 byl přijat Etickou komisí České asociace sester a Prezidentem ČAS. Jsou zde popsány čtyři oblasti práce zdravotních sester. Kodex lze najít na stránkách České asociace sester - www.cnaa.cz

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA:

Kodex byl vydán Společností sociálních pracovníků s účinností od 20. 5. 2006. Kodex je rozdělen do tří tematických okruhů. Etický kodex lze nalézt na stránkách Sociální revue, která sdružuje sociální pracovníky a jim podobné www.socialnirevue.cz

Metodika multidisciplinární spolupráce

Metodika popisuje možnosti spolupráci sociální a zdravotní péče v oblasti péče o osoby s duševně nemocnými.

Autor: PhDr. Ivana Strossová, Radka Kurtinová

Metodická spolupráce:

FOKUS – Opava, z.s.

Opavská 33, Svobodné Heřmanice, telefon: +420 553 652 433

www.fokusopava.cz, fokusopava@seznam.cz

Psychiatrická nemocnice v Opavě

Olomoucká 88, Opava, telefon +420 553

Publikace Metodika multidisciplinárního týmu vznikla jako součást projektu FOKUS – Opava, z.s. reg. číslo CZ. 11/MGS/005 „Pilotní projekt a vytvoření metodiky terénního multidisciplinárního týmu pro region Opava a Vítkov“ a Psychiatrické nemocnice reg. číslo NF-CZ11-OV-2-032-2015 „Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“ spolufinancovaného z Norských fondů v rámci programu CZ 11 – Iniciativy v oblasti veřejného zdraví – Psychiatrická péče.