

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Martina Přidalová

*Komunitní péče a role sociálního pracovníka při práci  
s osobami s duševním onemocněním*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Miloslava Šotolová

**2016**

Čestné prohlášení:

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

V Olomouci 10. 11. 2016

.....  
Martina Přidalová

## Poděkování

Děkuji své rodině a svým blízkým za podporu a Mgr. Miloslavě Šotolové za odborné vedení, ochotu a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

# Obsah

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Úvod.....                                                                      | 1         |
| <b>1 Komunitní péče.....</b>                                                   | <b>3</b>  |
| 1.1 Úvod do komunitní péče .....                                               | 3         |
| 1.2 Principy komunitní péče .....                                              | 4         |
| 1.3 Komunitní péče a osoby s duševním onemocněním.....                         | 6         |
| 1.4 Proměny komunitní péče o duševně nemocné .....                             | 6         |
| 1.5 Sociální pracovník v systému péče o duševně nemocné klienty.....           | 7         |
| 1.5.1 Sociální práce s duševně nemocnými .....                                 | 7         |
| 1.5.2 Předpoklady, schopnosti a dovednosti pracovníka v pomáhající profesi ... | 8         |
| 1.5.3 Typy sociálních pracovníků .....                                         | 10        |
| 1.5.4 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.....                | 10        |
| 1.5.5 Vztah sociálního pracovníka s klientem .....                             | 12        |
| 1.6 Shrnutí.....                                                               | 13        |
| <b>2 Cílová skupina.....</b>                                                   | <b>15</b> |
| 2.1 Základní pojmy.....                                                        | 15        |
| 2.2 Lidé se závažným duševním onemocněním a jejich specifické potřeby .....    | 16        |
| 2.3 Stigmatizace lidí s duševním onemocněním a její důsledky.....              | 18        |
| 2.4 Shrnutí.....                                                               | 19        |
| <b>3 Komunitní péče a cílová skupina.....</b>                                  | <b>21</b> |
| 3.1 Psychiatrická rehabilitace.....                                            | 21        |
| 3.1.1 Tři hlavní směry rehabilitace.....                                       | 22        |
| 3.1.2 Role sociálního pracovníka v rehabilitaci.....                           | 24        |
| 3.1.3 Psychoedukace a nácvik sociálních dovedností .....                       | 24        |
| 3.2 Případové vedení (case management).....                                    | 25        |
| 3.2.1 Klinické případové vedení .....                                          | 27        |
| 3.2.2 Asertivní komunitní léčba .....                                          | 27        |
| 3.2.3 Hlavní zásady case managementu a jeho fáze.....                          | 28        |
| 3.3 Psychoterapie.....                                                         | 29        |
| 3.4 Týmová práce .....                                                         | 32        |
| 3.5 Shrnutí.....                                                               | 33        |
| <b>4 Současná podoba péče v ČR a nutnost její transformace.....</b>            | <b>35</b> |
| 4.1 Strategie reformy psychiatrické péče.....                                  | 37        |

|          |                                                                        |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.1.1    | Základní informace .....                                               | 37        |
| 4.1.2    | Záměr a cíle .....                                                     | 38        |
| 4.1.3    | Předcházející události .....                                           | 39        |
| 4.1.4    | Definice problému .....                                                | 39        |
| 4.1.5    | Pilíře Strategie a její implementace .....                             | 41        |
| 4.2      | Shrnutí .....                                                          | 42        |
| <b>5</b> | <b>Metodologie výzkumu .....</b>                                       | <b>44</b> |
| 5.1      | Cíl výzkumu a výzkumná otázka .....                                    | 44        |
| 5.2      | Volba výzkumné metody – kvalitativní výzkum .....                      | 44        |
| 5.3      | Technika sběru dat - analýza dokumentů .....                           | 46        |
| 5.4      | Realizace a postup sběru a zpracování dat .....                        | 46        |
| 5.5      | Limity výzkumu .....                                                   | 47        |
| <b>6</b> | <b>Analýza Strategie reformy psychiatrické péče .....</b>              | <b>48</b> |
| 6.1      | Časová dostupnost služeb .....                                         | 48        |
| 6.2      | Nabídka dalších služeb .....                                           | 49        |
| 6.3      | Propojování zdravotní a sociální sféry .....                           | 50        |
| 6.4      | Edukace zdravotnických pracovníků a využívání konsiliárního týmu ..... | 51        |
| 6.5      | Edukace veřejnosti .....                                               | 51        |
| 6.6      | Multidisciplinární tým a spolupráce .....                              | 52        |
| 6.7      | Rozvoj a rozšíření služeb .....                                        | 53        |
| 6.8      | Individualizovaná péče a partnerství .....                             | 54        |
| 6.9      | Case manager .....                                                     | 55        |
| 6.10     | Psychiatrická rehabilitace .....                                       | 55        |
| 6.11     | Asertivní komunitní léčba .....                                        | 56        |
| 6.12     | Začleňování .....                                                      | 57        |
| 6.13     | Redukce institucionální formy léčby .....                              | 58        |
| 6.14     | Závěry výzkumu .....                                                   | 59        |
|          | <b>Závěr .....</b>                                                     | <b>61</b> |
|          | <b>Seznam použité literatury .....</b>                                 | <b>63</b> |
|          | <b>Internetové zdroje .....</b>                                        | <b>67</b> |

# Úvod

Každý z nás se v jisté fázi svého života může dostat do situace, kdy bude potřebovat pomoc. V současné postmoderní společnosti dochází ke zvyšování počtu osob, které trpí nejrůznějšími psychickými potížemi či onemocněními. Příčiny mohou být

různé – v dnešní hektické době je na jedince kladen velký tlak ze strany společnosti, rodiny, zvyšují se pracovní nároky, mění se styl života, lidé neumí využívat efektivně svůj čas, neumí odpočívat a relaxovat. Příčin může být celé spektrum. Pokud si jedinec svůj problém uvědomuje a má snahu jej řešit, může vyhledat pomoc u široké škály odborníků. Mezi tyto odborníky můžeme zařadit rovněž sociální pracovníky, kteří mají různé možnosti, jak se mohou v celém systému při péči o duševně nemocné uplatnit.

O zvolenou problematiku péče o lidi s duševním onemocněním jsem se začala zajímat po absolvování povinné praxe v rámci prvního ročníku mého studia. Praxi jsem absolvovala v Domě Sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním v Olomouci<sup>1</sup>. Zde jsem měla možnost poznat práci s těmito osobami jak v rámci sociálně aktivizačního centra, tak v Bezbariérové tréninkové kavárně a také v rámci projektu Podpory samostatného bydlení. V průběhu třetího ročníku jsem pracovala krátkou dobu v sociální rehabilitaci pro lidi s chronickým duševním onemocněním ve Valašském Meziříčí. V rámci těchto zkušeností mi v systému péče o tuto cílovou skupinu chyběla návaznost mezi umístěním klienta při jeho hospitalizaci v psychiatrické léčebně a mezi tím, kdy začal spolupracovat se sociální službou. Viděla jsem nedostatky i v tom, že služby nespolupracovaly s lékaři klientů. V systému jejich práce s klienty mi chyběla i systematická práce s rodinou klienta. Z toho důvodu jsem se rozhodla psát o způsobu uplatnění sociálního pracovníka v celém systému péče a o tom, co by měla jeho práce obsahovat. V souvislosti s plánovanou reformou psychiatrické péče mě zajímalo, zda se počítá se změnami, které by vedly k zefektivnění celého systému a pomáhaly těmto lidem lépe se začlenit do společnosti. Proto jsem se rozhodla pro analýzu dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče, který je pro celou transformaci stěžejní.

---

<sup>1</sup> <http://www.olomouc.charita.cz/sluzby/lide-s-dusevnim-onemocnenim/dum-sv-vincence/>

Téma mojí práce je Komunitní péče a role sociálního pracovníka při práci s osobami s duševním onemocněním. Cílem práce je **představit možnosti komunitní péče s lidmi s duševním onemocněním a zjistit, zda se jednotlivé prvky komunitní péče objevují ve Strategii reformy psychiatrické péče**. Práce je zpracována na základě kvalitativního výzkumu, při kterém jsem využila metodu analýzy dokumentu.

Celá práce je členěna do šesti kapitol. Práci uvádím kapitolou o komunitní péči. Představuji zde tento pojem a zabývám se principy komunitní péče. Píši také o tom, jak se komunitní péče v průběhu času měnila. Zabývám se i postavením sociálního pracovníka v celém systému, hovořím o sociální práci s duševně nemocnými. Uvádím, jaké předpoklady, schopnosti a dovednosti by měl pomáhající pracovník mít. Popisuji i jednotlivé typy sociálních pracovníků. Dále zmiňuji, jaké jsou předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Tuto kapitolu zakončuji pojednáním o tom, co je významné pro vztah sociálního pracovníka a klienta.

V druhé kapitole se zabývám cílovou skupinou, kterou jsou osoby s duševním onemocněním. Představuji zde základní pojmy, které se objevují v rámci celé práce. Zabývám se zde také specifickými potřebami této cílové skupiny. V poslední podkapitole se zmiňuji o stigmatizaci těchto osob a o jejích důsledcích.

V třetí kapitole představuji možnosti komunitní péče o tuto cílovou skupinu. Zaměřuji se zde na metody psychiatrické rehabilitace a případového vedení, které i dále rozvádím. Součástí jsou i podkapitoly věnované psychoterapii a týmové práci.

Ve čtvrté kapitole se zaměřuji na současnou podobu péče o tuto cílovou skupinu. Představuji zde i analyzovaný dokument, kterým je Strategie reformy psychiatrické péče. Shrnuji základní informace o tomto dokumentu, jeho hlavní záměr a cíle, kterými jej plánuje naplnit. Hovořím i o událostech předcházejících vzniku Strategie. Zmiňuji se i o tom, v čem spatřuje tento dokument hlavní problém v současné podobě péče. Shrnuji, na jakých pilířích Strategie staví svá doporučení.

V dalších kapitolách se již věnuji výzkumu. Uvádím metodologii mého výzkumu, kde představuji i jeho cíl. Cílem mojí práce je představit možnosti komunitní péče s lidmi s duševním onemocněním a zjistit, zda se jednotlivé prvky komunitní péče objevují ve Strategii reformy psychiatrické péče. Cíl výzkumu je shodný s cílem mé bakalářské práce. Dále zde definuji kvalitativní výzkum a také analýzu dokumentů, kterou ve své práci využívám. Uvádím postup výzkumu a jeho limity. V poslední kapitole již analyzuji mnou vybraný dokument, kterým je Strategie reformy psychiatrické péče.

# 1 Komunitní péče

Na začátku mé práce objasňuji pojem komunitní péče a uvádím její principy. Dále definuji pojem komunitní péče o osoby s duševním onemocněním. Popisuji, jak se v průběhu času komunitní péče měnila. Zabývám se i postavením sociálního pracovníka v systému péče o duševně nemocné osoby. Zmiňuji, jaké by měl mít předpoklady, schopnosti a dovednosti pro výkon své profese. Uvádím, jaké typy sociálních pracovníků existují a jakým způsobem pracují se svými klienty. Popisuji předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, které stanovuje naše legislativa. Kapitulu uzavírám tím, co je důležité ve vztahu pracovníka s jeho klientem.

## 1.1 Úvod do komunitní péče

Pojem komunitní péče je velmi blízký pojmu komunitní práce, což je metoda práce, která směřuje k vyvolání změny v určitém společenství. Mezi její typické znaky patří to, že se využívá při řešení problémů v místním společenství, vztahuje se k možnostem

a zdrojům této komunity, zapojuje do řešení problémů občany, ale i místní organizace a instituce a pomáhá lidem ovlivňovat, co se s nimi děje (Kinkor in Matoušek, 2013, s. 265-266).

Při komunitní péči jde o takové uspořádání sociálních, zdravotních a ostatních služeb pro skupiny obyvatel, kteří se ocitli na okraji společnosti (jedná se zejména o seniory, hendikepované, duševně nemocné atd.) tak, aby mohly setrvat ve své komunitě a žily nadále plnohodnotným životem. Přístup komunitní péče je opakem institucionální péče (Kinkor in Matoušek, 2013, s. 267).

Dalším podobným termínem je pak komunitní přístup, který klade důraz na spolupráci všech sektorů, aby bylo dosaženo změny na místní úrovni. Jedná se zejména o spolupráci veřejného sektoru, zahrnujícího státní správu a samosprávu, a podnikatelského sektoru a občanů (Kinkor in Matoušek, 2013, s. 267).

*„Komunitní péče označuje nejen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcí, péči, která je zaměřena na potřeby lidí, nikoli na budování institucí“* (Probstová in Matoušek, 2005, s. 134). Při komunitní péči je nutné respektovat komplexní potřeby, které má duševně nemocný člověk. Tato komplexní práce



s člověkem je podmíněna týmovou spoluprací zdravotních a sociálních složek, přičemž ani jedna složka není nadřazená jiné. Při komunitní péči je nutné zajistit dostupnost služeb. Služby se musí zaměřovat a přizpůsobovat potřebám svých uživatelů a být flexibilní (Probstová in Matoušek, 2005, s. 134).

Dle Karnetové se v komunitní péči jedná o spektrum služeb, které se poskytují jak nemocným, tak zdravým občanům, rodinám či skupinám. Jedná se o služby, které jsou alternativní k institucionálním službám. Cílem komunitní péče je umožnit klientovi setrvat v jeho komunitě i přes jeho postižení, závislost či chronickou nemoc, proto jsou tyto služby poskytovány v domácím prostředí klientů (Karnetová, 2012 [on-line]).

*„Komunitní péče znamená poskytovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné podobě a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti“* (Vostřáková in Jarošová, 2007, s. 29).

Komunitní péče zahrnuje kromě léčby pacienta také další postupy. Jedná se zejména o podporu sociálních rolí klienta a to jak v oblasti bydlení, tak práce a vztahů s jeho okolím a rodinou. Při komunitní péči musí být podporováni i další členové komunity, kteří mohou klientovi pomáhat (Pěč in Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011:213).

## 1.2 Principy komunitní péče

Tato kapitola obsahuje základní principy komunitní péče. Je nutné zmínit, že každý autor udává trochu jiné principy. Základní myšlenka komunitního přístupu je ovšem

u všech autorů shodná.

Jarošová uvádí následující obecné principy komunitní péče:

- základní pomoc musí být dostupná nepřetržitě 24 hodin
- zdravotní i sociální služby musí být pro klienty snadno dostupné, musí být propojené a zajistit kontinuitu péče
- klienta je nutné rychle předávat do péče odpovídající službě
- činnosti poskytovatelů jak zdravotních, tak sociálních služeb musí být koordinované na základě multidisciplinární spolupráce
- klient musí mít možnost výběru služby

- služby jsou poskytovány individuálně a respektují jedinečnost každého člověka
- informace o klientovi musí být předávány diskrétní formou
- náklady na fungování komunitního systému musí být využívány účelně (Jarošová, 2007, s. 99).

„Podle Jany Kosové (komunitní pracovnice občanského sdružení Český západ) se principy komunitní práce překrývají s principy komunitního plánování definovaným Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV ČR)“ (Baštecká a kol., 2013, s. 181). „MPSV definuje tyto hlavní principy komunitního plánování: partnerství mezi všemi účastníky, zapojování místního společenství, hledání nových lidských a finančních zdrojů, práce s informacemi, průběh zpracování KP je stejně důležitý jako výsledný dokument, zohlednění již vytvořené a osvědčené spolupráce, kompromis přání a možností“ (Komunitní plánování - věc veřejná, 2015: [on-line]).

Komunitní přístup se více zaměřuje na prostředí klienta a na podmínky, ve kterých žije. Soustředí se více na klientovy možnosti a předpoklady, než na jeho limity. Klient je brán jako expert na svou nemoc, má možnost podílet se na plánování služeb. Jednotliví pracovníci v týmu, který klientovi pomáhá, mají rovnocenné postavení. Hlavní prostředek práce vidí Hejzlar v psychosociální rehabilitaci (Hejzlar in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 133).

Pěč uvádí tyto hlavní principy komunitní péče:

- „využití přirozených zdrojů a pomoci a podpory v komunitě
- posílení zdravých stránek osobností pacientů
- redukce symptomů i posílení funkční kapacity pacientů
- princip partnerství ve spolupráci pacientů a profesionálů
- individualizace péče
- maximální sociální začlenění“ (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 514).

V jiné publikaci zmiňuje Pěč následující principy komunitní péče:

- mobilita služeb
- propojenost služeb
- péče ve vlastním prostředí pacientů
- orientace na lidská práva a potřeby pacientů (Pěč in Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 213).

Na tomto příkladu lze vidět, že i stejný autor udává v každé publikaci jiné principy komunitní péče. Přesto je však vždy zachována hlavní myšlenka, že se péče přibližuje blíže ke klientovi.

### **1.3 Komunitní péče a osoby s duševním onemocněním**

Komunitní péče využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozeného společenství lidí. Komunitní péče je trendem posledních desetiletí nejen pro lidi s duševním onemocněním, ale i pro další skupiny (Kalvach in Probstová, Pěč, 2014, s. 184).

Jedná se o soubor služeb a zařízení, jejichž cílem je pomoci klientům s duševním onemocněním žít co nejvíce běžným způsobem života. Komunitní péče je již od poloviny minulého století využívána ve vyspělých zemích a je spojena s deinstitutionalizací. Její stěžejní myšlenkou je využívání přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě a posílení zdravých stránek osobností pacientů. Klade důraz na partnerství při spolupráci klientů s lékaři či jinými odborníky a na individualizaci péče. Hlavním cílem je maximální sociální začlenění klientů (Foitová in Probstová, Pěč, 2014, s. 185).

Dle Weeghela *„Komunitní péče pro lidi se závažnými psychickými poruchami je vždy vázána na kontext - k tomu, aby byla účinná, potřebuje vždy vycházet ze svého okolí“* (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 14).

Weeghel uvádí následující požadavky dobré komunitní péče. Předně by měla být založena na dobrém pracovním spojení tzv. working alliance mezi klientem a poskytovatelem. Intervence by se měly zaměřovat na posílení (empowerment) a společenskou participaci klientů. Musí existovat široká nabídka služeb jak pro klienty, tak pro jejich rodinu i veřejnost. Důraz by měl být kladen na rodinu a její podporu (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 19).

### **1.4 Proměny komunitní péče o duševně nemocné**

Komunitní péče se v průběhu let také proměňuje. Prvním konceptem byl systém komunitní podpory tzv. community support system (CSS), který definoval Národní institut duševního zdraví v USA koncem 70. let. Jednalo se o síť služeb a podpory, která byla nutná proto, aby duševně nemocní byli schopni uspokojit své potřeby a

nedocházelo k jejich vylučování ze společnosti. Koordinovat využití těchto služeb a podpor je úkolem tzv. case managementu - pracovníků případového vedení (Carling in Probstová, Pěč, 2014, s. 185-186).

Jiné systémy komunitní péče jako např. síť podpory (framework for support) zdůrazňují mnohem více vliv přirozené komunity. Síť podpory se soustředí na využití svépomoci a obecných služeb, které slouží všem lidem. Těmto obecným službám je pak poskytována podpora, jak poskytovat pomoc pacientům s duševním onemocněním (Probstová, Pěč, 2014, s. 186-187).

Do roku 1989 u nás komunitní forma péče v podstatě neexistovala. První neziskové organizace, které se touto problematikou zabývají, se objevují až po roce 1989. V roce 2007 evidovala Asociace komunitních služeb 29 organizací, které se zabývaly poskytováním psychiatrické rehabilitace. Za posledních 20 let došlo sice k určitému rozvoji komunitních forem péče, je však stále nedostatečná a chybí její logické propojení s dalšími službami (Probstová, Pěč, 2014, s. 200-201).

## **1.5 Sociální pracovník v systému péče o duševně nemocné klienty**

V této kapitole se zaměřuji na samotného sociálního pracovníka, na jeho schopnosti a odbornost dle platné legislativy. Vyzdvihuji důležitost vztahu sociálního pracovníka s klientem a jeho kompetence.

### **1.5.1 Sociální práce s duševně nemocnými**

Matoušek definuje sociální práci s duševně nemocnými takto: „*Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch*“ (Matoušek, 2010, s. 135). Dle Matouška se sociální pracovník může s duševně nemocnými setkat a pracovat v institucích či v léčebných komunitách, rovněž v komunitních zařízeních či v jiném typu sociální služby (Matoušek, 2010, s. 135).

Z nejširšího pohledu patří do systému péče o duševně nemocné všichni lidé vyskytující se v blízkosti nemocného. „*Rodina, přátelé, spolupracovníci jsou tak blízko, že problém nevidí, nechtějí vidět, nebo ho zcela popírají*“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 45). Z tohoto širokého pohledu patří do systému služeb o duševně nemocné

všichni, kdo pracují v pomáhajících profesích. Pokud tedy sociální pracovník při práci s klientem či jeho rodinou vidí možné příznaky duševní nemoci, měl by zasáhnout, protože nejúčinnější pomoc je ta, která přijde co nejdříve. Důležité je zvolit vhodné místo, formu i osobu, které dotaz položí. Zároveň musí umět nabídnout pomoc (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 45).

Sociální pracovník musí vždy znát své postavení v celém systému. Někdy je osobou, která předává klienta s duševním onemocněním dalším odborníkům, v jiném postavení může pracovat přímo s klientem (v rámci multidisciplinárního týmu). Každý sociální pracovník by však měl znát základní informace, které může klientovi či jeho rodině předat. Nejčastěji se jedná o doporučení ambulance či kontaktního centra, kde se již pracuje s klientem na základě jeho individuálních potřeb (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 45-46).

### **1.5.2 Předpoklady, schopnosti a dovednosti pracovníka v pomáhající profesi**

Matoušek řadí mezi obecné předpoklady a dovednosti všech pracovníků, kteří patří do tzv. pomáhajících profesí, následující atributy:

- Zdatnost a inteligence. Člověk, který chce pomáhat druhým, musí mít určitou fyzickou zdatnost, respektovat své tělo a udržovat si fyzickou kondici. Zároveň se však u něj předpokládá dobrá inteligence a zejména touha učit se novým věcem, jako jsou nové teorie, přístupy, techniky atd. a chuť neustále obohacovat své znalosti a dovednosti. Přírozenou složkou jeho osobnosti by pak měla být emoční a sociální inteligence.
- Přitažlivost. Přitažlivost se netýká jen fyzického vzhledu pomáhajícího, ale i toho, jak pracovník jedná s klienty, jestli mají podobné názory, jak se pracovník chová, jakou má pověst atd. Přitažlivost pomáhajícího může pak vést ke spontánní náklonosti klienta.
- Důvěryhodnost. K důvěryhodnosti pomáhajícího přispívá mnoho složek jako např. to, zda je pracovník diskrétní, spolehlivý, jakým způsobem využívá svou moc, zda se snaží klientovi porozumět atd.
- Komunikační dovednosti. Tyto dovednosti jsou základním předpokladem pro navázání vztahu s klientem. Mezi základní dovednosti patří dle Egana fyzická přítomnost, naslouchání, empatie a analýza klientových prožitků. U dobrého

pomáhajícího by měla být verbální i neverbální složka komunikace v souladu (Matoušek, 2013, s. 50-51).

Velmi důležitou dovedností sociálního pracovníka je tzv. zúčastněné naslouchání. Když pracovník umí klientovi porozumět a sdělí mu to, pomáhá mu pochopit sebe samého. Umění naslouchat se dle Matouška skládá z několika částí. Pracovník by měl umět číst klientovo neverbální chování, měl by také chápat jeho verbální projev a sledovat jeho projevy nejen v rozhovoru, ale i v běžném životě (Matoušek, 2013, s. 51).

Jako další složka komunikačních dovedností je uvedena schopnost empatie. Dle Meyeroffa „*péče o druhého musí zahrnovat porozumění jeho světu, jako kdyby v něm pracovník sám byl*“ (Meyeroff in Matoušek, 2013, s. 50-51). Empatie je součástí emoční inteligence a jde o schopnost vcítit se do jeho pocitů a jednání druhého (Matoušek, 2013, s. 52).

Potřeby, které klient má, zjišťuje sociální pracovník v rámci tzv. sociálního šetření, při kterém sbírá informace od klienta a jeho okolí. Sociální pracovník musí umět sestavit, poté realizovat a hodnotit plán intervencí. Měl by vědět, jakým způsobem má práci s klientem ukončovat. Neméně důležitá je schopnost komunikace s dalšími členy týmu a institucemi. Musí se orientovat v systému sociálního zabezpečení a v celkové sociální politice státu. Dalšími důležitými schopnostmi jsou schopnost empatie, umění pozorovat, vnímavost atd. (Probstová in Matoušek, 2010, s. 137).

Sociální pracovník taktéž pomáhá pacientovi při návratu z lůžkového zařízení domů. Po ukončení hospitalizace je nutné s klienty zajistit navazující péči a pomoci jim se zajištěním dalších nezbytných podmínek k životu, které se týkají oblasti práce, bydlení, finančního zabezpečení a vztahů s okolím. Sociální pracovník může klientovi nabídnout systematickou podporu a monitoring při větší zátěži v domácím prostředí. Informuje klienta o jeho nárocích a případně mu pomůže zprostředkovat dávky sociálního zabezpečení. Může se podílet i na sestavení postupu v případě krize (tzv. krizového plánu). Věnuje se i psychoedukační práci s klientem, pomáhá klientovi rozšířit jeho sociální síť. Pracovník tráví minimální část své pracovní doby v kanceláři, většinu času se pohybuje v terénu (Probstová in Matoušek, 2010, s. 137-138).

### 1.5.3 Typy sociálních pracovníků

V této podkapitole uvádím jednotlivé typy sociálních pracovníků. Tímto členěním se zde zabývám, jelikož je dle mého názoru důležité, aby si pracovník uvědomil a ujasnil, jakým způsobem ke klientům přistupuje, a měl náhled na to, jaký má jeho přístup limity, a na co si musí dát při své práci s klienty pozor.

Banksová (1995) definuje z hlediska přístupů k praxi 4 typy sociálních pracovníků, které se ovšem v reálném světě prolínají.

1. Angažovaný sociální pracovník, pro nějž je práce způsobem, jak uplatnit své morální hodnoty. Klienta vnímá s respektem a empatií, jedná s ním jako s přítelem. Problém v tomto přístupu nastává v tom, že může některým klientům stranit. Je totiž nemožné poskytnout nadstandartní podporu všem. Také může dojít k jeho vyhoření. Klienta bere jako rovnocenného partnera a klade důraz na jeho zplnomocnění (Banksová in Matoušek, 2013, s. 45-46).
2. Radikální sociální pracovník, který pracuje na základě svých osobních hodnot, se zaměřuje na změnu zákonů a praxe, které považuje za nespravedlivé. Klienta vnímá také jako rovnocenného partnera, jde mu ale především o společenskou změnu (Banksová in Matoušek, 2013, s. 45-46).
3. Byrokratický sociální pracovník - v tomto modelu je cílem práce manipulace s klientem, ovšem v zájmu jeho změny. Je proto velmi vhodné oddělit od sebe osobní a profesní hodnoty a také hodnoty zaměstnavatele. Tento pracovník je často vnímán jako úředník, protože klade velký důraz na postupy (Banksová in Matoušek, 2013, s. 45-46).
4. Profesionální pracovník, pro nějž jsou prioritou zájmy a práva jeho klientů. Klienta vidí a chápe jako aktivního spolupracovníka, umožňuje mu participovat na všech rozhodnutích. Klade důraz zejména na individuální vztah mezi ním a klientem (Banksová in Matoušek 2013, s. 45-46).

### 1.5.4 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jsou specifikovány v paragrafu 110. Patří sem

*„plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 110).*

Zákon dále vymezuje, za jakých podmínek je dosaženo odborné způsobilosti. Odbornou způsobilostí je rozuměno dosažení vyššího odborného vzdělání či vysokoškolského vzdělání v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu v oborech, které zákon přímo definuje. Lze jí také dosáhnout absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin, pokud osoba vykonává povolání sociálního pracovníka nejméně pět let a má ukončené vysokoškolské vzdělání v jiném oboru, než definuje zákon. Poslední možností je pak absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let. Podmínkou je střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním ukončené nejpozději 31. prosince 1998 (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 110).

Zákon také definuje náplň práce sociálního pracovníka. Mluví o tom, čím se sociální pracovník zabývá. *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109).*

Probstová hovoří ve svém článku o potřebě systematického a kontinuálního vzdělávání sociálních pracovníků, kteří pracují s dlouhodobě duševně nemocnými lidmi. Jejich vzdělávání je nezbytnou podmínkou pro rozvoj služeb komunitní péče. S touto skupinou často pracují mladí a nezkušení pracovníci. Typický je také malý počet pracovníků, kteří mají na starost velký počet klientů. Nároky na jejich vzdělání jsou velké (Probstová, 2008, s. 68-69).

Dle Probstové *„chybí obsahová definice základních kompetencí, které mají sociální pracovníci v moderní péči o duševně nemocné vykonávat a které by definovaly jak výuku pregraduální, tak i obsahové zaměření základních stupňů celoživotního kontinuálního vzdělávání“ (Probstová, 2008, s. 70).*



### 1.5.5 Vztah sociálního pracovníka s klientem

V této kapitole se věnuji detailněji vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Toto téma zařazuji do své práce, protože se dle mého mínění veškerá spolupráce s klientem odvíjí od jejich vzájemného vztahu. Snažím se zde zdůraznit, co je v tomto vztahu pracovníka a klienta důležité a na co si musí pracovníci dávat pozor.

Vztah sociálního pracovníka s klientem musí být založen na respektu a partnerství. Sociální pracovník je prostředníkem mezi nemocným a jeho okolím, respektuje jedinečnost a individualitu každého klienta. Jeho úkolem je mapovat zdravotní a sociální potřeby klienta (Probstová in Matoušek, 2010, s. 136).

Pokud chce pomáhající klientovi porozumět, je nutné, aby se zajímal o to, jak věci vnímá, vidí a prožívá klient. Velmi důležitá je tzv. orientace na porozumění, jak uvádí Kopřiva. Znamená to jednoduše to, že pracovník musí vycházet z klientova vnitřního světa a brát ho vážně. Nesmí předpokládat, že platí jeho vlastní vidění klientovy situace, a z něj vycházet. Často se stává, i v rámci pomáhajících profesí, že se pracovníci nezajímají o to, co druhá osoba opravdu cítí a prožívá, a pak jsou často jejich závěry předčasné a vychází jen z pracovníkova hodnocení klientovy situace. (Kopřiva, 2011, s. 29-35).

Dle Höschla je při naslouchání pacientovi důležité mít na pacienta dostatek času, což je v našich podmínkách velmi obtížné. Lékaři jsou pod neustálým tlakem, musí v co nejkratším čase udělat co nejvíce práce. Když pacient vstoupí do ordinace, měl by mít pocit, že jeho problém lékaře zajímá a že je momentálně on tím důležitým. Jako další zásadu Höschl uvádí, že by lékař neměl za pacienta dokončovat věty, i když už tuší, co má pacient za problém. Vede to pak k tomu, že se nezeptá na další důležité okolnosti (Höschl in Janíček, 2004, s. 96). Všechny tyto zásady, které uvádí Höschl, lze převést a aplikovat i na práci sociálního pracovníka.

#### **Nálepkování**

Pracovníci mají často tendenci využívat hodnotící šablony namísto opravdového zájmu o klienta. Odborné výrazy, jako například psychologické či psychiatrické termíny, mohou být v určitých situacích užitečné. V pomáhajících profesích mohou ovšem vést k tomu, že pracovník již nemá potřebu klienta dále poznávat a učinit si svůj vlastní názor. Mohou vést k zablokování porozumění klientovi. Nálepkování by proto

nemělo figurovat při kontaktu s lidmi, kterým chceme pomáhat (Kopřiva, 2011, s. 35-37).

Sociální pracovníci pracující s lidmi s psychickými obtížemi, poukazují na zužující pohled, který přináší využívání duševních diagnóz dle mezinárodní klasifikace MKN-10. Tato klasifikace může být pro pracovníky vodítkem, jak nemoc probíhá, jak se projevuje a jaký má dopad na život klienta. Je ovšem potřeba vnímat klienta v jeho každodenním životě a v reálném prostředí, ve kterém žije (Probstová, Pěč, 2014, s. 20).

Pro sociálního pracovníka jsou zásadní jak prostředí, tak podmínky, které člověka ovlivňují. Důležité je vnímat člověka v jeho prostředí a sledovat interakce, které mezi nimi probíhají. Sociální pracovník musí být zaměřený na sociální fungování klienta (Probstová, Pěč, 2014, s. 20-21).

## **1.6 Shrnutí**

Při komunitní péči se jedná o pomoc znevýhodněným lidem tak, aby mohli nadále žít plnohodnotným životem ve své komunitě a mohli vést běžný život. Komunitní péče je opakem institucionální péče a tudíž bývá vždy propojena s deinstitucionalizací. Hlavním cílem této péče je začlenění klientů do společnosti. Je důležité, aby tato péče byla individuální, měla by také posilovat klientovy zdravé stránky. Její součástí je i práce s rodinou klienta. Koncept komunitní péče se postupem času proměňuje. V ČR se komunitní péče rozvíjí, ovšem ne tak rychle, jak by si přáli někteří odborníci a jejich klienti.

Je nutné si uvědomit, že součástí sociální práce s duševně nemocnými osobami není jen samotný klient, ale jeho široké okolí. Je také velmi důležité, aby sociální pracovník, který pracuje s osobou s duševním onemocněním, uměl identifikovat svoji pozici v celém systému, a věděl tedy, jak má jeho intervence vypadat a jakým způsobem má při práci s klientem postupovat.

Všichni pracovníci, kteří chtějí pracovat v pomáhajících profesích, by měli být dostatečně zdatní a inteligentní. Měli by být také pro klienta přitažliví, důležitou složkou jejich osobnosti je jejich důvěryhodnost a dobré komunikační schopnosti. Z hlediska toho, jak pracovník přistupuje ke své práci a klientům, lze rozlišit čtyři typy sociálních pracovníků, kterými jsou angažovaný, radikální, byrokratický a profesionální pracovník. Pracovníci by si měli být vědomi toho, jakým způsobem ke svým klientům

přístupují

a jaké má jejich přístup limity.

Posun v sociální sféře přišel spolu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Zákon zmiňuje i náplň práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Problémem při práci s cílovou skupinou duševně nemocných jsou velké požadavky na vzdělání a odbornost pracovníků, které ovšem nejsou nikde definovány. Dle mého názoru je pro sociálního pracovníka práce s touto cílovou skupinou opravdu náročná, zejména v nárocích na jeho znalosti. V rámci vzdělání na VOŠ či univerzitě se pracovníci dozví jen základní informace o této cílové skupině. Pokud se rozhodnou s duševně nemocnými pracovat, je nutné se o tuto problematiku hlouběji zajímat a dále se vzdělávat. Na základě mých zkušeností ovšem mohu říci, že ne všichni pracovníci jsou ochotní dále se vzdělávat a pracovat na sobě. Přitom v dnešní době internetu je mnohem snadnější sdílet a studovat zkušenosti ostatních organizací, které jsou v této problematice úspěšné.

V první kapitole se zmiňuji i o tom, jak by měl vypadat vztah sociálního pracovníka s klientem. Každý vztah s klientem by měl být založen na základě partnerství a respektu. Pracovník by měl být orientován na porozumění klientovi a měl by mít dostatečný čas a prostor na jednání s klientem. Tím vyjadřuje klientovi svůj respekt a úctu. Pracovníci by si měli dávat pozor na nálepkování klientů, které jim zabraňuje v jejich bližším poznání. Důležité je neztratit ze zřetele jak klienta, tak jeho prostředí a jejich vzájemné interakce. Sociální pracovník se musí zaměřovat na klientovo sociální fungování.

## 2 Cílová skupina

Na začátku této kapitoly, která se týká cílové skupiny lidí s duševním onemocněním, objasňuji základní termíny a pojmy, které se v celé práci objevují. Dále se zabírám specifickými potřebami této cílové skupiny. V poslední podkapitole se zmiňuji o problému stigmatizace a o jejích následcích.

### 2.1 Základní pojmy

#### Duševní nemoc (mental illness)

Duševní nemoc se projevuje poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Duševní nemoci se rozlišují dle WHO a podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM), který vydává Americká psychiatrická asociace (APA).<sup>2</sup> Mezi hlavní skupiny řadíme psychózy, poruchy nálady, poruchy osobnosti, organicky podmíněné poruchy a úzkostné poruchy (dříve neurózy) (Matoušek, 2008, s. 54). Za chronickou duševní nemoc je dle APA považována taková, která se zhoršuje vždy po dobu více než šesti měsíců (Matoušek, 2008, s. 54).

Za dlouhodobě duševně nemocné jsou považovány ty osoby, které trpí duševní poruchou či onemocněním, které má negativní vliv na tři a více základních aspektů v jejich životě. Goldman uvádí následující aspekty: „*osobní hygiena a sebeobsluha, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreace, ekonomická soběstačnost*“ (Goldman, podle Probstová in Matoušek, 2005, s. 136).

#### Zotavení (recovery)

Studie podle Jobe a Harrow ukazují, že celá řada osob se zcela nebo zčásti zotaví a dokáže se vymanit ze své sociální izolace (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 17). Dle Straussova interaktivního vývojového modelu lidé s psychickým onemocněním prochází vývojem v průběhu času, mohou se naučit přistupovat lépe sami k sobě, ke své poruše, k omezení a i ke svému prostředí (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 17).

„*Zotavení (recovery) znamená něco jiného než vyléčení v lékařském smyslu. Při zotavení se jedná o jedinečné osobní procesy, v nichž se klienti snaží svému životu dát znovu obsah*“ (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 20). Nejdůležitější v tomto procesu

---

<sup>2</sup> <http://www.apa.org/>

je to, co podniká sám klient, aby změnil svůj život. Jedná se o postupnou výměnu identity „pacienta“ za identitu „občana“. Jde o přijetí nemoci a omezení z ní plynoucích, získání kontroly nad svým životem, přijetí zodpovědnosti, zvýšení svého sebevědomí a překonání pocitů zoufalství (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 20).

Podle Gagne lze rozlišit čtyři fáze procesu zotavení. Jsou jimi přemožení nemoci, zápas s nemocí, život s nemocí a život mimo nemoc (Gagne, podle Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 21).

### **Stigmatizace**

Dle Matouška je stigma nálepka, nebo cejch, který poznamená člověka a jeho uplatnění ve společnosti (Matoušek, 2008, s. 215). Jelikož je stigmatizace velkým problémem, zabývám se jí později podrobněji v kapitole 2.3.

### **Relaps**

*„Relaps je návrat akutních příznaků, tedy těch potíží, které již byly jakoby vyléčeny“* (Praško, 2005, s. 44). Riziko relapsu je vysoké, pokud pacient neužívá pravidelně léky, vysadí je, nebo se snižuje jejich dávka. Pokud se léčba přeruší brzy, riziko relapsu je velmi vysoké. Je tedy důležité pokračovat v léčbě dlouhodobě, i když už pacient nevnímá žádné příznaky nemoci (Praško, 2005, s. 44).

## **2.2 Lidé se závažným duševním onemocněním a jejich specifické potřeby**

Lidé se závažnými psychickými poruchami tvoří velmi heterogenní skupinu, neboť psychiatrické poruchy, kterými trpí, jsou velmi různorodé a rozmanité. Lze sem zařadit jedince, kteří trpí vážnými afektivními poruchami, organickými poruchami, poruchami osobnosti, aktivity, pozornosti, patří sem i závažné poruchy závislosti a různé kombinace. Liší se věkem, pohlavím, intenzitou nemoci, jejím průběhem, ale i důsledky, které má nemoc na jejich každodenní život. Přes spoustu uvedených odlišností mají tito lidé společnou jednu věc, ve svém běžném životě a fungování cítí značná omezení (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 14-15).

K těmto omezením se poté přidávají i nepříznivé životní okolnosti a další sociální bariéry, jako je stigmatizace, nenaplněné sociální role atd. Je obvyklé, že tito jedinci

mají kolem sebe i menší sociální síť, velmi často žijí osamoceně, cítí tak menší sociální podporu než ostatní. Lidé s psychickými omezeními mají však stejná přání a představy o životě jako všichni ostatní, chtějí mít dobré vztahy, rodinu, práci, přátele a žít smysluplný život (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 16).

*„Péče o lidi se závažnými psychickými poruchami a jejich podpora musí tedy navazovat na individuální životní cestu a brát v úvahu charakteristiky a úkoly životní fáze, v níž se osoby nacházejí“* (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 16).

V posledních letech se upouští od pojmu chronicky nebo dlouhodobě duševně nemocný a začíná se namísto něj používat pojem závažné duševní onemocnění – severe mental illness (Anthony in Pěč, Probstová, 2009, s. 97).

Severe mental illness je charakteristické třemi znaky, mezi které řadíme délku kontaktu se službami duševního zdraví delší než dva roky, dále funkční postižení a také diagnózu ze schizofrenního okruhu, bipolární poruchy nebo poruchy osobnosti. Co se týká funkčního postižení, v psychiatrii existuje škála pro celkové hodnocení fungování, kdy se hodnotí psychické, sociální i pracovní funkce klienta (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 72).

Dle Höschla patří mezi nejčastější duševní poruchy deprese a úzkostné poruchy. U deprese je tzv. průřezová prevalence (dává informaci o tom, kolik lidí trpí v současné době nemocí) zhruba tři až čtyři procenta. Schizofrenie má pak tuto průřezovou prevalenci mezi půl a jedním a půl procentem. V ČR je také častá závislost na návykových látkách, nejčastěji pak závislost na alkoholu. S prodlužováním střední délky života stoupá nyní i počet demencí (Höschl in Janíček, 2004, s. 154).

Je potřeba si uvědomit, že lidé se závažným duševním onemocněním mají specifické potřeby. Většina z nich potřebuje profesionální pomoc a péči, aby byli schopni fungovat v běžné společnosti a zlepšit kvalitu svého života. Velmi důležité je zjistit, které potřeby v životě klienta jsou nenaplněny. Kroon rozdělil nenaplněné potřeby této cílové skupiny do čtyř skupin:

1. Podpora při zvládnání hendikepu a jeho důsledků.
2. Pomoc v úsilí o zotavení - klienti si potřebují uspořádat svou minulost, potřebují pomoc při plánování své budoucnosti, získání sebevědomí a pomoc při tom, aby se dokázali postarat sami o sebe.
3. Klienti potřebují pomoc při budování sociálních vztahů a kontaktů.
4. V neposlední řadě je pro ně nezbytná podpora při nacházení práce, denního programu, vzdělání atd. (Kroon, podle Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 17).

Míra nezaměstnanosti u této cílové skupiny se pohybuje v závislosti na závažnosti jejich onemocnění mezi 70-90% (dle statistik v USA, či Británii). Jedná se tedy o velmi závažný problém, protože práce je jedním z nejdůležitějších prvků, které vedou k plnohodnotnému zapojení se do společnosti (Farbiaková, 2008, s. 77). Tyto údaje však neznamenají, že lidé s duševním onemocněním nechtějí či nemohou pracovat. Dle Leffa a Warnera je 50-60% z těchto osob schopno pracovat a také si to přeje (Leff, Warner in Farbiaková, 2008, s. 77).

## **2.3 Stigmatizace lidí s duševním onemocněním a její důsledky**

Termín stigma pochází z antického Řecka. Ukazuje na znaky, které jsou neobvyklé, poukazují na nedostatečnost člověka nebo na něco špatného, zejména týkajícího se morálky (Hinterhuber in Ocisková, Praško, 2015, s. 11).

Sociolog Goffman poukazuje na to, že „*stigmatizovaný jedinec je často považován za někoho, kdo je méně než člověk.*“ (Goffman in Ocisková, Praško, 2015, s. 21). Stigma chápe jako situaci, kdy je jedinec většinovou (normální) společností vylučován a není plně přijímán, je tedy diskriminován. Stigmatizace duševně nemocných sebou přináší předpoklady o jejich nebezpečnosti, vině, slabosti (Goffman in Ocisková, Praško, 2015, s. 21-22).

Stigmatizace má často velmi vážné důsledky, jako je nízká sebedůvěra a sebehodnocení, stres, nízká kvalita života, regrese a rehospitalizace (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 23).

Stigmatizace mnohdy vede k diskriminaci lidí v zaměstnání, v rodině, v bydlení, vzdělávání atd. Stigma obsahuje tři složky, jimiž jsou:

1. Problémy znalostí, které souvisí s ignorací. I v současné době je povědomí veřejnosti o psychických poruchách velmi nízké. Toto povědomí může být zvýšeno jen efektivně naměřenými intervencemi a kampaněmi, jak prokazují mnohé výzkumy.
2. Problémy postojů souvisejících s předsudky. Předsudky vůči odlišným menšinám se projevují negativními emocemi, jako je strach, hněv, nepřátelství

atd. Předsudky vůči lidem s duševním onemocněním se týkají zejména obav z jejich nebezpečného chování.

3. Problémy chování projevující se v diskriminaci (Ocisková, Praško, 2015, s. 25-26).

Při stigmatizování pacientů s psychickou poruchou veřejnost často nerozlišuje vzhledem ke svojí neznalosti jednotlivé kategorie poruch. Často jen na základě faktu, že pacient byl či je léčen v psychiatrické léčebně či na psychiatrii, veřejnost očekává stereotypně jeho nezodpovědnost, nebezpečnost, nekontrolovatelnost, agrese atd. Pokud člověk očekává toto negativní chování, dochází u něj automaticky ke změně v chování vůči stigmatizovanému jedinci. Zachovává si potom větší odstup, který může vést až k postupnému vyčleňování nemocného jedince ze společnosti (Janík in Ocisková, Praško, 2015, s. 28).

Duševně nemocní jsou znevýhodněni při dosahování veřejných zdrojů. Nejhorší součástí stigmatu je jejich znevýhodnění v oblasti zaměstnávání a práce. Toto znevýhodnění následně ovlivňuje celou jejich budoucnost a život, propadají se níže na společenském žebříčku, což opět podporuje rozvoj jejich nemoci. Jsou také znevýhodněni v rámci zdravotního systému, pokud mají jiný zdravotní problém. Stigmatizace a psychiatrická nálepka je činí méně důvěryhodnými. I mezi lékaři existují předsudky, že tito lidé jsou simulanti a je potřeba je převychovat (Höschl in Janíček, 2004, s. 161).

Člověk, který onemocní psychickou poruchou, k ní často zaujímá nereálný postoj. Často si myslí, že se jedná o přechodný problém, nechce přijmout, že by měl s nemocí žít déle či dokonce až do smrti (Křivohlavý in Ocisková, Praško, 2015, s. 35). Přijmout svou diagnózu je pro pacienta velmi těžké, protože to pro něj znamená omezení jeho svobody. Musí se s nemocí vyrovnat a přijmout omezení, která z ní plynou. Často musí také zásadním způsobem změnit svůj dosavadní život (Ocisková, Praško, 2015, s. 35-36).

## **2.4 Shrnutí**

V této kapitole definuji základní pojmy, které se v práci objevují (duševní nemoc, zotavení, stigmatizace, relaps). Důležité je uvědomit si, že tuto cílovou skupinu tvoří široké spektrum osob, které mají rozdílné potřeby. Pracovníci k nim tedy musí vždy přistupovat individuálně.



Na základě své nemoci jsou tyto osoby omezeny ve svém běžném životě a fungování. Všichni lidé, kteří pracují s touto cílovou skupinou, by si však měli být vědomi toho, že přes veškerá omezení, která duševní onemocnění člověku přináší, si tito lidé přejí zejména žít stejně jako všichni ostatní. K tomu ovšem potřebují naši podporu a pomoc.

Zásadním krokem při práci s klienty je zjištění toho, které jejich potřeby jsou v životě nenaplněny. Na základě těchto informací lze teprve realizovat účinnou intervenci. Situaci této cílové skupině zhoršuje pohled veřejnosti na jejich onemocnění. Často se setkávají se stigmatizací, která plyne z neznalosti jejich problémů. Stigmatizace pak prohlubuje jejich obtíže a brání jejich úzdavě. V rámci své práce s touto cílovou skupinou jsem se setkala i s častou stigmatizací nemocných od své vlastní rodiny, dětí, přátel. Mnohdy tato stigmatizace a mnoho problémů ve společném soužití pramenilo dle mého názoru zejména z toho důvodu, že nebyl nikdo, kdo by komunikoval s rodinou nemocného. Nikdo rodinným příslušníkům nevysvětlil, jak se nemoc projevuje, a že dotyčný např. není líný či vypočítavý, ale že tyto příznaky jsou součástí jeho nemoci. Přitom v dnešní době existují již publikace jak pro dospělé<sup>3</sup>, tak pro děti<sup>4</sup>, které jim mohou pomoci pochopit, co se s členem jejich rodiny děje. Výborné publikace jsou volně dostupné např. na stránkách Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.<sup>5</sup> Přijde mi škoda, že se tyto publikace málo využívají a dotyčným nepřijdou do ruky, pokud se o problematiku nezačnou sami zajímat.

---

<sup>3</sup> [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/CMHCD\\_brozura\\_parents-CZ\\_FINAL.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/CMHCD_brozura_parents-CZ_FINAL.pdf)

<sup>4</sup> [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/CMHCD\\_brozura\\_young-CZ\\_FINAL.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/CMHCD_brozura_young-CZ_FINAL.pdf)

<sup>5</sup> <http://www.cmhcd.cz/centrum/publikace/>

### 3 Komunitní péče a cílová skupina

V této kapitole se věnuji specifickým konceptům, ze kterých může sociální pracovník vycházet při své práci s klienty. Rozvádím zde metodu psychiatrické rehabilitace a případového vedení. Zmiňuji i možnosti psychoterapie, jejíž prvky může pracovník využívat. Poté píše o týmové práci, která je důležitým předpokladem pro fungování celého systému komunitní péče.

Sociální pracovník se může při péči o duševně nemocné klienty specializovat v několika oblastech:

- Psychiatrická rehabilitace - zde pomáhá klientovi v oblasti bydlení, práce, při psychoedukaci a sociální rehabilitaci.
- Případové vedení- tzv. case management.
- Psychoterapie - k jejímu provádění je potřeba osvědčení.

Mezi komplexní metody práce, které se rozvíjí v posledních letech, patří, kromě výše uvedených, také metoda týmové práce (Probstová in Matoušek, 2010, s. 138).

Probstová a Pěč rozlišují v systému péče o duševně nemocné mezi komunitní a ústavní léčbou. Do komunitní léčby řadí všechny výše zmíněné formy péče, dále zde uvádí i denní stacionáře, které slouží k dennímu pobytu psychiatrických pacientů. Řadí sem také krizové služby, kam patří jak krizová centra, tak mobilní krizový tým, který tvoří obvykle psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra a sociální pracovník (Probstová, Pěč, 2014, s. 184-193).

#### 3.1 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace se rozvíjí po 2. světové válce, k jejímu hlavnímu rozmachu dochází v osmdesátých a devadesátých letech 20. století. Všechny programy spojuje snaha pomoci duševně nemocným zvládat život v komunitě a omezit jejich hendikep. Rehabilitační práce využívá techniky rehabilitační diagnózy, rehabilitačního plánu, intervence a hodnocení (Probstová in Matoušek, 2010, s. 139-140).

Poslání psychiatrické rehabilitace popsali již v 80. letech 20. století Anthony a jeho spolupracovníci. *„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svou schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé*

*profesionální podpory*“ (Anthony a kol. in Probstová, Pěč, 2014, s. 196). Výsledek rehabilitace by měl být měřen jak dosaženým úspěchem k požadavkům, které klade na nemocného jeho prostředí, tak osobní spokojeností konkrétního jedince (Probstová, Pěč, 2014, s. 196).

Při rehabilitaci jsou nejdůležitější věci představy klienta o jeho vlastní budoucnosti. Mezi významné oblasti patří oblast bydlení, práce, učení se a sociálních kontaktů (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 21).

*„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“* (Anthony a Liberman, podle Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková in Pěč, Probstová, 2009, s. 94)<sup>6</sup>

### **3.1.1 Tři hlavní směry rehabilitace**

Pod pojem psychiatrické rehabilitace lze zařadit mnoho přístupů. Pro naše účely postačí, když uvedu tři hlavní směry nazývající se dle místa svého vzniku.

Prvním z nich je Bostonský směr, jehož představitelem je W. Anthony. Soustřeďuje se na rozvoj schopností klienta a velký význam klade na učení, klient je v tomto směru žákem. Důležitým pojmem je zde koncept připravenosti k rehabilitaci tzv. readiness (Anthony in Probstová, Pěč, 2014, s. 197).

Druhý směr vznikl v Los Angeles a reprezentuje ho R. P. Liberman. Věnuje se detailně tréninku sociálních dovedností klienta a získávání strategií na řešení problémů (Liberman in Probstová, Pěč, 2014, s. 197).

---

<sup>6</sup> Metodu psychiatrické (psychosociální) rehabilitace využívají i ve sdružení Eset-Help, kde pomáhají lidem se závažným duševním onemocněním. Klienti tohoto sdružení jsou většinou dlouhodobě duševně nemocní lidé, kteří již mají za sebou delší psychiatrickou kariéru. *„Součástí procesu rehabilitace je stanovování cílů, čemuž předchází zjišťování potřeb, silných a slabých stránek, zdrojů klienta“* (Bajer, 2008, s. 7). Na základě vyhodnocení se následně stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle, kterých chceme dosáhnout. Vyhodnocení cílů se realizuje v rámci každé služby - bydlení, práce, volný čas. Sdružení nabízí programy tréninkového chráněného bydlení, přechodné a podporované zaměstnávání, centrum denních aktivit atd. *„ S každým klientem plánujeme, co by chtěl změnit, co by se měl naučit. Vždy vycházíme z jeho potřeb“* (Bajer, 2008, s. 7). Cílem služeb není klienta terapeutizovat, ale zaměřit se na konkrétní změnu, na cíl kterého chce klient dosáhnout. Služby jsou komunitní, což znamená, že sdružení se snaží naučit klienty využívat zdroje komunity, aby si dokázali poradit v každodenním životě sami i bez pomoci sociální služby. Snaží se klienty motivovat k tomu, aby problémy řešili hlavně s pomocí vlastních zdrojů (Bajer, 2008, s. 7-8).

Třetím modelem je Britský model, který je založen na vytvořeném systému péče a na úpravě prostředí. Jeho hlavními představiteli jsou G. Shepherd a D. Bennet (Watts a Bennett in Probstová, Pěč, 2014, s. 197).

Weeghel shrnuje roli klienta v každém přístupu. V Anthonyho přístupu je dle něj klient uvědoměným studentem, v Libermanově pojetí má pak klient roli asertivního pacienta a v přístupu Shepherda a Benneta je podílejícím se konzumentem služeb (Weeghel in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 175).

Každá ze škol uvádí svůj postup při rehabilitaci. Ve své práci jej uvádím na příkladu Bostonské školy. U Bostonské školy začíná rehabilitační postup tzv. diagnostickou fází, kde je potřeba s klientem navázat důvěrný vztah. Součástí této fáze je již zmiňované vyšetření připravenosti, kdy zkoumáme indikátory připravenosti. Pokud je pacient připraven, zkoumáme jeho potřeby a stanovíme dlouhodobý rehabilitační cíl. Pracovník pak vytváří s klientem plán rozvoje jeho dovedností a stanoví osobu, která je zodpovědná za provádění intervencí pro dosažení požadovaného rozvoje.

#### Psychiatrická

#### rehabilitace

si postupně utvářela některé postupy v důležitých životních potřebách, jako je práce, bydlení, vzdělávání, volný čas. Je však třeba vždy zajistit komplexní postup u všech klientů (Probstová, Pěč, 2014, s. 197-198).

Psychiatrická rehabilitace je v současné době dostupná zhruba na třetině našeho území. Při nedostatečné přípravě nemocného však existuje riziko selhání pacienta, které je spojeno se zesílením jeho vnitřní stigmatizace. Jak již zmiňuji výše, Bostonská škola psychiatrické rehabilitace uvedla do praxe koncept připravenosti k rehabilitaci. Pokud je klient nedostatečně připraven, neznamená to, že je z léčby vyloučen, ale je veden tzv. vývojem připravenosti (readiness development). Záměrem při vývoji připravenosti je ovlivnit klientovu sebedůvěru, motivaci a naději ve změnu. Škola rozlišuje několik typů připravenosti, a to připravenost ke změně, dále připravenost zapojit se do určitého programu a připravenost pokračovat v rehabilitaci (Pěč, 2012, s. 128-129).

Typické pro připravenost klienta je to, že podléhá změnám v čase. Liší se i dle stávajícího ročního období. Připravenost se liší i dle toho, v jakém prostředí se klient nachází. Koncept připravenosti je důležitou pomůckou k indikaci pro psychiatrickou rehabilitaci (Pěč, 2012, s. 129-130).

### 3.1.2 Role sociálního pracovníka v rehabilitaci

Sociální pracovník je na rozdíl od dalších členů v týmu (psychiatr, zdravotní sestra, ergoterapeut, klinický psycholog) nejvíce v kontaktu se sociální sítí klienta a s jeho rodinou. O této oblasti také informuje ostatní členy týmu.

Mezi jeho hlavní úkoly patří:

- Poskytovat poradenství v sociálně právní oblasti.
- Pomáhá klientům v oblasti sociální, pracovní, využívat jejich volný čas.
- Zpravidla pracuje v roli případového vedoucího - jeho úkolem je vnímat klientovu životní situaci komplexně.
- Pracuje s klientem v jeho přirozeném prostředí.
- Spolupracuje s dalšími odborníky (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková in Pěč, Probstová, 2009, s. 131).

### 3.1.3 Psychoedukace a nácvik sociálních dovedností

Při rehabilitaci se využívá různých postupů. Ve všech případech rehabilitace je využívána psychoedukace a také nácvik sociálních dovedností, které bych chtěla čtenáři přiblížit.

Hlavním úkolem psychoedukace je poskytnout nemocným a také jejich rodině a příbuzným informace o povaze nemoci a o tom, jaké jsou dostupné možnosti léčby této nemoci. *„Psychoedukace je založena na modelu vulnerability a stresu, zohledňuje výsledky výzkumů s emoční expresivitou, zdůrazňuje spolupráci s rodinou, podává informace o nemoci a její léčbě, zdůrazňuje nezbytnost užívání medikace, monitorování příznaků relapsu, snaží se odbourat nedorozumění, předsudky, pocity viny a učí rodiny méně stresujícím a konstruktivním způsobem řešit problémy“* (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 60).

Cílem psychoedukace je podpořit nezávislost pacienta a zvýšit jeho sebekontrolu. Pacient by měl pochopit své prožívání a rozumět tomu, co se s ním děje. Pro pacienta je důležité vědět, že své obavy může někomu sdělit, lépe pak snáší svou nemoc. Dle autorů je ideální využít skupinové psychoedukace, a to zvláště pro pacienty a zvláště pro jejich příbuzné (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 60).

Nedílnou součástí vyhodnocení stavu nemocného by mělo být i zhodnocení již výše zmíněné emoční expresivity, kdy se zhodnocuje způsob komunikace v rodině a také rozložení rolí jednotlivých členů v domácnosti nemocného. V rodinách, kde je vysoká emoční expresivita, bylo prokázáno vyšší množství recidiv u nemocného. Mezi negativní rodinné interakce patří kritika pacienta, dále hostilita k pacientovi a také nadměrná spoluzodpovědnost za pacienta (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 60).

Pro rodinu nemocného je nabídka v programu psychoedukace důležitou známkou toho, že na péči o nemocného nezůstanou sami (Motlová in Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 60).

Při nácviku sociálních dovedností se klade význam především na to, aby pacient porozuměl sociálním a komunikačním signálům. Lieberman (1989) vypracoval komplexní program nácviku sociálních dovedností, kde se postupuje od jednoduššího ke složitějšímu. Mezi základní dovednosti, které se nacvičují, patří dovednosti, jako je vnímání situace, neverbální komunikace, empatie atd. Dále zde řadí nácvik pozitivní aserce, kde je důležité naučit se druhého pochválit, ocenit atd. V neposlední řadě sem spadá nácvik dovedností, jak najít kompromis při řešení obtížných situací. Patří sem také přímý nácvik řešení problémů. Dále se klienti učí navázat a udržet rozhovor, projevovat své emoce pro okolí přiměřeným způsobem, sebekprosadit se (Lieberman in Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 60-61).

### **3.2 Případové vedení (case management)**

Mezi další metody práce, které lze využít při práci s duševně nemocnými jedinci, patří metoda případového vedení. Snaha o deinstitucionalizaci umožňuje pracovat s klienty na základě jejich individuálních potřeb. Je třeba zajistit, aby po odchodu klienta z nemocnice byly navazující služby propojené a logicky na sebe navazovaly, což nám umožňuje právě technika případového vedení.

Rozlišujeme několik forem případového vedení:

- Klinické případové vedení - sociální pracovník vytváří s klientem dlouhodobý vztah. Sám sociální pracovník poskytuje klientovi služby, jako je nácvik dovedností, a pomáhá klientovi při zvládnutí jeho každodenních problémů.
- Sociální případové vedení - u této formy se klade velký důraz na podporu sociální sítě klienta. Spočívá hlavně ve spolupráci s klientovou rodinou.

- Další formou je tzv. ACT - assertive community treatment (Probstová in Matoušek, 2010, s. 140-141).

Při navazování vztahu s klientem potřebuje případový manažer dostatek času, aby mohl poznat potřeby klienta. Dle konkrétní situace se rozhoduje, jakou formu případového vedení u klienta zvolí. Velmi důležité je také přehodnocování dosavadního postupu. Sociální pracovník se neustále rozhoduje, kdy klienta podporovat a pomáhat mu (čímž zvyšuje jeho závislost) a kdy je čas nechat klienta být. „*Případový manažer musí dobře znát historii, současnou situaci klienta, situaci jeho okolí, životní podmínky i komunitní zdroje*“ (Probstová in Matoušek, 2010, s. 141). Jen na základě těchto znalostí může převést přání klienta do formy zdravotně sociálních potřeb a společně se mohou snažit o jejich naplnění.

Stuchlík definuje case management jako „*specifickou práci s lidmi, kteří jsou vážně duševně nemocní. Metoda práce spočívá v tom, že klient má svého case managera, což je trochu něco jiného než klíčový pracovník. Klíčovým pracovníkem se obvykle označuje ten, kdo pracuje v rámci nějaké služby a má na starosti přesahy, kam klient přejde*“ (Stuchlík, 2008, s. 36).

Case management neboli případové vedení má pomáhat lepší koordinaci při poskytování služeb. Případový manažer koordinuje péči o pacienta na základě jeho individuálních potřeb. Poskytuje mu i podporu v jeho přirozeném prostředí (Probstová, Pěč, 2014, s. 193).

Počátky případového vedení se objevují v 70. letech v USA, odkud se postupně šíří do Velké Británie a dalších vyspělých zemí. Postupně vznikaly různé formy případového vedení. Existuje tzv. brokerský model, kdy případový vedoucí má na starosti zhruba 40 pacientů a zprostředkovává jim služby. Sám jim však péči neposkytuje. Jako více účinný model se ukázalo klinické případové vedení, kdy se manager stará zhruba o 10-20 klientů. Dalšími formami může být intenzivní případové vedení, kde se klade velký důraz na psychosociální intervence atd. Probstová a Pěč pak uvádí jako zvláštní formu případového vedení i asertivní komunitní léčbu (Probstová, Pěč, 2014, s. 194).

Všechny formy případového vedení mají společný postup, kdy je důležité na začátku spolupráce získat ucelený přehled o potřebách a schopnostech klienta, poté následuje plánování péče, monitorují se dosažené výsledky a společně se vyhodnocují. Je nutné se vždy zaměřit na zdravé stránky klienta, využívat jeho zdrojů a jeho sociální síť (Stuchlík in Probstová, Pěč, 2014, s. 197-198).

Dělení case managementu v literatuře není jednotné. Rozhodla jsem se, že pro můj účel, kterým je nastínění možností, jak se může sociální pracovník při práci s dlouhodobě duševně nemocnými klienty uplatnit, postačí, když zde detailně uvedu modely case managementu, kterými je klinické případové vedení a asertivní komunitní léčba.

Pro ACT jsem se rozhodla z toho důvodu, že studie ukazují, že je efektivní variantou. Tento model byl zařazen mezi tzv. intervence založené na důkazech (evidence-based). Další intervence založené na důkazech jsou zvládání nemoci a zotavení (zmiňuji se o recovery v první kapitole), individuální umístění a podpora, psychoedukace a podpora členů rodiny a integrovaná léčba klientů s duální diagnózou (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 24-27).

### **3.2.1 Klinické případové vedení**

V tomto modelu case manažeři poskytují sami část služeb, z toho důvodu je také počet klientů, o které se stará jeden case manager, nižší. Case manager také klientovi zprostředkovává další služby, je zde nutná týmová spolupráce. „*Case manager pracuje s klientem individuálně, ostatní členové týmu mu poskytují konzultace podle své odbornosti, zpětnou vazbu a podporu. Týmové uspořádání také umožňuje vzájemnou zastupitelnost*“ (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 143).

Někdy je tato metoda také nazývána intenzivní case management, což zdůrazňuje podporu klienta v jeho síti.

### **3.2.2 Asertivní komunitní léčba**

Jedním z typů případového vedení je ACT- assertive community treatment - tzv. asertivní komunitní léčba. Tým bývá sestaven z více odborníků včetně psychiatra. Charakteristickým znakem pro tento typ léčby je sdílení péče o pacienta celým týmem,



jsou zde typické četné kontakty s klientem. Tým vyhledává pacienty v jejich přirozeném prostředí. Tato léčba je vhodná zejména pro pacienty, u kterých se objeví vysoké riziko hospitalizace či pro ty, kteří obtížně spolupracují s jinými službami. Dalším typickým znakem ACT je nepřetržitá služba týmu (Lehman a kol. in Probstová, Pěč, 2014, s. 197-198).

Cílovou skupinou ACT jsou klienti, kteří propadávají sítím služeb, neužívají předepsané léky a nedochází pravidelně k lékaři. Často se jedná o klienty, u nichž je při propuštění z hospitalizace malá pravděpodobnost pravidelné spolupráce. Mají časté obtíže v sociální oblasti a jsou často rehospitalizováni (Burns a Firn in Probstová, Pěč, 2014, s. 194-195).

Práce týmu začíná zaangažováním klienta pro léčbu - tzv. engagement. Pracovníci kontaktují klienty přímo v jejich bydlišti a snaží se s nimi navázat důvěrný vztah. Často se tak děje při řešení jiných obtíží klienta, např. při přiznání sociálních dávek, na které má klient nárok. Pokud se podaří nastolit spolupráci s klientem, je možné zjišťovat jeho další potřeby a vytvořit plán jejich řešení (Burns a Firn in Probstová, Pěč, 2014, s. 195).

ACT je nejčastějším typem formy případového vedení, který je vyhodnocován. Dle provedených studií je zřejmé, že snižuje délku hospitalizace, taktéž frekvenci přijetí k hospitalizaci a pomáhá stabilizovat pacienty zejména v oblasti bydlení. Pacienti jsou celkově spokojenější se svým životem. Neposledním ukazatelem je i efektivnost tohoto typu léčby z ekonomického hlediska (Burns a Firn in Probstová, Pěč, 2014, s. 195-196). Model ACT je určen pro klienty s nejméně závažnými problémy. Bývá označován jako „*nemocnice beze zdí*“ (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 143).

### **3.2.3 Hlavní zásady case managementu a jeho fáze**

Následující zásady případové práce<sup>7</sup> uvádí van Weeghel:

---

<sup>7</sup> Ráda bych na tomto místě uvedla příklad organizací, které se v ČR metodou případového vedení snaží pracovat. Jedná se o občanské sdružení Fokus Praha nebo Práh Brno (Probstová in Matoušek, 2010, s. 141-142). „*Fokus Praha se zaměřuje na boj proti sociálnímu vyloučení duševně nemocných a realizuje služby pro jejich sociální začlenění*“ (Bajer, 2008, s. 4). Základním východiskem pro spolupráci s klientem je civilní a přátelské prostředí služby, které u klientů vyvolává důvěru. Fokus poskytuje celé spektrum aktivit, mezi něž patří služby psychosociální rehabilitace (zahrnuje pracovní rehabilitaci a zaměstnávání), v oblasti bydlení poskytují jak chráněné, tak podporované bydlení, provozuje taktéž tři centra denních aktivit, různé druhy psychoterapie a další služby. Celý systém je založen na práci tzv. regionálních terénních týmů (jsou celkem čtyři). V těchto týmech pracuje pět až sedm sociálních pracovníků, kteří poskytují jak služby poradenské, tak pracují s klienty dlouhodobě jako jejich klíčoví pracovníci (koordinátoři péče). Klíčový pracovník řeší krizové situace, spolupracuje s rodinou a pomáhá při zajištění další podpory a péče, je průvodcem v celém procesu rehabilitace. Podpůrné zásahy

- Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii.
- Podstatný vztah klienta a case managera.
- Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí.
- Asertivita intervencí.
- Terapeutický optimismus.
- Komunita je zdrojem podpory (Weeghel, podle Stuchlík in Pěč, Probstová 2009, s. 146-147).

Vytváření týmů, které poskytují case management, se stalo v řadě zemí klíčovým okamžikem při transformaci péče o duševně nemocné. To, jaká je kvalita case managementu, ovlivňuje celý systém péče o tuto cílovou skupinu (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 151-152).

### 3.3 Psychoterapie

Významnou součástí léčby lidí s duševním onemocněním je také psychoterapie. Při psychoterapii je důležité brát ohled na obavy a úzkosti pacientů, je nutné přizpůsobit se jejich tempu. Psychoterapie podporuje nemocného, aby lépe porozuměl sám sobě a příznakům své nemoci. Pomáhá mu jeho nemoc lépe zvládat a zlepšit jeho sociální dovednosti (Vágnerová, 2012, s. 365).

Základní psychoterapií je rozhovor v rámci terapeutického vztahu, který probíhá mezi pacientem a lékařem či jiným odborným pracovníkem. *„Rozhovor se týká nejen léků a příznaků, ale i dalších problémů, které pacient má a v nichž potřebuje porozumění, podporu a vedení k samostatnosti“* (Kalina, 2001, s. 86).

---

sociálních pracovníků se snaží minimalizovat či alespoň oddálit relaps klienta a jeho důsledky (Bajer, 2008, s. 4).

Výhodou komunitních týmů je, že se nespecializují jen na jednu životní oblast klienta, ale naopak sledují životní situaci klienta komplexně. Dle zkušeností této organizace jsou nejvhodnější přístupy, které jsou komplexní a které se zabývají všemi oblastmi potřeb, jelikož duševní onemocnění zasahuje destruktivně do celého života nemocných. *„Velmi důležitým aspektem psychosociální rehabilitace je hledání perspektiv, jak žít kvalitní život, navzdory nemoci“* (Bajer, 2008, s. 5).

Ve sdružení používají různé metody sociální práce. Metody se snaží přizpůsobovat jednotlivým klientům. Využívají rehabilitační diagnostiku, individuální a protikrizové plánování, psychoedukaci (vzdělávání samotných uživatelů a jejich rodinných příslušníků), krizovou intervenci, nácvik praktických dovedností. V rámci sociálního a psychosociálního poradenství se řeší krátkodobé a dílčí problémy klienta. Pokud klient potřebuje dlouhodobou podporu, využívá se práce klíčového pracovníka. Stěžejními principy organizace jsou princip dobrovolnosti, individuální přístup ke klientovi a pozitivní zaměření na silné stránky klienta a budoucnost (Bajer, 2008, s. 5-6).

Psychoterapeutický pohovor může být veden aktivně nebo pasivně. Aktivní pohovor probíhá tak, že se lékař nebo psycholog ptá klienta na jeho dětství, na jeho vztahy k rodičům a sourozencům, na vážné události, které na něj zapůsobily. Zjišťuje klientovu spokojenost v pracovní sféře, v citových vztazích a sexuálním životě. Mapuje jeho životní styl, jeho plány a cíle do budoucna. Na závěr odborník hodnotí zkušenosti a problémy klienta, radí mu, co by měl změnit, jak může dosáhnout lepší vyrovnanosti a celkového štěstí. U pasivního pohovoru pacient hovoří sám a psychoterapeut mu naslouchá. Terapeut jen vyjadřuje pochopení, klientovi neradí, čeká, zda klient dospěje k vlastnímu řešení sám (Kratochvíl, 2006, s. 35-36).

Psychoterapie využívá různé prostředky, díky nimž člověk poznává sám sebe, naučí se vyjadřovat svoje přání a pocity, domluvit se s ostatními lidmi. Jak již zmiňuji výše, základním prostředkem psychoterapie je rozhovor s druhým člověkem či s více lidmi. V rozhovoru člověk zjišťuje, jaký je, jaké jsou jeho nedostatky, jaké má ve svém životě možnosti, učí se rozumět sám sobě i ostatním. Psychoterapie využívá i neverbální způsoby vyjadřování a komunikace, mezi které můžeme zařadit arteterapii (výtvarné projevy), muzikoterapii (hudba a zvuky), projevy těla, mimiky, gest (psychogymnastika, pohybová terapie). Tyto neverbální metody umožňují pacientům lépe pracovat se svým tělem a smysly a lépe porozumět projevům a citům druhých lidí (Kalina, 2001, s. 86-87).

*„Některé psychoterapie se zaměřují na poznání a změnu chování a zahrnují např. nácvik dovedností, plánování a dosahování malých cílů v každodenním životě, posílení schopnosti zvládat příznaky atd.“ (Kalina, 2001, s. 87).*

Dle Höschla nejsou účinky psychofarmakologie a psychoterapie shodné. Psychoterapie dle něj není vhodná pro každého pacienta. Existují pacienti, kteří nejsou ochotní pracovat na sobě, vyvinout úsilí, které psychoterapie vyžaduje. *„Chtějí být spíše pasivním objektem nějakého zákroku, jenž by jim zázračně pomohl“ (Höschl in Janíček, 2004, s. 102).* Pracovat na sobě vyžaduje od pacienta úsilí a motivaci. Psychické obtíže jsou však často spojeny s komplikovanými životními situacemi, které braní léků nemůže vyřešit. Zde je velmi vhodná psychoterapie, která může pomoci ke změně postoje nemocného. Psychoterapie má tedy potenciál v tomto ohledu při pomoci řešení obtížných životních problémů a situací (Höschl in Janíček, 2004, s. 102).

Existují studie prokazující, že když se farmakoterapie doplní cílenou psychoterapií, je její efekt trvalejší a zvyšuje se odolnost vůči onemocnění. Trvalý efekt ovšem v určitých případech zajišťují léky, které pacient užívá, i když je bez příznaků.

Pacient užívá léky i v remisi, aby se jeho onemocnění opět nevrátilo. U některých poruch, jako je delirium či akutní schizofrenie s halucinacemi a bludy, jsou na prvním místě léky a psychoterapie může pomoci jen v určitých fázích onemocnění. Někdy může v akutním stavu onemocnění pacientovi naopak ublížit a být kontraproduktivní. U jiných poruch (např. obsedantně kompulzivní porucha či úzkostné poruchy) je naopak vhodnější psychoterapie. Farmakoterapie a psychoterapie by se měly doplňovat (Höschl in Janíček, 2004, s. 103-104).

### **Vzdělání psychoterapeuta a návaznost mezi psychoterapií a rehabilitací**

Odborní pracovníci musí mít potřebné znalosti a dovednosti, jakým způsobem mají psychoterapeutický rozhovor vést. Psychoterapie je tedy náročná na zvláštní vzdělání odborníků. Psychoterapie napomáhá zdravějšímu vývoji osobnosti člověka a snaží se podporovat zralejší způsoby, díky nimž se člověk vyrovnává s životními obtížemi (Kalina, 2001, s. 86).

*„Účinnost psychoterapie byla a je nepochybná. Pochybná je ale často její praxe. Ve zdravotnictví je vzdělávání v psychoterapii i její praktické provádění vymezeno a formálně relativně bez problémů. Mimo zdravotnictví je ovšem pole legislativně neorané a mezi šamany a zaříkávači tam kromě psychologů psychoterapii na živnostenský list nabízejí i psychiatři“* (Koblic, 2012, s. 134). Dle autora je nezbytné psychoterapeutickou pomoc mimo zdravotnictví vymežit (Koblic, 2012, s. 135).

Jak uvádí Pěč a Probstová (2008), je nutné propojit a zajistit návaznost mezi psychoterapií a rehabilitací. Pracovníci rehabilitace nemusí provádět psychoterapii, ale využívat její poznatky a dovednosti z ní pro navázání a udržení pracovní aliance s jejich klienty (Pěč, Probstová, 2009, s. 9-10).

V rozhovoru s nemocným lze zmírnit jeho napětí a posílit jeho naději. Důležité je dát pacientovi najevo, že mu nasloucháme, nechat ho mluvit o svých pocitech a obtížích. Když se pacientovi podaří někomu sdělit své pocity, dojde u něj k pocitu uvolnění, což má samo o sobě léčivou funkci (Höschl, 1997, s. 102).

Provedené výzkumy a studie se liší ve svých výsledcích, ověření účinnosti psychoterapie je často velmi komplikované. Mezi směry u kterých je relativně dobře

ověřena účinnost, patří kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT),<sup>8</sup> dále také behaviorální a interpersonální psychoterapie. Dle posledních výzkumů se zdá, že kognitivní terapie či kognitivně behaviorální terapie absolvovaná v akutní fázi léčby snižuje počet relapsů u depresivní poruchy, a to v dalším roce až dvou oproti pacientům, kteří podstoupili jen léčbu farmakoterapií (Evans et. al., Praško et al., in Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 79).

### 3.4 Týmová práce

„Multidisciplinární tým je založen na myšlence spolupráce specialistů a koordinace postupu“ (Probstová in Matoušek, 2010, s. 143). Jednotlivé profese vnášejí do týmu své specifické dovednosti. Nezbytná je jejich spolupráce s dalšími institucemi a se sociální sítí klienta. Sociální pracovník je kvalifikován zejména pro práci s lidskými vztahy

a s životními podmínkami klienta, které mu mohou způsobovat problémy. Sociální pracovník pracuje s jednotlivcem, s jeho rodinou a širším okolím (Probstová in Matoušek, 2010, s. 143).

Práce kvalifikovaného sociálního pracovníka je v rámci multidisciplinárního týmu nezastupitelná. Klienti s psychickými problémy potřebují od sociálního pracovníka obvykle konkrétně cílenou pomoc, např. pomoc v oblasti občanského, pracovního či rodinného práva. Dlouhodobě duševně nemocní jedinci vyžadují komplexní zdravotně-sociální péči, protože jejich nemoc jim brání v běžném fungování ve více oblastech jejich života. Komunitní péče by měla být zaměřena na potřeby konkrétních lidí, což vyžaduje týmovou spolupráci již zmíněné zdravotní a sociální sféry. Rovněž

---

<sup>8</sup> Kognitivně behaviorální terapie patří dle mého pohledu mezi přístupy, kde je možné, aby mnohé techniky využil při práci s klientem i samotný sociální pracovník. Základy kognitivně behaviorální terapie jsou součástí osnov na některých vyšších odborných školách či vysokých školách v oborech sociální práce. Zde se studenti dozví o základních technikách tohoto přístupu, které je možné při práci s klienty využít. Je však nutné, aby se sociální pracovník více o tyto techniky zajímal a nastudoval si je podrobněji či absolvoval kurz.

KBT je časově omezená, obvykle se provádí 15-20 terapeutických sezení. Zpočátku se terapeut s pacientem setkává dvakrát týdně, poté se frekvence snižuje na setkání jednou za týden. „Mezi základní postupy v KBT patří edukace o povaze deprese a její léčbě, postupné zvyšování aktivity, kognitivní restrukturalizace, řešení problémů v životě klienta, nácvik komunikace a příprava na budoucnost a prevence relapsů“ (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 83).

Terapeut využívá techniku sokratovského rozhovoru a pomocí dotazování vede pacienta k tomu, aby byl schopen poznat logické chyby ve svém myšlení a uvědomil si, jaký vliv má jeho myšlení na jeho chování a celkovou náladu. Součástí terapie je plánování času, při němž dochází ke strukturalizaci pacientova dne a jeho postupné aktivizaci. Součástí terapie je i zadávání úkolů, které pacient samostatně plní (Možný a Praško in Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 83).

uživatelé péče by měli být vnímáni jako rovnocenní partneři (Probstová in Matoušek, 2010, s. 133-134).

Týmovou spoluprací ovlivňuje zejména ochota členů týmu spolupracovat. Vedoucí týmu musí umět koordinovat všechny aktivity tak, aby maximálně prospívaly klientovi. V ČR jsou obvykle členy týmu sociální pracovník, psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra a popřípadě i ergoterapeut. Týmová práce se v ČR nejvíce rozvíjí zejména v denních sanatoriích (Probstová in Matoušek, 2010, s. 143).

### **3.5 Shrnutí**

V této kapitole se zabývám možnostmi uplatnění sociálního pracovníka v rámci komunitní péče o duševně nemocné osoby. Představuji zde koncept psychiatrické rehabilitace, jejímž posláním je pomoci lidem fungovat ve svém přirozeném prostředí. Mezi významné oblasti rehabilitace patří zejména oblast práce, bydlení, vzdělávání a sociálních kontaktů. Představuji tři hlavní směry psychiatrické rehabilitace, kterými jsou Bostonský směr, Losangeleský směr a Britský model. Tyto směry se liší zejména v tom, jakým způsobem pojmají klienta. V Bostonském směru je klient vnímán jako uvědomělý student, v Losangeleském pojetí vystupuje klient v roli asertivního pacienta a v Britském modelu je klient chápán jako konzument služeb, který se na nich podílí.

Popisují zde také role sociálního pracovníka v rámci psychiatrické rehabilitace. Dle mého názoru, je nejdůležitější rolí sociálního pracovníka vnímání klientovy životní situace komplexně, protože nikdo z dalších odborníků takto nečiní. Sociální pracovník se tedy musí zajímat o všechny aspekty klientova života a měl by mu umět poradit a odkázat ho na vhodnou pomoc. Jeho stěžejním úkolem je také kontakt se sociální sítí klienta, s jeho okolím a rodinou.

Zmiňuji zde také metodu psychoedukace a nácviku sociálních dovedností, protože obě patří mezi zásadní metody, které se při rehabilitaci využívají. Psychoedukace usiluje o to, aby pacient pochopil, co se s ním děje, což zvyšuje jeho sebekontrolu. Je velmi významná také pro rodinu pacienta a jeho příbuzné. Dobrá psychoedukace může dle mého názoru klientovi pomoci předvídat a rozpoznat, že se jeho nemoc vrací, pomáhá mu orientovat se v sobě samém a zvládat nemoc. Při práci s rodinou klienta může dobrá psychoedukace pomoci předcházet zbytečným konfliktům na základě vzájemných nepochopení.

V další podkapitole představuji metodu případového vedení. Případový vedoucí neboli case manager je klientův průvodce, který mu pomáhá orientovat se v systému jeho léčby a koordinuje jeho léčbu na základě dostupných služeb. Rozvádím zde dva možné způsoby případového vedení, kterými je klinické případové vedení a asertivní komunitní léčba. V rámci metody případového vedení je dle mého mínění velmi důležité, jaký vztah má case manager se svým klientem. Je také podstatné, aby byl case manager schopen postavit svou intervenci na silných stránkách klienta a na základě jeho předpokladů. K tomu je nutné, aby důkladně provedl posouzení životní situace klienta.

Mně osobně přijde velmi vhodné využívat metody klinického případového vedení, kdy si pracovník vytváří s klientem dlouhodobý vztah. Myslím si, že pro klienta je důležité mít někoho, na koho se může obrátit se svými problémy.

V kapitole o psychoterapii je mým úsilím nastínit možnosti využívání prvků psychoterapie i sociálním pracovníkem. Kapitola Týmová práce pak informuje čtenáře o postavení sociálního pracovníka v rámci týmu.

## 4 Současná podoba péče v ČR a nutnost její transformace

Názory odborníků, ale i samotných nemocných a jejich rodin, na to, jak by měla péče o lidi s duševním onemocněním v budoucnu vypadat, se liší. Ti, kteří poskytují péči v psychiatrických léčebnách, se přiklání k institucionální podobě péče. Jiní si přejí, aby převážil systém, který bude založený na poskytování jak zdravotních, tak sociálních služeb v domácím prostředí klientů. Všichni se ovšem shodují na tom, že v této oblasti Česká republika zaostává a že transformaci celého systému péče již nelze odkládat (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 105).

Jedním z hlavních úkolů je také změna celkového postoje veřejnosti k duševně nemocným lidem. Mnoho mezinárodních organizací, ale i institucí u nás, kritizuje diskriminaci lidí s duševním onemocněním. Péče je jim poskytována převážně v zastaralých psychiatrických léčebnách, na většině našeho území je nedostatek sociálních služeb, rodiče nemocných mají obavy o jejich budoucnost. V oblasti péče o duševně nemocné se objevuje celá řada problémů. Ambulantní psychiatrii mají nedostatečné kapacity, na jednoho pacienta mají průměrně čas deset minut jednou za měsíc. Psychoterapie je pro většinu klientů z finančních či jiných důvodů nedostupná. Jak již jsem výše psala, chybí u nás dostatečná síť sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Chybí krizová centra, denní stacionáře, komunitní týmy, možnosti pro využití chráněného a tréninkového bydlení či zaměstnání (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 106).

O tom, že je nutné psychiatrickou péči v ČR transformovat, se hovoří již od revoluce, ale žádná větší odezva se do této doby neuskutečnila. Několik odborníků, zejména psychiatrů, kteří byli přesvědčení o tom, že se péče musí ubírat směrem ke komunitním službám, si založilo vlastní centra, kde služby poskytují. Některé služby poskytují neziskové organizace, je jich ovšem stále nedostatek a pro většinu klientů jsou nedostupné. Pro rozvoj těchto služeb nebyly vytvořeny vhodné podmínky, chybí jim pro to finanční zajištění. Přitom je zřejmé, že tato péče má odezvy. Pokud se pracuje jak s klientem, tak s jeho rodinou, dochází k rychlejší údravě, předejde se nedobrovolným hospitalizacím, klienti mají snadnější návrat do života (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 106-7).



Problémem je také to, že v současném systému zdravotní péče nemá nikdo povinnost nemocného po propuštění z hospitalizace kontaktovat a sledovat, v jakém je stavu. Přitom je velmi pravděpodobné, že se jeho zdravotní stav bez kontaktu s odborníky zhorší. Často pak následuje nedobrovolná hospitalizace, která vede ke ztrátě kontaktů nemocného se světem. „*Tento cyklus nedobrovolných hospitalizací pak zhoršuje prognózu zotavení a vede odborníky ke skeptickému názoru na možnost vyléčení duševně nemocných*“ (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 106-7).

„*Rozvoj péče o duševní zdraví je zanedbán, podfinancován a opožděn*“ (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 108). Pokud se zaměříme na diagnostiku a farmakologickou část léčby, tak v tomto ohledu je ČR na srovnatelné úrovni s ostatními zeměmi. Pokud se však zaměříme na to, jak náš systém dokáže reagovat na potřeby této cílové skupiny, je zřejmé, že ČR v tomto ohledu zaostává za ostatními západoevropskými zeměmi. Reforma psychiatrické péče byla u nás vyhlášena až v roce 2012! Přístup ministerstva zdravotnictví změnila nejspíše až možnost získání dotací z EU. Představy o tom, jak by měl celý systém fungovat, se stále liší. Jádrem této reformy by však mělo být vytvoření sítě tzv. Center duševního zdraví. Centra by pak měla koordinovat ambulantní a terénní služby v daném regionu. Tato reforma je možností, jak změnit celý systém péče o duševně nemocné (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 108-109).

Dle Deklarace Mise pro duševní zdraví je převažující medicínský přístup při péči o vážně duševně nemocné právně napadnutelný, protože je v rozporu s Úmluvou OSN o právech duševních osob, která je od února 2010 součástí našeho právního řádu. „*V devatenáctém článku Úmluvy je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí*“ (Deklarace Mise pro duševní zdraví in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 110). Při léčbě v psychiatrické léčebně nemají pacienti možnost zapojení se do společnosti a nezávislého života. Jsou izolováni kvůli absenci jiných vhodných forem bydlení a péče. Ve zmiňovaném článku se hovoří i o tom, že tyto osoby mají mít přístup ke službám ve svém domácím prostředí (Deklarace Mise pro duševní zdraví in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 110-111).

Dle Höschla by měla být legitimním terapeutickým cílem kvalita života pacienta. Po odstranění příznaků by měla následovat psychoedukace a rehabilitace, které mohou přispět ke kvalitě života pacienta. „*Psychiatrie 21. století si začíná kvalitu života klást za terapeutický cíl*“ (Höschl in Janíček, 2004, s. 105). Jedná se zatím spíše o utopii, jelikož v našem systému chybí peníze. „*Z hlediska medicínského a etického je to legitimní cíl, ale z hlediska pragmatického a systémového, tak jak je nastaven náš zdravotní systém, rozhodně nikoli*“ (Höschl in Janíček, 2004, s. 105-106).

## **4.1 Strategie reformy psychiatrické péče**

V této kapitole uvádím základní informace týkající se zmiňovaného dokumentu. Píši i o záměrech a cílech, které si dokument klade za cíl dosáhnout. Zmiňuji události, které předcházely vzniku Strategie. Zabývám se i tím, jakým způsobem dokument definuje hlavní problém celého systému péče v ČR. Uvádím i čtyři pilíře, na kterých je Strategie založena.

### **4.1.1 Základní informace**

Strategii reformy psychiatrické péče vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR 8. října 2013. Dokument se připravoval v době od 2. srpna 2012 do 4. září 2013, kdy došlo k jeho schválení Pracovní skupinou. 7. října 2013 byl pak dokument schválen ministrem zdravotnictví ČR MUDr. Martinem Holcátem, MBA. Realizace Strategie je plánovaná v letech 2014-2023. Za její implementaci je odpovědná Strategická projektová kancelář MZČR. Strategie vznikala za kontextu nutné transformace stávajícího systému poskytování psychiatrické péče a stala se také výchozím a zásadním dokumentem pro tuto transformaci. „*Současný rigidní systém institucionální psychiatrické péče v ČR má těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální. V ČR je zřejmá absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízká míra koordinace jednotlivých složek péče*“ (Strategie reformy psychiatrické péče,<sup>9</sup> 2013, s. 7-8).

---

<sup>9</sup> Dále již odkazuji jen jako Strategie

#### 4.1.2 Záměr a cíle

Záměrem celého dokumentu je naplňovat lidská práva pacientů. Jeho cílem je pak zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Ráda bych zde uvedla i specifické cíle Strategie, mezi které patří:

1. *„Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.*
2. *Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.*
3. *Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.*
4. *Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.*
5. *Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).*
6. *Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.*
7. *Humanizovat psychiatrickou péči“ (Strategie, 2013, s. 9).*

Výše zmíněný cíl (zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním) bude naplňován celou řadou strategických cílů. Strategie uvádí celkem 8 oblastí práce, které budou určující pro jednotlivé aktivity, projekty atd. (Strategie, 2013, s. 28).

Níže uvádím jednotlivé oblasti:

1. Tvorba standardů a metodik.
2. Rozvoj sítě psychiatrické péče.
3. Humanizace psychiatrické sítě.
4. Destigmatizace a komunikace.
5. Vzdělání a výzkum.
6. Legislativní změny.
7. Udržitelné financování.
8. Meziresortní spolupráce.

Zmíněné oblasti práce jsou rozděleny do dvou fází, a to fáze 1- Iniclace a zajištění podmínek, která se plánuje v letech 2014 a 2015. Od roku 2016 pak nastupuje druhá fáze- Realizace a provoz, která trvá až do roku 2023 (Strategie, 2013, s. 29).

Kvalita života souvisí s naplňováním lidských práv duševně nemocných osob, z toho důvodu klade Strategie důraz na jejich naplňování a prosazování (Strategie, 2013, s. 28).

### 4.1.3 Předcházející události

V lednu 2005 se ČR v Helsinkách připojila k dokumentům, jejichž hlavním cílem je zlepšení duševního zdraví obyvatel a změny v poskytování psychiatrické péče. Tyto cíle jsou obsaženy v Deklaraci o duševním zdraví, v Akčním plánu duševního zdraví pro Evropu a také v Zelené knize Komise evropských společenství (Strategie, 2013, s. 10).

V roce 2007 vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP Národní psychiatrický program 2007. Spolupracoval při tom s regionální kanceláří WHO ČR. Přesto, že se ČR zavázala k naplňování cílů ve výše uvedených dokumentech, nerealizovala se až do této doby žádná aktivita, která by vedla k jejich naplnění (Strategie, 2013, s. 10).

Až v březnu roku 2013 byla schválena Reforma psychiatrické péče, a to jako součást Národního programu reforem 2013. Tým, který vytvořil Strategii reformy psychiatrické péče, ji pojímá jako výchozí bod a krok ke komplexní reformě, do které se musí nutně zapojit více aktérů, orgánů státní správy i územních samospráv. Strategie reformy byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty, které *„doporučují podpořit zejména rozvoj komunitní a semimurální péče, zvýšit roli primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice/léčebny a v neposlední řadě podporovat vzdělávání odborných pracovníků“*. (Strategie, 2013, s. 10). Podstatnou součástí reformy by měl být zejména posun k léčbě poskytované v přirozené komunitě (Strategie, 2013, s. 10-11).

Na tvorbě Strategie by se měli aktivním způsobem podílet všichni, kteří jí mohou být ovlivněni. Na základě tohoto požadavku také docházelo ke složení pracovní skupiny, která měla umožnit zejména komunikaci mezi všemi aktéry, kterých se týká oblast péče o duševní zdraví. (Jedná se zejména o poskytovatele, odborné společnosti, také neziskové organizace a orgány státní správy, zástupce zdravotních pojišťoven, ale také o uživatele péče, jejich rodiny a blízké.) (Strategie, 2013, s. 11-13).

### 4.1.4 Definice problému

ČR se řadí mezi země v EU, *„které dosud neměly žádný vládní program péče o duševní zdraví“* (Raboch, Wenigová in Strategie, 2013, s. 15). Obor psychiatrie je v naší zemi dlouhodobě podfinancován, podíl financí, který je vyčleněn na duševní

zdraví v rámci našeho zdravotnictví činí kolem 2,91%, přičemž u ostatních členských zemí EU se pohybuje v rozmezí mezi 5-10%! Psychiatrie je podfinancována i ve srovnání s jinými medicínskými obory a bojuje s nedostatkem zájmu, také z toho důvodu, že nevykazuje množství instrumentálních výkonů (Winkler in Strategie, 2013, s. 15).

Systém péče se v ČR podobá systému v zemích bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Podobnými rysy jsou nízké výdaje na obor psychiatrie a také soustředění léčby v psychiatrických léčebnách a nemocnicích (Strategie, 2013, s. 24-25).

V současné situaci se ovšem každý rok navyšuje počet pacientů, kteří vyhledávají psychiatrickou péči. Většina péče se nyní realizuje v psychiatrických ambulancích, od roku 2000 se počet realizovaných vyšetření navýšil o 38%. U dospělých pacientů došlo k nárůstu pacientů skoro o 60%, u dětí (0-19 let) došlo k nárůstu téměř o pětinu (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR in Strategie, 2013, s. 15-17).

Dlouhodobým trendem je nárůst počtu pacientů, přičemž ovšem nedochází ke zvýšení počtu lékařů, kteří péči poskytují. Vztah mezi pacientem a psychiatrem v ambulantní péči je dlouhodobý, je proto důležité, aby se lékař seznámil s pacientovým sociálním i vztahovým prostředím a měl možnost v rámci něj intervenovat. Náš systém úhrad ovšem nutí lékaře, aby ošetřili velký počet pacientů. Lékaři pak nemají dostatek prostoru a času na komunikaci s pacientem, na intervence v jeho vztahovém či sociálním prostředí či na psychoterapii (Raboch, Weingová in Strategie, 2013, s. 17).

Dalším problémem je nedostatečná nabídka psychoterapie ve většině našich regionů. Péče pak spočívá zejména ve psychofarmakoterapii, což zajistí biologickou stranu léčby, chybí zde ovšem další složky péče. Standardy moderní psychiatrické péče hovoří o bio-psycho-sociální péči a léčbě! Velkým problémem je také celková provázanost péče. Další nesnází pro nemocnice či léčebny je pak jejich velká spádová oblast a také chybějící alternativy k lůžkové péči. Materiální a technické vybavení nemocnic je zastaralé, chybí také kvalifikovaní zdravotníci, kteří by péči poskytovali (Raboch, Weingová in Strategie, 2013, s. 17-18).

Komunitní psychiatrickou péči se stále nedaří v ČR dostatečně rozvinout, perspektivou do budoucna je ovšem relativně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. V ČR funguje 21 denních stacionářů, většina z nich však vznikala do roku 1999, od roku 2000 téměř žádné nevznikají. Sociální programy, zabývající se podporou bydlení či zaměstnávání osob z této cílové skupiny, zabezpečuje

přibližně 30 neziskových organizací. Problémem je ovšem jejich nestabilní a limitovaný způsob financování (Raboch, Weingová in Strategie, 2013, s. 19).

Pokud by nedošlo k reformě stávajícího systému psychiatrické péče, předpokládá se prodloužení čekací doby spojené se snížením úrovně poskytované péče. Může pak docházet ke zhoršování obtíží pacientů, k navýšení nutných intervencí v dospělosti, pokud došlo k zanedbání péče již v dětství. Lze počítat také s chronifikací problémů pacienta, která povede ke zvýšení celkových nákladů na jeho následnou léčbu. Lze předpokládat i menší zájem o vzdělávání v tomto oboru (Strategie, 2013, s. 21-22).

#### **4.1.5 Pilíře Strategie a její implementace**

Mezi čtyři základní pilíře Strategie patří psychiatrické léčebny, centra duševního zdraví (dále jen CDZ), ambulance a psychiatrická oddělení nemocnic. Strategie dává celková obecná doporučení, která rozděluje na oblast organizace, financí, legislativy a edukace. Poté se zabývá jednotlivými pilíři, kde svá doporučení také rozčleňuje na zmíněné oblasti. Ráda bych zde zmínila některá z doporučení.

Ambulance poskytují primární psychiatrickou péči většině klientů a fungují jako taková vstupní brána do psychiatrické péče. Zabývají se koordinací celého systému. Strategie se zabývá i možností rozšíření ambulancí o nelékařské pracovníky, jako je psychiatrická sestra, adiktolog, terapeut či sociální pracovník. Důležitým krokem je také rozšíření spolupráce ambulancí s praktickými lékaři. Co se týká legislativy, důležitým krokem je vytvoření legislativy pro poskytování psychoterapie ve zdravotnictví (Strategie, 2013, s. 34-41).

Psychiatrická oddělení nemocnic poskytují akutní lůžkovou péči, kde je nutná hospitalizace bezprostředně po vzniku či zhoršení poruchy. Co se týká organizace tohoto pilíře, je nutné zejména navýšit počet kvalifikovaných pracovníků a přizpůsobit technické vybavení. Měly by také poskytovat specializovanou péči, a to v rámci krajských nemocnic. Strategie zde hovoří zejména o zajištění adiktologické léčby, dětské a dorostové psychiatrie, gerontopsychiatrické péči a léčbě poruch příjmu potravy. Doporučení v rámci edukace je podporovat psychoterapeutické vzdělání u veškerého zdravotnického personálu (Strategie, 2013, s. 34-44).

Centra duševního zdraví poskytují cílové skupině péči a služby v daném regionu. Detailněji se o nich zmiňují v kapitole 6.3, která se týká propojování zdravotních a sociálních služeb.

Psychiatrické léčebny či nemocnice pak poskytují kompletní psychiatrickou péči, a to těm pacientům, u kterých je nutná hospitalizace. Jejich zaměření směřuje k následné a specializované lůžkové péči. V rámci organizace Strategie doporučuje vybudování CDZ a denních stacionářů jako součást některých nemocnic. Léčebny a nemocnice by se měly zaměřovat na psychiatrickou rehabilitaci. Důležitým krokem je také vyřešení financování poskytování zdravotně-sociálních služeb (Strategie, 2013, s. 34-45). Jak je vidět, jednotlivá opatření se vždy navzájem ovlivňují.

Strategie se zabývá i celkovou implementací reformy. Stanovuje jednotlivé řídicí struktury, definuje role jednotlivých subjektů, jejich zodpovědnosti, rozhodovací pravomoci atd. V řídicí struktuře rozlišuje orgány s řídicí, výkonnou a kontrolní funkcí. Řídicí složka je zodpovědná za tvorbu a naplňování Strategie. Výkonná složka pak dohlíží na realizaci a provádění jednotlivých programů a projektů. Na každou oblast ze Strategie se pak zaměřují Pracovní skupiny, které připravují i návrhy možných řešení. Obsahem zodpovědnosti kontrolní úroveň jsou kontrolní činnosti, ať již ve vztahu k celkovému cíli, tak kontrola jednotlivých projektů a jejich kvality (Strategie, 2013, s. 48-50).

Implementace zavádí i hierarchickou strukturu plánu realizace aktivit. Rozlišuje tři fáze, a to:

1. Iniclace a zajištění podmínek plánovaná v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2015.
2. Realizace a provoz, který je plánovaný v období od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2023.
3. Vyhodnocení, která má probíhat na konci druhé fáze.

V každé oblasti pak Strategie uvádí jednotlivé projekty, které by měly proběhnout v konkrétní fázi, aby došlo k naplnění stanovených cílů (Strategie, 2013, s. 50).

## 4.2 Shrnutí

Jednotliví odborníci i Strategie se shodují na tom, že systém psychiatrické péče v ČR je zastaralý a jeho reforma je nutná. Péče je v současnosti poskytována zejména

v institucionálním prostředí, je ovšem třeba ji přiblížit blíže klientům, aby mohli setrvat ve svém přirozeném prostředí.

Strategie reformy psychiatrické péče je výchozím dokumentem reformy psychiatrické péče. Jejím záměrem je zejména naplňování lidských práv pacientů (k čemuž se ČR zavázala ve více dokumentech) a zvýšení kvality jejich života, čehož chce dosáhnout na základě sedmi dílčích cílů. Velkým problémem je podfinancování celého systému ve srovnání s ostatními zeměmi.

V posledních letech dochází k nárůstu pacientů, počty lékařů a ostatních pracovníků se však nenavyšují. Lékaři nemají dostatek prostoru a poskytovaná péče nerespektuje bio-psycho-sociální model péče. Pokud nedojde ke změně ve stávajícím systému, předpokládá se zhoršování obtíží pacientů a také zhoršení úrovně péče, což povede i k celkovému navýšování výdajů na následnou péči.



## 5 Metodologie výzkumu

V této kapitole mé bakalářské práce definuji výzkumný problém a cíl mého výzkumu. Dále popisuji zvolený typ výzkumné metody, kterým je kvalitativní výzkum a metoda obsahové analýzy dokumentů. Popisuji zde také, jak jsem postupovala při zpracování dat a jak jsem data analyzovala. Zmiňuji se i o limitech mého výzkumu.

### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

*„Původní výzkumná otázka je pro badatele směrnicí, která jej vede přímo k prozkoumání určité situace, místa konání událostí, dokumentů, aktérů nebo zpovídaných informátorů“* (Strauss, Corbin, 1999, s. 25).

**Cílem mojí práce je představit možnosti komunitní péče s lidmi s duševním onemocněním a zjistit, zda se jednotlivé prvky komunitní péče objevují ve Strategii reformy psychiatrické péče.** Cíl výzkumu je totožný s cílem bakalářské práce. Ve své práci se zaměřuji na představení hlavních možností komunitní péče s duševně nemocnými klienty, mezi které patří zejména psychiatrická rehabilitace a případové vedení. Zajímalo mě, zda se s těmito koncepty počítá i v rámci plánované reformy psychiatrické péče, a rozhodla jsem se proto analyzovat Strategii reformy psychiatrické péče. Motivací pro zpracování tohoto tématu bylo absolvování praxe v 1. ročníku v Domě Sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním, kde jsem se s touto cílovou skupinou setkala poprvé. Pracovala jsem také v centru sociální rehabilitace pro lidi s chronickým duševním onemocněním. V systému péče o tuto cílovou skupinu mi chyběla komplexnost péče o klienty. Taktéž pracovníci rehabilitace nespolečovali s dalšími možnými odborníky (s psychiatry a psychology atd.), komunitou i rodinou klienta. Péče nebyla dle mého názoru poskytována tak, aby pomohla co nejvíce zařazení klientů do běžného života. Z toho důvodu jsem se rozhodla pro již zmíněnou analýzu tohoto dokumentu.

### 5.2 Volba výzkumné metody – kvalitativní výzkum

*„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím“* (Disman, 2002, s. 285).

Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nového porozumění, nové teorie a nových hypotéz, které vyžadují co nejširší vhléd do daného problému, který zkoumáme. V rámci kvalitativního výzkumu zjišťujeme velké množství informací u velmi malého počtu dotazovaných jedinců. Výzkum využívá induktivní logiky, kdy na začátku výzkumník pozoruje a sbírá data, poté se v sebraných datech pokouší nalézat struktury a pravidelnosti, a zjišťuje jejich význam. Na základě významu pak formuluje závěry výzkumu či zjištěné nové hypotézy nebo teorie. Tento typ výzkumu má poměrně nízkou reliabilitu, zato má ovšem vysokou míru validity (Disman, 2002, s. 286-287).

*„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“* (Strauss, Corbin, 1999, s. 10). Dle zmíněných autorů je pojem „kvalitativní“ zavádějící, jelikož

si pod ním každý badatel představí něco jiného. Někdo využívá metody pozorování a rozhovoru, lze však využít i dokumenty, videokazety, knihy a další údaje, které byly původně shromážděny k jinému účelu (Strauss, Corbin, 1999, s. 10-11).

Existuje mnoho důvodů pro zvolení tohoto typu výzkumu, mezi ně patří zkušenost výzkumníka s tímto typem výzkumu. Důvodem může být i podstata zkoumané oblasti, mapování zkušeností člověka s nějakým jevem se více hodí pro tento typ výzkumu. Kvalitativní metoda nám může pomoci získat o zkoumaném jevu více informací a porozumět tedy zkoumanému jevu lépe, než by se nám podařilo kvantitativním způsobem (Strauss, Corbin, 1999, s. 10-11).

*„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“* (Miovský, 2006, s. 17).

Miovský uvádí, že v rámci kvalitativního výzkumu můžeme rozlišit minimálně pět základních druhů výzkumu. Ve své publikaci popisuje případovou studii, dále se zabývá analýzou dokumentů, kterou využívám ve své práci, kvalitativním experimentem a evaluací. V poslední řadě hovoří i o terénním výzkumu (Miovský, 2006, s. 92).

### 5.3 Technika sběru dat - analýza dokumentů

V této kapitole uvádím techniku sběru dat, kterou jsem ve svém výzkumu využila. Jedná se o analýzu dokumentů.

V širším pojetí se analýzou dokumentů myslí analýza jakéhokoli materiálu, který obsahuje informace relevantní cíli výzkumu. Můžeme sem zařadit široké spektrum materiálů od textu, přepisu rozhovoru, videa, malby, sošky atd. V užším pojetí při analýze dokumentů dochází k analyzování a zkoumání již existujícího materiálu. Účelem výzkumu je zpracovat materiál, který výzkumník vybírá a selektuje. Při tomto procesu má výzkumník nejmenší možnost ovlivnit charakter materiálu (Miovský, 2006, s. 98-100).

Nováková uvádí kritéria, pomocí nichž posuzujeme kvalitu a spolehlivost zdroje. Hodnotíme, o jaký druh dokumentu se jedná, jeho vnější znaky (vzhled, úprava, poškození atd.), dále vnitřní znaky dokumentu (stylistika, termíny, obraty). Zabýváme se intencí dokumentu - k čemu byly vytvořeny a za jakým účelem. Je důležité zabývat se i původem dokumentu (Nováková in Miovský, 2006, s. 101-102).

Součástí realizace analýzy je právě zmiňovaná identifikace dokumentů a způsob jejich získání.

### 5.4 Realizace a postup sběru a zpracování dat

Strategie reformy psychiatrické péče je volně přístupná na webových stránkách [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf). Dokument jsem si přečetla a získané informace jsem se snažila rozdělit do jednotlivých podkategorií pomocí kódování.

Kódování dat stojí obvykle na počátku procesu jejich zpracování. V rámci tohoto procesu převádíme prvotně získaná data do určitých segmentů či jednotek, s kterými pak dále pracujeme. Takto získané segmenty poté pojmenováváme a dále třídíme (Schwandt in Miovský, 2006, s. 210).

Pomocí kódování se mi začaly strukturovat jednotlivé podkategorie. V těchto podkategoriích jsem se poté snažila hledat prvky a principy komunitní péče, které jsem popisovala v teoretické části mé práce.

## 5.5 Limity výzkumu

V této kapitole bych ráda zmínila limity mého výzkumu, protože je podstatné o nich vědět, a myslet na ně, abychom se vyhnuli případnému zkreslení dat.

Standardizace je v kvalitativním výzkumu slabá, a proto má kvalitativní výzkum poměrně nízkou reliabilitu (Disman, 2002, s. 287). V tomto se liší od kvantitativního výzkumu. Kvalitativnímu výzkumu je také vytýkána subjektivita jeho výsledků, jelikož v průběhu analýzy jsou data redukována na určité kategorie, a jejich další hodnocení je subjektivní (Disman, 2002, s. 298-303). Jsem si vědoma, že můj výzkum může být ovlivněn subjektivním hodnocením zjištěných informací.

Mezi limity mého výzkumu patří zejména fakt, že každý autor udává jiné základní principy komunitní péče. Nebylo v mých možnostech obsáhnout veškeré principy, které jsou v odborné literatuře dostupné. To ovšem nebylo ani záměrem mé práce. Celý výzkum může být tedy limitován tím, že jsem mohla opomenout při analýze dokumentu některý z principů či prvků, který je typický pro komunitní péči.

Ke zkreslení celého výzkumu může také dojít na základě špatného porozumění psaného textu.

## 6 Analýza Strategie reformy psychiatrické péče

V této kapitole analyzuji jednotlivé specifické cíle a opatření Strategie reformy psychiatrické péče. Na základě těchto cílů chce Strategie naplnit hlavní cíl, kterým je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním, a také celkový záměr, který definuje jako naplňování lidských práv této cílové skupiny. Mou snahou bylo zjistit, zda se v cílech a opatřeních Strategie objevují prvky komunitní péče.

Při kódování textu se mi začaly strukturovat jednotlivé podkategorie, které jsem se snažila propojit s informacemi, o kterých píše v teoretické části mé práce. V dokumentu jsem identifikovala následující prvky komunitní péče.

### 6.1 Časová dostupnost služeb

Strategie se opírá o čtyři základní pilíře, kterými jsou ambulantní péče, centra duševního zdraví, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny. V každém pilíři pak navrhuje opatření, která jsou ovšem jen expertním odhadem a měla by sloužit zejména k další diskusi (Strategie 2013:34-35).

V oblasti, kde Strategie navrhuje, jak by měla vypadat organizace konkrétního pilíře, se zabývá i jeho dostupností. Navrhuje zde, jak by měly být služby dostupné.

U ambulantní péče navrhuje následující opatření. *„Zajistit rovnoměrné rozložení ambulantní péče v ČR. Je nutné zajistit dostatečnou síť psychiatrických a klinickopsychologických ambulancí s ohledem na hustotu populace a specifické postavení velkoměst“* (Strategie 2013:40).

U Center duševního zdraví navrhuje, aby byly jeho služby nepřetržitě dostupné. *„V režimu 24/7 (provoz 24 hodin 7 dní v týdnu, budou mít přímou regionální vazbu danou časovou dostupností a polohou“* (Strategie 2013:42). Strategie zde také zmiňuje, že CDZ by měla být dostupná veřejnou dopravou do 30 minut.

Strategie také hovoří o nepřetržité dostupnosti psychiatrických oddělení nemocnic. Zmiňuje zde, že oddělení mají fungovat *„v režimu 24/7 a dojezd by měl být do 60 minut veřejnou dopravou“* (Strategie 2013:44).

Nepřetržitě dostupné mají být i psychiatrické léčebny a nemocnice. Při jejich dostupnosti na základě rychlosti dojezdu pak rozlišuje mezi poskytovanou péčí.

Pro následnou péči mají být dostupné do 90 minut veřejnou dopravou a pro akutní péči do 60 minut. (Strategie 2013:45)

Z těchto navrhovaných opatření je patrné, že dokument zcela naplňuje princip komunitní péče tak, jak o něm hovoří Jarošová, která uvádí, že základní pomoc musí být klientům dostupná nepřetržitě 24 hodin (Jarošová, 2007, s. 99).

## 6.2 Nabídka dalších služeb

V rámci prvního cíle Strategie uvádí, že CDZ by měla poskytovat i psychoterapii, a to jak individuální, skupinovou, tak rodinnou. Psychoterapie má být poskytována v rámci denní péče v centru či stacionáři (Strategie 2013:41).

Höschl píše o tom, že v současné době existují studie prokazující, že když se farmakoterapie doplní s cílenou psychoterapií, je její efekt trvalejší a zvyšuje se odolnost vůči onemocnění. U některých poruch může psychoterapie pomoci jen v určitých fázích onemocnění, u jiných je vhodnější než užívání léků. Farmakologie a psychoterapie by se měly doplňovat (Höschl in Janíček, 2004, s. 103-104). V současné situaci je mnohdy psychoterapie pro mnohé z klientů nedostupná, přičemž je důležitou součástí léčby nemocného a může mu nemalým způsobem pomoci zvýšit kvalitu jeho života. Poskytování psychoterapie v rámci CDZ povede tedy k lepší dostupnosti služeb a péče o pacienta bude více komplexní.

Strategie počítá také se vznikem dalších specializovaných služeb, jako např. adiktologie, služby pro poruchy příjmu potravy, gerontopsychiatrie či dětské a dorostové psychiatrie při jednotlivých CDZ (Strategie, 2013, s. 41).

V rámci obecných doporučení Strategie navrhuje: *„Vybudovat komplexní koordinovaný systém (včetně přednemocniční neodkladné péče – záchranné služby) poskytovaní psychiatrické, zdravotní, klinickopsychologické a v návaznosti sociální péče pro všechny věkové kategorie obyvatel - děti, dorost, dospělí a senioři“* (Strategie, 2013, s. 36).

Na stejném místě také uvádí další opatření. *„Zajistit rovnoměrné rozložení psychiatrické, klinickopsychologické, dětské a dorostové, gerontopsychiatrické, adiktologické a sexuologické péče v ČR, včetně konsiliárních služeb pro zařízení poskytující zdravotní i sociální služby“* (Strategie, 2013, s. 36).

Na základě navrhovaných opatření je zřejmé, že změny mají vést zejména k tomu, že budou služby pro klienty více dostupné. Důležitým úkolem je pak jejich rovnoměrné

rozmístění. Z uvedeného mi vyplývá, že v těchto bodech Strategie naplňuje princip komunitní péče, který uvádí Jarošová. Dle ní musí být zdravotní i sociální služby pro klienty snadno dostupné a zajistit kontinuitu péče (Jarošová, 2007, s. 99).

### 6.3 Propojování zdravotní a sociální sféry

V prvním cíli (Zvýšit kvalitu péče systémovou změnou organizace jejího poskytování) Strategie reaguje na nedostatky v poskytování zdravotní péče, zejména pak na její malou provázanost se sociální péčí. Mezi zásadní opatření, které navrhuje, patří zejména vznik **Center duševního zdraví** (dále jen CDZ). Tyto centra by měla být novým pilířem při poskytování psychiatrické péče. *„Centrum duševního zdraví je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – Severe Mental Illness (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí“* (Strategie, 2013, s. 35).

Jak píše Kinkor, při komunitní péči jde zejména o takové uspořádání sociálních, zdravotních a ostatních služeb pro skupiny obyvatel, které se ocitly na okraji společnosti, tak, aby mohly setrvat ve své komunitě a žily nadále plnohodnotným životem (Kinkor in Matoušek, 2013, s. 267).

To, jakým způsobem jsou CDZ definována ve Strategii, odpovídá principu propojování sociálních a zdravotních složek, protože jejich primární snahou má být právě propojování poskytovaných služeb. O nutnosti propojení zdravotních a sociálních složek, jako o základním principu komunitní péče, píše Jarošová (2007, s. 99). Pěč také uvádí propojenost služeb mezi principy komunitní péče (Pěč in Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 213).

CDZ mají také podporovat klienty v jejich začleňování do společnosti. V tomto bodě tedy naplňují také princip maximálního sociálního začlenění, o kterém hovoří Pěč (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 514).

## **6.4 Edukace zdravotnických pracovníků a využívání konsiliárního týmu**

V rámci čtvrtého cíle (Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti) Strategie hovoří o nutnosti rozšíření vzdělávání lékařů a dalších pracovníků, čímž se může dosáhnout včasné léčby nemocného jedince a tedy i zlepšení kvality jeho života. Stěžejními opatřeními, která Strategie navrhuje, je edukace zdravotnických pracovníků a také využívání tzv. konsiliární psychiatrie (týmu) ve všeobecných nemocnicích, což může pomoci rozpoznat skrytou nemocnost i v rámci somatických oddělení (Strategie, 2013, s. 32).

Čím dříve je nemoc rozpoznána a diagnostikována, tím dříve se může pacient léčit vhodným způsobem a být předán odpovídající službě. Tento krok je velmi důležitý, protože si myslím, že hodně pacientů se léčí se somatickými problémy, a ani pacienta, ani lékaře nenapadne, že vše souvisí s psychickou poruchou.

Tímto opatřením Strategie dle mého mínění naplňuje základní princip komunitní péče, který zmiňuje Jarošová. Jedná se o princip rychlého předávání klienta odpovídající službě (Jarošová, 2007, s. 99).

## **6.5 Edukace veřejnosti**

Ve třetím cíli (Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou péčí) se Strategie zaměřuje hlavně na zlepšení komunikace odborné veřejnosti, a to jak s lidmi s duševním onemocněním, tak s jejich rodinou. Opatření jsou směřována na edukaci odborné veřejnosti, ale i laické veřejnosti a celkovou lepší spolupráci a provázanost zdravotních a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu (Strategie, 2013, s. 32).

Dle mého názoru lze využívat podpory komunity za předpokladu, že bude tato komunita dostatečně informovaná o celé problematice. Edukace veřejnosti je tedy zásadní a stěžejní prvek pro naplňování principu, který Pěč definuje jako „*princip využití přirozených zdrojů a pomoci a podpory v komunitě*“ (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 514).



## 6.6 Multidisciplinární tým a spolupráce

Strategie zmiňuje, že péče o klienty v CDZ „je založena převážně na multidisciplinárním týmu“ (Strategie, 2013, s. 41). Měl by zde fungovat jak terénní tým, kde Strategie hovoří i o roli case managera, který by měl celou péči koordinovat. CDZ by měla poskytovat také denní péči ve stacionáři či centru, kde by měla probíhat psychoterapie klientů, volnočasové a vzdělávací programy a také kognitivní rehabilitace. Součástí CDZ má být krizové centrum a psychiatrická ambulantní péče. Centrum má nabízet služby klinického psychologa a dětského klinického psychologa. Podporu by měly získat i svépomocné programy pro uživatele či jeho rodinu (Strategie, 2013, s. 41-42).

Multidisciplinarita je patrná i z plánované struktury pilíře:

- „*Psychiatr*
- *Klinický psycholog*
- *Psychiatrická sestra*
- *Case Manager*
- *Krizová centra*
- *Mobilní týmy*
- *Denní stacionáře*
- *Asertivní komunitní léčba*
- *Týmy pro léčbu duálních diagnóz“* (Strategie, 2013, s. 42).

Probstová hovoří o myšlence multidisciplinárního týmu, který je založen na spolupráci specialistů a koordinaci postupu. Výhodou je zejména to, že jednotlivé profese vnášejí do týmu své specifické dovednosti. Nezbytná je jejich spolupráce s dalšími institucemi a se sociální sítí klienta (Probstová in Matoušek, 2010, s. 143).

Týmovou spoluprací ovlivňuje zejména ochota členů týmu spolupracovat. Vedoucí týmu musí umět koordinovat všechny aktivity tak, aby maximálně prospívaly klientovi. V ČR jsou obvykle členy týmu sociální pracovník, psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra a popřípadě i ergoterapeut. Týmová práce se v ČR nejvíce rozvíjí zejména v denních sanatoriích (Probstová in Matoušek, 2010, s. 143).

O týmové spolupráci se Strategie zmiňuje i v rámci „*uplatňování konsiliární psychiatrie (týmu) ve všeobecných nemocnicích, která zajistí identifikaci skryté*

*psychiatrické nemocnosti na somatických odděleních a poskytne asistenci somatickým lékařům v diagnostice a léčbě pacientů“ (Strategie, 2013, s. 32).*

V šestém cíli (Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb) Strategie uvádí: *„Hlavní opatření vedoucí k dosažení cíle primárně zahrnuje nastavení efektivní spolupráce mezi složkami státní správy (resorty) a územní samosprávy. Předpokladem pro úspěšné dosažení cíle je zajištění spolupráce nezdravotnických složek státní správy a územních samospráv při přípravě a realizaci organizačních změn a opatření“ (Strategie, 2013, s. 33).*

S těmito opatřeními souhlasí i Probstová, která píše, že dlouhodobě duševně nemocní jedinci vyžadují komplexní zdravotně-sociální péči, protože jejich nemoc jim brání v běžném fungování ve více oblastech jejich života. Komunitní péče by měla být zaměřena na potřeby konkrétních lidí, což vyžaduje týmovou spolupráci již zmíněné zdravotní a sociální sféry (Probstová in Matoušek, 2010, s. 133-134).

I v obecných doporučeních Strategie zmiňuje spolupráci všech složek péče. *„Zajistit balancovanou a diferencovanou péči pomocí součinnosti všech pilířů psychiatrické, obecně medicínské, klinickopsychologické a sociální péče (vize propojení všech oblastí, které se týkají života jedince – zdraví, bydlení, zaměstnání, vzdělávání, volný čas, rodina, sociální participace, atp.)“ (Strategie, 2013, s. 36).*

Je zřejmé, že bez nastavení spolupráce mezi jednotlivými složkami péče a týmové spolupráce je obtížné nastavit dlouhodobou léčbu a podporu klienta tak, aby byla efektivní a smysluplná.

Z uvedených úryvků je patrné, že je ve Strategii uplatňován princip komunitní péče, který uvádí Jarošová, když píše o tom, že činnosti poskytovatelů jak zdravotních, tak sociálních služeb musí být koordinované na základě multidisciplinární spolupráce (Jarošová, 2007, s. 99). Hejzlar pak zmiňuje, že jednotliví pracovníci v týmu, který klientovi pomáhá, mají rovnocenné postavení (Hejzlar in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 133).

## **6.7 Rozvoj a rozšíření služeb**

V sedmém cíli, kterým je Humanizace psychiatrické péče, se uvádí následující: *„Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurálních služeb, optimalizace sítě a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, kdy přirozeným*

*důsledkem rozvinuté extramurální péče bude redukce lůžkové kapacity, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče“ (Strategie, 2013, s. 33).*

Strategie také navrhuje rozšíření služeb pro děti a dorost. *„Pro děti a dorost pak reforma znamená restrukturalizaci současné intramurální péče, vybudování plnohodnotné základní sítě ambulantní péče a vytvoření návazné extramurální péče s provázaností do vzdělávacího systému ČR“ (Strategie, 2013, s. 34).*

*„Podporován bude i rozvoj nových a inovovaných typu péče, které přímo nesouvisí s rozvojem CDZ“ (Strategie, 2013, s. 34).*

Pokud dojde k rozvoji extramurálních složek péče, bude mít pacient větší možnost vybrat si službu, která mu vyhovuje. V tomto spatřuji naplňování principu, který uvádí Jarošová, když zmiňuje, že klient musí mít možnost výběru služby (Jarošová, 2007, s. 99).

## **6.8 Individualizovaná péče a partnerství**

V obecných doporučeních Strategie zmiňuje v rámci organizace následující: *„Zajistit širší zapojení duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků do léčebného procesu – klást důraz na názor duševně nemocného a zohlednit jeho individuální potřeby“ (Strategie, 2013, s. 36).*

Dle Strategie by CDZ měla poskytovat individualizovanou péči, koordinovat dostupné služby se zřetelem na potřeby klientů zejména v jejich přirozeném prostředí. Uživatelé služby jsou partnerem poskytovatelů (Strategie, 2013, s. 41). V těchto bodech se Strategie shoduje i s tím, co píše Foitová. V komunitní péči se klade důraz na partnerství při spolupráci klientů s lékaři či jinými odborníky, také na individualizaci péče. Hlavním cílem je maximální sociální začlenění klientů. (Foitová in Probstová, Pěč, 2014, s. 185).

Strategie tedy naplňuje další základní princip komunitní péče, který zmiňuje Jarošová, když hovoří o tom, že služby mají být poskytovány individuálně a respektovat jedinečnost každého člověka (Jarošová, 2007, s. 99). Shodu vidím i s principy, který uvádí Pěč mezi hlavními principy komunitní péče, kde zmiňuje jednak princip partnerství ve spolupráci pacientů a profesionálů a také princip individualizace péče (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 514).

## 6.9 Case manager

V rámci CDZ má mít své místo i case manager. Tento prvek se objevuje již koncem 70. let v USA v systému komunitní podpory tzv. community support system. Dle Carlinga se jednalo v tomto systému o síť služeb a podpory, která byla nutná proto, aby duševně nemocní byli schopni uspokojit své potřeby a nedocházelo k jejich vylučování

ze společnosti. Koordinovat využití těchto služeb a podpor je úkolem tzv. case managementu - pracovníků případového vedení (Carling in Probstová, Pěč, 2014, s. 185-186).

O úkolech případového manažera a případové práce píše i Probstová, když upozorňuje na to, že je potřeba zajistit, aby po odchodu klienta z nemocnice byly navazující služby propojené a logicky na sebe navazovaly, což umožňuje právě technika případového vedení (Probstová in Matoušek, 2010, s. 140-141).

Dle Stuchlíka se vytváření týmů, které poskytují case management, stalo v řadě zemí klíčovým okamžikem při transformaci péče o duševně nemocné. To, jaká je kvalita case managementu, ovlivňuje celý systém péče o tuto cílovou skupinu (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 151-152).

Role case manažera je v systému, který by měl propojit sociální sféru se zdravotní sférou, nezastupitelná, protože právě case manager koordinuje využívání všech složek péče. Jeho práce tak může napomáhat k naplňování principu propojování služeb a zajišťování jejich kontinuity, který uvádí Jarošová (Jarošová, 2009, s. 99).

## 6.10 Psychiatrická rehabilitace

Součástí práce terénního týmu (který funguje v rámci CDZ) má být i poskytování psychiatrické rehabilitace včetně podporovaného vzdělávání a podporovaného zaměstnávání (Strategie, 2013, s. 41).

Poslání psychiatrické rehabilitace popsali již v 80. letech 20. století Anthony a jeho spolupracovníci. „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svou schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory*“ (Anthony a kol. in Probstová, Pěč, 2014, s. 196).

Strategie tedy počítá s tím, že v rámci CDZ bude klientům nabízena psychiatrická rehabilitace. Jak uvádím v teoretické části mé práce, psychiatrická rehabilitace patří mezi koncepty komunitní péče, ze kterých může sociální pracovník při své práci s klienty vycházet. Hejzlar pak považuje psychiatrickou rehabilitaci za hlavní prostředek v rámci komunitní péče (Hejzlar in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 133).

## 6.11 Asertivní komunitní léčba

Strategie se zabývá i tím, jak bude nový pilíř CDZ strukturován. V této struktuře uvádí i asertivní komunitní léčbu (Strategie, 2013, s. 42).

Jak uvádím v teoretické části, je asertivní komunitní léčba nejčastějším typem formy případového vedení, který je vyhodnocován. Dle provedených studií je zřejmé, že snižuje délku hospitalizace, taktéž frekvenci přijetí k hospitalizaci a pomáhá stabilizovat pacienty zejména v oblasti bydlení. Pacienti jsou celkově více spokojenější se svým životem. Neposledním ukazatelem je i efektivnost tohoto typu léčby z ekonomického hlediska (Stein a Test, podle Burns a Firn in Probstová, Pěč, 2014, s. 195-196).

Lehman uvádí, že tým bývá sestaven z více odborníků včetně psychiatra. Charakteristickým znakem pro tento typ léčby je sdílení péče o pacienta celým týmem, jsou zde typické četné kontakty s klientem. Tým vyhledává pacienty v jejich přirozeném prostředí. Tato léčba je vhodná zejména pro pacienty, u kterých se objeví vysoké riziko hospitalizace či pro ty, kteří obtížně spolupracují s jinými službami. Dalším typickým znakem ACT je nepřetržitá služba týmu (Lehman a kol. in Probstová, Pěč, 2014, s. 197-198).

Asertivní komunitní léčba v sobě nese dle dostupné teorie mnoho z principů komunitní péče. Práce funguje na základě multidisciplinárního týmu, tým vyhledává pacienty v jejich přirozeném prostředí a funguje nepřetržitě. V plánu struktury pilíře CDZ je tedy znát, že Strategie do budoucna počítá s touto formou případového vedení, které je významným konceptem při komunitní péči. Poskytování asertivní komunitní léčby povede k naplňování principu dostupnosti služeb a také přiblížení péče blíže ke klientovi a jeho přirozenému prostředí. Princip dostupnosti a multidisciplinární spolupráce zmiňuje Jarošová. Hovoří i o tom, že základní pomoc musí být klientovi dostupná nepřetržitě 24 hodin, což ACT naplňuje také (Jarošová, 2007, 99). Lze zde vidět i naplňování

principu péče ve vlastním prostředí pacientů, který uvádí Pěč (Pěč in Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 213).

## 6.12 Začleňování

Mnozí nemocní mají problém se svým uplatněním a začleněním ve společnosti, což nepříznivě ovlivňuje kvalitu jejich života.

Strategie má tento problém zakomponován ve svém pátém cíli - Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělání a bydlení aj.). Tohoto cíle chce Strategie dosáhnout na základě zavedení nového pilíře, kterým je vznik CDZ. *„Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí“* (Strategie, 2013, s. 35).

Nový pilíř by tedy měl bezesporu napomáhat naplňování principu maximálního začleňování, který uvádí Pěč (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 514). CDZ naplňují i další princip, který Pěč zmiňuje v jiné publikaci. Jedná se o princip péče ve vlastním prostředí pacienta (Pěč in Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 213).

Stigmatizace duševně nemocných jim přináší do jejich života další komplikace a brání jejich začlenění do společnosti. Strategie hovoří ve svém druhém cíli (Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně) o opatřeních zejména v oblasti edukace, a to jak laické, tak odborné veřejnosti. Cíle chce dosáhnout na základě vytvoření destigmatizačních a vzdělávacích programů (Strategie, 2013, s. 31).

Weeghel se zmiňuje o tom, že lidé s duševním onemocněním mají společnou jednu věc, kterou je to, že ve svém běžném životě a fungování cítí značná omezení (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 14-15). Dle něj ovšem i lidé s psychickými omezeními mají stejná přání a představy o životě jako všichni ostatní, chtějí mít dobré vztahy, rodinu, práci, přátele a žít smysluplný život (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 16).

Dle Weeghela stigmatizace má často velmi vážné důsledky, jako je nízká sebedůvěra a sebehodnocení, stres, nízká kvalita života, regrese o rehospitalizace

(Weeghel in Pěč, Probstová, 2009, s. 23). Stigmatizace mnohdy vede k diskriminaci lidí v zaměstnání, v rodině, v bydlení, vzdělávání atd. (Ocisková, Praško, 2015, s. 25-26).

Stigmatizace tedy brání lidem s duševním onemocněním v jejich začlenění do společnosti. Naopak způsobuje jejich vyčleňování.

Duševně nemocní jsou znevýhodněni při dosahování veřejných zdrojů, nejhorší součástí stigmatu je jejich znevýhodnění v oblasti zaměstnávání a práce. Toto znevýhodnění pak ovlivňuje celou jejich budoucnost a život, propadají se níže na společenském žebříčku, což opět podporuje rozvoj jejich nemoci (Höschl in Janíček, 2004, s. 161).

Jedná se o jakýsi začarovaný kruh, kdy stigma může vést ke zhoršení nemoci či k jejímu relapsu. V každém případě stigmatizace brání maximálnímu začlenění jedince do společnosti. Realizováním zmíněných opatření proto Strategie dle mého názoru pomáhá k naplnění principu maximálního začlenění klientů do společnosti, který uvádí Pěč (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 514).

### **6.13 Redukce institucionální formy léčby**

V sedmém cíli se Strategie zaměřuje na humanizaci psychiatrické péče. Připouští, že těžiště lůžkové péče je v institucionálním prostředí. Komunitní služby, které by péči poskytovaly v prostředí nemocného, chybí. Stěžejním bodem je nastavení vyváženého modelu péče tak, aby zde fungovaly jak institucionální, tak komunitní složky péče. Mezi zásadní opatření, které Strategie navrhuje, patří rozvoj péče poskytované v rámci CDZ

a také dalších extramurálních služeb, což by mělo přirozeně vyústit k redukci lůžkových kapacit péče (Strategie, 2013, s. 33).

I další autoři upozorňují na to, že péče je poskytována převážně v zastaralých psychiatrických léčebnách, na většině našeho území je nedostatek sociálních služeb. Chybí krizová centra, denní stacionáře, komunitní týmy, také je nedostatek možností využít chráněného a tréninkového bydlení či chráněného zaměstnání atd. (Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním in Gabriel, Kašpar, Vaněk, 2014, s. 106).

Dle Deklarace Mise pro duševní zdraví je převažující medicínský přístup při péči o vážně duševně nemocné právně napadnutelný, protože je v rozporu s Úmluvou OSN o právech duševních osob, která je od února 2010 součástí našeho právního řádu. Při léčbě v psychiatrické léčebně nemají pacienti možnost zapojení se do společnosti a

nezávislého života. Jsou izolováni, a to kvůli absenci jiných vhodných forem bydlení a péče (Deklarace Mise pro duševní zdraví in Gabriel, Kašpar, Vaněk eds., 2014, s. 110-111).

V opatřeních, která Strategie navrhuje, lze tedy vidět to, že jejím cílem je naplnění principu poskytování péče v domácím prostředí klientů. Rozvojem CDZ a dalších služeb lze dosáhnout toho, že klienti budou moci využívat služby ve svém přirozeném prostředí. Princip péče ve vlastním prostředí je dalším z principů, které uvádí Pěč (Pěč in Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 213).

## 6.14 Závěry výzkumu

V prvním specifickém cíli lze ve Strategii nelézt následující prvky a principy komunitní péče. V rámci vytvoření CDZ je patrná snaha o propojování jak sociálních, tak zdravotnických služeb klientům. Služby mají být poskytovány v běžném prostředí klientů a napomáhat tak začleňování klientů do společnosti. Služby mají být individualizované

a postavené na partnerství klienta a poskytovatele, což jsou neméně důležité součásti komunitní péče. CDZ mají být nízkoprahová zařízení, splňují tedy dostupnost pro širokou veřejnost. Snahou má být také začlenění rodin do péče o klienta, což v současném pojetí péče mnohdy chybí. CDZ by měla poskytovat široké spektrum služeb a práce v nich je založena na základě multidisciplinárního týmu. Tento systém by tedy zlepšil dostupnost služeb klientům, což je předpokladem pro fungování komunitního přístupu. V tomto bodě se objevují i následující prvky případové práce - počítá se s fungováním case managera v rámci týmu. Dále je zde zmíněna také asertivní komunitní léčba. Své nezastupitelné místo by zde měla mít i psychiatrická rehabilitace, která napomáhá tomu, aby klienti mohli fungovat ve svém běžném prostředí s co nejnižší mírou podpory. Zlepšení oproti současnému stavu by mělo přinést i poskytování psychoterapeutických intervencí v CDZ.

V rámci druhého specifického cíle si Strategie klade za cíl omezit stigmatizaci cílové skupiny. Tento bod se mi jeví jako velmi významná součást celé reformy psychiatrické péče. I na základě vlastních zkušeností, když jsem pracovala v sociální rehabilitaci, vím, že veřejnost má velmi malé povědomí o problematice duševního onemocnění. Na základě této nevědomosti má pak velmi zkreslené představy o osobách s duševním onemocněním. Této situaci nepřidávají ani informace, které se dozví



z našich médií. Běžný občan si totiž často ani neuvědomuje, že informace, které získá z médií, jsou zásadním způsobem tříděny, zestručňovány a zjednodušeny, takže dochází k jejich celkovému zkreslení. Problémem pak je, že řada lidí si utvoří svůj postoj k lidem s duševním onemocněním na základě těchto zkreslení. Aby mohla fungovat komunitní péče a lidé s duševním onemocněním mohli žít ve svém běžném prostředí, je bezpodmínečně nutné vzdělávat širokou veřejnost v této problematice, což je i jedním z cílů Strategie.

Všechny cíle Strategie se vzájemně prolínají a naplnění druhého cíle souvisí i s dalším, kterým je Zvýšení spokojenosti uživatelů a jejich rodin s poskytovanou péčí. Definování standardů kvality poskytované péče a zlepšení celkového prostředí jejího poskytování je nutnou součástí pro dosažení kvalitního poskytování komunitní péče.

I další cíl plně souvisí s možností poskytování komunitní péče. Tím, že dojde ke zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci, nemusí docházet k navyšování problémů nemocného. Čím dříve bude nemoc zjištěna, tím dříve lze s nemocným pracovat a pomáhat mu v jednotlivých problémových oblastech jeho života. Lze nemocného podporovat již od počátku, aby nedošlo k prohlubování jeho problémů a vyčleňování ze společnosti. Včasná diagnostika by také mohla vést k šetření financí za další „zbytečné“ zdravotnické vyšetření a úkony. Tyto „ušetřené“ finance pak mohou být využity k rozvoji komunitních služeb.

Navýšení poskytovatelů, kteří této cílové skupině poskytují služby, je pak nutnou součástí reformy péče, aby mohlo dojít k vyváženému modelu a péče nebyla poskytována jen institucionální, ale právě komunitní formou.

Nemalým úkolem je potom Zlepšení provázanosti všech služeb, což je šestým specifickým cílem. Strategie počítá s tím, že v tomto cíli sehrají významný úkol právě CDZ. Stěžejním úkolem je pak nastavení spolupráce nezdravotnických složek státní správy (resortů) a územních samospráv. V tomto bodě spatřuji zásadní riziko celé reformy, jelikož záleží na celkové aktivitě a ochotě jednotlivých subjektů.

Poslední cíl, kterým je Humanizace psychiatrické péče, pak přímo souvisí s komunitní péčí, jelikož jeho součástí je dosažení vyváženého modelu poskytování péče a tudíž rozvoj komunitní péče a její přiblížení se klientovi.

## Závěr

Cílem mojí práce bylo představit možnosti komunitní péče s lidmi s duševním onemocněním a zjistit, zda se jednotlivé prvky komunitní péče objevují ve Strategii reformy psychiatrické péče.

Ve své práci jsem se snažila objasnit, z jakých konceptů může sociální pracovník vycházet, pokud pracuje s duševně nemocnými osobami. Z práce vyplynulo, že je nutné, aby každý sociální pracovník (i pokud nepracuje přímo s touto cílovou skupinou) měl základní vědomosti o duševních onemocněních. Měl by vědět, jak pomoci klientovi, který trpí duševní poruchou a měl by umět rozpoznat její příznaky. Pracovníci by měli mít přehled o institucích a sociálních službách dostupných ve svém okolí, kam můžou klienta odkázat. Popřípadě by měli klienta do dané instituce doprovodit a pomoci mu tak při prvním obtížném kroku.

Práce sociálního pracovníka s osobami s duševním onemocněním může vycházet z několika konceptů, které jsou zmíněny v třetí kapitole. Jedná se o psychiatrickou rehabilitaci, případové vedení, psychoterapii a týmovou práci. Snažila jsem se teoretické poznatky propojit s praktickými zkušenostmi organizací, které zmiňované koncepty využívají při své každodenní práci.

Analyzovala jsem Strategii reformy psychiatrické péče, která je zásadním dokumentem probíhající reformy celého systému psychiatrické péče v ČR. Mým cílem bylo zjistit, jakým způsobem se zde počítá s prvky a principy komunitní péče. V dokumentu jsem identifikovala shodu s následujícími principy komunitní péče, které zmiňuji v teoretické části. Počítá se s tím, že základní pomoc bude klientům dostupná nepřetržitě 24 hodin. Služby by měly být celkově více dostupné a zajišťovat kontinuální péči. Klient tak bude mít větší možnost výběru služby. Počítá se i s propojováním zdravotních a sociálních složek péče. Služby mají také podporovat klienty v jejich začleňování do společnosti. Má se zlepšit i rychlost předávání klienta odpovídající službě. Strategie zmiňuje i to, že služby mají být poskytovány individuálně a respektovat jedinečnost každého člověka, má zde být naplňován princip partnerství ve spolupráci pacientů a profesionálů. Součástí služeb je pak i poskytování psychiatrické rehabilitace a asertivní komunitní léčby, které patří mezi prostředky komunitní péče. Snahou je také

přiblížení péče blíže klientům a její poskytování v jejich přirozeném prostředí. Služby mají být realizovány na základě multidisciplinárního týmu a spolupráce všech složek, přičemž pracovníci v týmu by měli mít rovnocenné postavení. Z analýzy vyplynulo, že tento dokument naplňuje základní principy komunitní péče. Změna celého systému poskytování péče je však závislá na tom, jak se bude dařit opatření v ní zmíněná naplňovat.

Pozice sociálního pracovníka začíná být při práci s touto cílovou skupinou klientů nezastupitelná. Dle mého názoru je nutné vzdělávat sociální pracovníky v této oblasti hlouběji a připravit je tak lépe na práci s těmito klienty. Sociální pracovník totiž mnohdy představuje velmi důležitý mezistupeň mezi klientem a všemi ostatními odborníky a nabízenými službami.

## Seznam použité literatury

1. Bajer, P. (2008). *Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby*. Sociální práce/Sociálna práca 1/2008: 4-6
2. Bajer, P. (2008). *Komunitní služby sdružení Eset- Help pomáhají duševně nemocným ke změně*. Sociální práce/Sociálna práca.1/2008: 7-10
3. Baštecká, B., a kol. (2013). *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada Publishing
4. *Deklarace Mise pro duševní zdraví* In: Gabriel, J., Kašpar, M., Vaněk, T. (eds.). 2014. *Kam jdou lidé s nemocnou duší*. (s. 110-112). Praha: sdružení Dobré místo
5. Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost, příručka pro uživatele*. Praha: Univerzita Karlova v Praze
6. Farbiaková, I. (2008). *Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním*. Sociální práce / Sociálna práca, 1/2008: 77-87
7. Hosák, H., Hrdlička, M., Libiger, J. a kol. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum
8. Höschl, C. a kol. (1997). *Psychiatrie – učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: SCIENTIA MEDICA
9. Janíček, J. (2004). *Cyril Höschl- Kde bydlí lidské duše*. Praha: Portál
10. Jarošová, D. (2007). *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing
11. Juříčková, L., Ivanová, K., Filka, J. (2014). *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada

12. Kalina, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál
13. Kalvach, Z., Čeledová, I., Holmerová, I. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing
14. Koblic, K. (2012). *Potřebuje česká psychiatrie psychoterapii?* In: *IX. Sjezd psychiatrické společnosti ČLS JEP- Civilizace, čas a duševní poruchy*. (s. 134-135) Brno: Tribun EU
15. Kopřiva, K. (2011). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál
16. Kratochvíl, S. (2006). *Jak žít s neurózou*. Praha: TRITON
17. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing
18. Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská práce*. Praha: Grada Publishing
19. Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál
20. Matoušek, O. a kol. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
21. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* Praha: Grada Publishing.
22. Ocisková, M., Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing
23. Pěč, O., Vachková, L., Wogurková D., Mužík, J., Krivošíková, M. *Psychiatrická rehabilitace* In: Pěč, O., Probstová, V. (eds.) 2009. *Psychózy – psychiatrie, rehabilitace a komunitní péče*. (s. 94-138) Praha: TRITON

24. Pěč, O. (2012). *Přípravenost k rehabilitaci*. In: IX. Sjezd psychiatrické společnosti ČLS JEP- Civilizace, čas a duševní poruchy. (s. 128-130) Brno: Tribun EU
25. Praško, J. (2005). *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Medical Tribune Group
26. Probstová, V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. In: Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (eds.). 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
27. Probstová, V. (2008). *Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání*. Sociální práce / Sociálna práca, 1/2008: 68-75
28. Probstová, V. (2010). *Sociální práce s duševně nemocnými*. In: Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (eds.). 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
29. Probstová, V., Pěč O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál
30. Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (2004). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis
31. *Současná podoba péče o lidi s duševním onemocněním* In: Gabriel, J., Kašpar, M., Vaněk, T. (eds.). 2014. *Kam jdou lidé s nemocnou duší*. (s. 105-109). Praha: sdružení Dobré místo
32. Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu, postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
33. Stuchlík, J. (2008). *V Mladé Boleslavi praktikují case management*. Sociální práce/Sociálna práca 1/2008:36 -38
34. Stuchlík, J. *Case management* In: Pěč, O., Probstová, V. (eds.) 2009. *Psychózy – psychiatrie, rehabilitace a komunitní péče*. (s. 139-152) Praha: TRITON

35. Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
36. Weeghel, J. *Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními* In: Pěč, O., Probstová, V. (eds.) 2009. *Psychózy – psychiatrie, rehabilitace a komunitní péče*. (s. 14-29) Praha: TRITON
37. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 2. 9. 2016

## Internetové zdroje

1. Karnetová, Z. (2012). *Teorie a praxe komunitního ošetrovatelství [on-line]*. Dostupné 28. 10. 2016 z <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/teorie-a-praxe-komunitniho-oseetrovatelstvi-463437>
2. MPSV. (2005). *Komunitní plánování - věc veřejná (průvodce) [on-line]*. Dostupné 28. 10. 2016 z <http://www.mpsv.cz/cs/847>
3. Strategie reformy psychiatrické péče. (2015). *[on-line]*. Dostupné 1. 9. 2016 z [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)