

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2020

Tereza Abigail Schováňková

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Tereza Abigail Schovánková

**Otevřený dialog jako aktuální směr v péči o
osoby trpící duševní poruchou**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2020

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Jana Vančury, Ph.D. a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci, dne 20. 6. 2020.

.....

Tereza Abigail Schovánková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za odborné vedení a trpělivost při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi ochotně a otevřeně poskytli své názory a zkušenosti. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za odborné a účelné posouzení absolventské práce na základě které tato bakalářská práce vznikla.

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Otevřený dialog	11
1.1 Počátky otevřeného dialogu a úspěšnost ve Finsku	11
1.2 Principy otevřeného dialogu	13
1.3 Klíčové prvky dialogické praxe otevřeného dialogu	16
1.4 Anticipační dialog	22
2 Prostor pro otevřený dialog v českém prostředí	23
2.1 Strategie reformy psychiatrické péče	26
2.2 Centra duševního zdraví	28
VÝZKUMNÁ ČÁST	29
3 Představení výzkumu	29
3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	29
3.2 Metoda výzkumu	30
3.3 Technika zjišťování dat a výzkumný vzorek	30
3.4 Realizace výzkumu, zpracování a analýza výzkumných dat	31
4 Interpretace dat	32
4.1 Přínos otevřeného dialogu	32
4.2 Faktory ulehčující zavádění otevřeného dialogu	35
4.3 Faktory znesnadňující zavádění otevřeného dialogu	37
4.4 Vnímání reformy psychiatrické péče	41
4.5 Dosažené výsledky	43
5 Diskuze výsledků a doporučení při zavádění OD	44
Závěr	46
Seznam použité literatury	47
Seznam internetových zdrojů	48
Seznam použitých obrázků a grafů a tabulek	49

Seznam použitých zkratek

OD	Otevřený dialog
AL	Skupina pacientů léčených standardní ambulantní léčbou
ODL	Skupina pacientů léčených psychosociálním přístupem otevřeného dialogu
CDZ	Centrum duševního zdraví

Úvod

Cílem této bakalářské práce je představit otevřený dialog (OD) jako inovativní přístup k psychosociální práci a nový směr v péči o duševně nemocné v České republice. Motivací ke vzniku této bakalářské práce byly mé osobní zkušenosti získané na praxích v organizacích Mana o.p.s. a Zahrada 2000 z.s., které jsou prvkům otevřeného dialogu nakloněny. Ve Finsku má tento psychosociální přístup výzkumně podložené výsledky a je součástí léčby pro klienty nacházející se v krizi.

Teoretická část této práce vychází z původních prací Seikkuly a jeho týmu. Cílem této části je představit otevřený dialog a zmapovat jeho počátky a úspěchy ve Finsku. Hlavní část první kapitoly je věnována principům a klíčovým prvkům OD. V závěru kapitoly je krátce diskutován anticipační dialog jako přístup doplňující OD.

Druhá kapitola zasazuje přístup OD do českého prostředí. Představuje probíhající reformu psychiatrické péče jako prostředí nakloněné pro zavádění principů OD. Kapitola se zaměřuje na očekávané kroky reformy, které mohou podpořit zavádění OD v České republice

Praktická část práce sleduje zkušenosti se zaváděním OD u dvou organizacích věnující se péči a podpoře osob s vážným duševním onemocněním v Olomouckém kraji. Vzhledem k tomu, že aplikace OD je v ČR na počátku a není o průběhu zavádění a výsledcích léčby dostatek odborných publikací, je cílem praktické části provést průzkum kroků a zkušeností při zavádění OD v organizacích Mana o.p.s. a Zahrada 2000 z.s..

Záměrem praktické části práce je získat zkušenosti se zaváděním OD v obou organizacích, najít elementy, které podle dotazovaných zaměstnanců organizace zavádění OD podporuje, či naopak brzdí. Cílem je zjistit, jakých výsledků si organizace váží a jaký mají pracovníci na přístup OD ve zmíněných organizacích názor. Motivací praktické části je rovněž pokusit se od sociálních pracovníků získat doporučení, které mohou pomoci se zaváděním OD i do jiných organizací v ČR.

Tato bakalářská práce vznikla na základě přepracování mé absolventské práce „Otevřený dialog jako nový směr v péči o osoby trpící duševní poruchou“ z roku 2019, které neprošla oponentním hodnocením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Otevřený dialog

Otevřený dialog je inovativní psychosociální přístup zaměřený na léčbu psychosociální krize v domácím prostředí klienta. Přístupy otevřeného dialogu cílí na to, aby se klienti a jejich rodiny v průběhu léčby cítili vyslechnuti, respektováni a důstojně.

Mezi dva základní znaky tohoto přístupu patří integrovaný systém léčby založený na komunitě a dialogická praxe nebo jiný druh terapeutické konverzace v rámci „léčebného setkání“. Komunitní integrovaný systém léčby již od samého počátku pomoci angažuje členy rodiny a členy sociální sítě klienta do procesu léčby a pomoci (Olson, Seikkula, Ziedonis, 2014, s.2).

1.1 Počátky otevřeného dialogu a úspěšnost ve Finsku

Tvůrcem OD je finský klinický psycholog a lektor výcviků rodinné terapie Jaakko Seikkula, který již přes dvacet let tento přístup zkoumá a rozvíjí (Seikkula, Arnkil 2013, s. V). Na začátku své kariéry nastoupil jako psycholog do psychiatrické léčebny Keropudas ve městě Tornio v západním Laponsku. V této odlehle a izolované oblasti Seikkula působil v letech 1981-1998 (Seikkula a kol. 2006, s. 214). Zavedení nového psychosociálního přístupu OD bylo v této oblasti umocněno „velkou potřebou najít efektivnější způsob léčby akutní psychózy“, jak uvádí Seikkula a Arnkil (2013, s. XIV). Většina obyvatel této oblasti bydlí právě nedaleko zmíněné nemocnice Keropudas.

V osmdesátých letech dvacátého století byl výskyt schizofrenie v těchto místech mimořádně velký. Aaltonen dle (Seikkula a kol. 2006, s. 214) zmiňuje: „že zde ročně průměrně onemocnělo schizofrenií 35 osob na 100 000 obyvatel“. Na základě 12 let trvajících uplatnění přístupu OD v této oblasti, Seikkula dokládá, že počet obyvatel této oblasti trpících schizofrenií klesl na pouhých 7 nemocných na 100 000 obyvatel za rok (Seikkula, Arnkil 2013, s. XIV).

Přístup OD má své kořeny v tzv. „Need-Adapted model“, za kterým stojí psychiatr Yrjö Alanen a jeho kolegové z finského města Turku. Tento přístup vychází z projektu „Finnish National Schizophrenia Project“, který vznikl za účelem zlepšení

psychiatrické péče a léčby závažných duševních onemocnění. V přístupu „Need-Adapted model“ je důležitá včasná intervence a plánování léčby tak, aby reagovala na měnící se individuální potřeby každého pacienta a rodiny. Nezbytné je adaptování terapeutického přístupu, jak ve vyšetření, tak v léčbě. Otevřený dialog navazuje na „Need Adapted model“ jako na inovaci, která poskytuje psychoterapeutickou pomoc pacientům v rámci jejich osobního systému podpory. V původním týmu profesionálů, kteří o tomto přístupu psali, byli mimo jiné kromě J. Seikkuly, J. Aaltonen, B. Alakare, J. Kerlinen, a K. Haarakangas (Seikkula, Olson, 2003, s. 403).

Ke konci osmdesátých let minulého století Seikkula systematické analyzování rozvíjející se kolektivní praxe a zároveň začal zpracovávat výzkumné zprávy o vyvíjejícím se přístupu OD (Seikkula, Arnkil 2013, s. XXI). Prvky přístupu OD, kterými jsou například otevřená setkání, omezení antipsychotik při medikaci či volba hospitalizace jako poslední možnosti léčby, byly velmi odlišné od tehdejší běžné praxe ve výše zmíněné psychiatrické léčebně (Seikkula, Arnkil 2013, s. XIV).

Aby se tento systém léčby mohl uplatnit v praxi, veškerí pracovníci léčebny (dohromady přibližně stovka odborníků) podstoupili tříletý výcvik rodinné terapie či podobný druh terapeutického výcviku. Jak Seikkula uvádí, výcvik dokončily a úspěšně absolvovaly tři čtvrtiny zúčastněných zaměstnanců (Seikkula, Alakare, Aalonen, 2001, s. 271).

Dalším praktickým krokem reformy tehdejšího systému psychoterapeutické péče a zavedení OD do praxe, bylo zřízení mobilních týmů pro krizovou intervenci, které spadaly pod všech pět psychiatrických ambulancí a nemocnic s 30 akutními lůžky v oblasti západního Laponska (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, Lehtinen, 2003, s. 3).

Výsledky výzkumů finských týmů dokazují, že v porovnání s obvyklým nastavením léčby, otevřený dialog významně zlepšuje situaci lidí trpících psychózou (Seikkula, Olson, 2003, s. 403). Psychózu vnímá Seikkula (2019) jako: „způsob reakce v extrémním stresu“. Vyšetřovaný výzkumný vzorek prokázal pokles hospitalizace pacientů přibližně na 19 dní, přičemž medikace byla nutná pouze ve 35 % případů. Navíc výskyt psychotických příznaků byl výrazně či úplně potlačen u 82 % případů a jen 23 % pacientům léčených metodou OD byl udělen invalidní důchod (Seikkula, Olson 2003, s. 403).

Další významné úspěchy OD byly demonstrovány v pětiletém výzkumu popsaném v (Seikkula a kol., 2006, s. 214), kde Seikkula se svým týmem pět let sledovali a porovnávali dvě skupiny pacientů u kterých se jednou projevila schizofrenní ataka. První skupina pacientů (AL) byla léčena standardní ambulantní léčbou a u druhé skupiny (ODL) byl u všech pacientů použit přístup OD.

Výzkum ukázal, že v ODL skupině se průměrné trvání neléčené psychózy snížilo na 3,3 měsíce. Na základě 5letého výzkumu (Seikkula a kol., 2006, s. 214) Seikkula poukazuje na podobné výsledky léčby u skupiny, u které byl používán terapeutický přístup OD v porovnání se skupinou AL i přesto, že pacienti v nemocničních zařízeních nestrávili tolik dní. Zároveň studie uvádí, že v ODL skupině se u 82 % pacientů neprojeví žádné reziduální psychotické příznaky, 84 % léčených klientů se opět vrátilo do škol či zaměstnání a pouhých 14 % jich získalo invalidní důchod. Recidiva se během prvních dvou let projevila pouze u 17 % pacientů ODL skupiny a u 19 % během následujících tří let. Významné také je, že pouhých 29 % pacientů v určité fázi léčby užívalo medikaci (Seikkula a kol., 2006, s. 214).

Na základě slibných výsledků ve Finsku, pronikl otevřený dialog během několika let i do dalších zemí. Zprvu se OD rozšířil především ve skandinávských zemích sousedících s Finskem. Při zavádění OD do dalších zemí, docházelo k jeho přizpůsobení zdravotnímu systému dané země (Buus a kol., 2017, s. 2).

1.2 Principy otevřeného dialogu

Výsledkem výzkumných programů a psychoterapeutických výcviků, které probíhaly od roku 1984 do roku 1990 je sedm principů OD (Seikkula, Arnkil, Eriksson 2003, s. 194). Principy jsou součástí tabulky č. 1.

Prvním z těchto principů, který se do praxe zavedl v roce 1987, je poskytnutí okamžité pomoci. Tým pracovníků má za úkol zprostředkovat setkání s osobou, která jako první kontaktovala tým pracovníků, do 24 hodin. Od roku 1992 také existuje krizová služba, která je k dispozici 24 hodin. Klinikou kontaktuje buď sám pacient, nebo jeho příbuzný či osoba blízká, popř. odpovědná služba (Seikkula a kol., 2003, s. 194).

Sedm principů otevřeného dialogu
Poskytnutí okamžité pomoci
Perspektiva sociální sítě
Flexibilita a mobilita
Odpovědnost
Psychologická návaznost
Tolerance nejistoty
Dialogismus (Polyfonie)

Tabulka č. 1: Principy psychosociálního přístupu otevřený dialog

Druhým principem zavedeným taktéž roku 1987 je perspektiva sociální sítě. Na první setkání jsou vždy přizváni kromě pacientů také jejich rodiny a další důležité členové sociální sítě. Mezi klíčové osoby sociální sítě mohou patřit úřady práce, zdravotní pojišťovny, odborníci z dalších oborů, kamarádi či sousedé. Cílem poskytnutí okamžité pomoci je co nejvíce omezit hospitalizaci (Seikkula a kol., 2003).

Roku 1988 byl zaveden další princip OD – flexibilita a mobilita. Terapeutův přístup se přizpůsobuje specifickým a měnícím se potřebám každého případu a využívá se těch terapeutických metod, které nejlépe vyhovují individuálním potřebám klienta. Během probíhající krizové fáze se nevytváří žádné konkrétní plány léčby do budoucna. Po ústupu krize se volí takové typy léčby a terapeutické metody, které nejlépe sedí stavu pacienta a po odeznění nejzávažnější krize se přechází k více strukturovanější formě léčby, která se souhlasem rodiny již probíhá v domácím prostředí (Seikkula a kol., 2003).

Principem, který byl zaváděn poprvé v letech 1993-1994, je odpovědnost. Pracovník, který je kontaktován jako první, je zodpovědný za první setkání, během kterého se rozhodne o budoucích plánech léčby. Zároveň tým, který se účastnil prvního setkání, se stará o celý následující proces léčby a je zodpovědný za konkrétní případ do konce léčby, ať se jedná o 3 měsíce či 3 roky (Seikkula a kol., 2003).

Od roku 1988 je také kladen důraz na princip psychologické návaznosti. Tým profesionálů je zodpovědný za proces léčby do té doby, dokud neskončí léčba v lůžkovém či ambulantním prostředí. Po celou dobu léčby jsou aktéři sociální sítě zváni k účasti na terapeutických sezeních. V přístupu OD se kombinují různé metody, avšak dohromady tvoří jednotný léčebný proces (Seikkula a kol., 2003).

Dalším principem psychosociálního přístupu OD je tolerance nejistoty. Tento princip klade důraz na budování vztahu, ve kterém se strany cítí bezpečně. Na základě toho může být spolupráce mezi pacientem, jeho sociální sítí a profesionály úspěšná. Z důvodu zabezpečení adekvátního bezpečí se ukazuje, že je účinné se setkávat pravidelně každý den alespoň po dobu prvních 10 až 12 dní psychotické krize. Po uběhnutí této doby se setkání pořádají pravidelně dle přání rodiny pacienta. Během krize se obvykle nevytváří žádná dohoda o následujícím průběhu terapie. Ve snaze vyhnout se předčasnému závěru a rozhodnutí o léčbě, se strany pouze domlouvají na místě a čase dalšího setkání. Příklad takového postupu je viděn u nasazování antipsychotik, která se na prvním sezení neuvádí a měly by být prodiskutovány alespoň na třech setkáních před zařazením do léčby (Seikkula a kol., 2003).

Posledním principem, který Seikkula ve své práci uvádí je dialogismus. Prioritou přístupu OD je vést dialog. To znamená, že samotný dialog je nadřazený změně v životě člověka. Změna je u pacienta a jeho rodiny podporovaná až sekundárně. Dialog je chápán jako prostor, ve kterém dochází díky diskuzi o problémech ke zplnomocňování pacientů a rodin, a zároveň zde vyvstávají témata, která byla předtím potlačována či ignorována (Seikkula a kol., 2003).

Díky důrazu, který je kladen na naslouchání a odezvu, podporuje OD v rámci léčebného setkání více úhlů pohledů. Tento proces může být velmi složitý, pokud se jedná o vypjatou a závažnou krizi. V takovém případě zde bude zapotřebí velké míry citlivosti, a to z důvodu přítomnosti tichých, váhavých, zmatených či těžko pochopitelných hlasů. Díky tzv. „polyfonické konverzaci“, ve které je prostor pro každý hlas, se zmenšuje mezera mezi „nemocnými“ a „zdravými“ (Seikkula a kol., 2003).

Multidisciplinární tým se při terapeutickém setkání nedrží žádného určitého sestaveného způsobu rozhovoru, ale naopak se snaží navázat na to, co je přirozené pro konkrétní rodinu. Seikkula (1995) uvádí, že „princip tolerance nejistoty a dialogismus se zavedly v letech 1995-1996“ (Seikkula, Aaltonen, Rasinkangas, Alakare, Holma, Lehtinen, 2003, s. 3-4).

Z široké škály hodnot, které představuje těchto sedm principů vychází dvanáct podrobněji popsanych prvků dialogické praxe, které jsou rozepsány v následující kapitole (Olson, Seikkula, Ziedonis 2014, s. 3).

1.3 Klíčové prvky dialogické praxe otevřeného dialogu

Součástí otevřeného dialogu je umění naslouchat a přizpůsobovat se unikátnosti každé dialogické interakce, jejímu konkrétnímu kontextu a způsobu jazyka, který je používán. Je tedy žádoucí, aby terapeuti byli během dialogické praxe schopni komunikovat neformálně. Být v proměňujícím dialogu znamená být přítomen v probíhající okamžiku, a to bez konkrétních očekávání či předem předpokládaném průběhu setkání. Není tedy vhodné předkládat jakékoliv podrobné konkrétní struktury setkání. Jedná se o jedinečnou interakci jedinečné skupiny zúčastněných, kteří jsou součástí osobité terapeutické konverzace přinášející možnosti pro žádoucí změnu. Avšak zatímco každý dialog je jedinečný, existují kroky ze stran terapeutů, které vytváří a podporují tok dialogu a zároveň pomáhají mobilizovat zdroje pacienta a jeho sociální sítě (Olson, a kol., 2014). Klíčové prvky dialogické praxe se často prolínají a vyskytují souběžně. Prvky jsou uvedeny v tabulce č. 2

Dvanáct klíčových prvků dialogické praxe v OD
Dva (a více) terapeutů v týmu během setkání
Zapojení rodiny a/nebo sociální sítě
Používání otevřených otázek
Odezva na klientův projev
Kladení důrazu na přítomný okamžik
Zjišťování různých úhlů pohledů (polyfonie)
Využití vztahově zaměřeného přístupu v dialogu
Nahlížení na problémový dialog či chování jako na něco významného
Kladení důrazu na to, co říká klient, a ne na jeho příznaky
Reflektující komunikace profesionálů během setkání
Transparentnost
Tolerování nejistoty

Tabulka č. 2: Klíčové prvky dialogické praxe psychosociálního přístupu OD (Olson, kol., 2014, s. 8-28)

Dva (a více) terapeutů v týmu během setkání

V přístupu OD je velký důraz kladen na to, aby terapeuti – minimálně dva – pracovali v týmu na setkáních se sociální sítí, neboť týmová práce je nezbytná pro účelnou reakci na závažnou akutní krizi a chronické psychiatrické stavy. Přítomnost více terapeutů zajišťuje komfort toho, že jeden může s klientem vést rozhovor a druhý zaujímá pozorovatelskou a reflektující pozici či oba mohou klást otázky a zároveň reflektovat (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Zapojení rodiny a/nebo sociální sítě

Zapojování sociální sítě do léčebného procesu začíná většinou během telefonického hovoru, mezi volajícím a pracovníkem, který se klienta ptá na otázky typu: „Kdo je součástí této situace nebo kdo je touto situací znepokojen?“ „Kdo by mohl pomoci a zúčastnit se prvního setkání?“ „Kdo by měl tyto osoby pozvat k účasti na setkání, vy nebo léčebný tým?“ Jak uvádí Olson a kol. (2014).

Tyto otázky napomáhají tomu, aby byl klient tím, kdo určuje, kdo bude zapojen do léčby. Tito lidé se často stávají velmi důležitými pro celý proces léčby. Je na pacientovi, zda chce do léčby někoho přizvat.

Pokud se rozhodne setkání uskutečnit bez rodiny či dalších členů sítě, terapeut klade otázku, jak by se podle klienta k tomu vyjádřil nepřítomný člen, kdyby byl přítomný. V případě řešení citlivějších a složitějších témat, například zkušenost klienta s násilím či týráním je často vhodné udělat více setkání s různými členy sociální sítě (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Používání otevřených otázek

Setkání začínají otevřenými otázkami, které kladou členové týmu. Příklady takovýchto otázek uvádí Olson a kol. (2014: „Kdo by chtěl začít?“ a „Jaký je podle vás nejlepší způsob, jak začít?“. Jakmile se tento způsob dotazování stane samozřejmostí a je očekávaný, přirozeně se přenáší i do dalších setkání. Během prvního setkání je také velmi důležité vznést otázky, které běžně zahajují setkání OD a to: „Co stojí za myšlenkou toho, že jste dnes dorazili?“ a „Jak byste chtěli využít tohoto setkání?“ jak uvádí Olson a kol. (2014. Obě otázky mohou být formulovány různými způsoby a zpočátku jsou cíleny na celou skupinu.

Olson a kol. dále zmiňují že: „Na otázku: Co stojí za myšlenkou toho, že jste dnes dorazili?“ je možné začít různými alternativami této otázky a existuje také velká škála

následných otázek. Cílem je, aby každý z přítomných dostal možnost vyjádřit svůj názor ohledně probíhajícího setkání. Pokud se však někdo nechce vyjadřovat, jeho právní je nutno respektovat.“ Těmito otázkami jsou účastníci vyzýváni k tomu, aby diskutovali o svých záměrech a cílech s ohledem na rozhodnutí vyhledat pomoc. Tato otázka má více než jen jeden význam. Často ukáže, že různí lidé mají rozdílné pohledy na to, proč se zavázali sejit a někdy zase poukáže na osoby, které přítomné nejsou, ale mohlo by být podstatné, aby přítomni byli (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Druhá otázka: „Jak byste chtěli využít tohoto setkání?“, kterou zmiňuje Olson a kol. (2014): je pokládána během prvního setkání a její pozměněná verze se přenáší i na začátek do nadcházejících setkání. Je důležité, aby byl terapeut citlivý na průběh každého konkrétního setkání a dle jeho uvážení, je možné otázku vyslovit i později během schůzky. V OD jsou spíše než profesionálové klienti, těmi, kdo určují směr setkání, což znamená že, smyslem této otázky je dozvědět se, o čem chtějí mluvit klienti (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Po prodiskutování těchto otázek je důležité, aby se v duchu otevřených otázek pokračovalo po celou zbývající dobu setkání, tak aby klienti mohli vzít iniciativu na sebe a hovořit o tom, co přijde důležité jim a také aby určovali, jakým způsobem se o těchto věcech bude hovořit. Jedná se o dialogický proces, ve kterém terapeuti neurčují ani nevybírají témata podle svého uvážení, ale spíše reagují na projevy klientů.

Odezva na klientův projev

Seikkula uvádí tři způsoby, jak reagovat během schůzky na to, co do dialogu přináší klient. Jedním z těchto způsobů je používání klientových slov a to tak, že terapeut aktivně naslouchá tomu, co pacient říká a do svých otázek či reakcí zapojuje klientova vlastní slova a fráze. Zjednodušeně to, co pacient říká je přesně dle jeho slov začleněno také do odpovědi terapeuta (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Dalším způsobem je vytváření prostoru díky citlivému naslouchání terapeuta, které umožňuje sdílení předtím nikdy nevyřčených příběhů. Toto vnímavé naslouchání neboli naslouchání bez konkrétní agendy, často vede k tomu, že klient začíná otvírat témata, které do této doby byly příliš citlivé k tomu, aby je s někým sdílel, natož tak s odborníkem. Existují důkazy o tom, že snaha terapeutů je účinná tehdy, když díky klidnější atmosféře klient zažívá změnu. V takovém formátu komunikace se vyskytují pauzy, ticho a více zamyšlení se nad problémy a obavami (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Třetím způsobem je práce s neverbální komunikací a tichem. Je nezbytné, aby pracovníci věnovali pozornost projevům neverbální komunikace a dávali v dialogu dostatečný prostor pro důležité chvíle ticha. Přístup OD nahlíží na fyzické projevy, kterými může být například opuštění místnosti během probírání těžkých témat či sezení mimo kruh zúčastněných, ne jako symptomy, jak je na takovéto jednání často nahlíženo, ale vnímá toto chování jako důležité projevy neverbální komunikace. Pozornost se zaměřuje na klientova gesta a pohyby, dýchání, hlasitost a tón řeči, mimiku a to, jak rychle klient reaguje a jedná. Zároveň je velice důležité, dávat prostor tichu, které umožňuje otevření potlačených témat a vznik nových hlasů. Délku ticha nelze určit ani doporučit, záleží na kontextu konkrétního dialogu (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Kladení důrazu na přítomný okamžik

Zdůraznit přítomný okamžik terapeutického setkání je možné dvěma způsoby. Prvním způsobem je reakce na jednání klienta, které se vyvíjí během rozhovoru. V tomto případě se pozornost upíná spíše na to, jak se klient chová během setkání. Namísto popisu toho, co se stalo mimo setkání (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Zároveň se dialogický tým snaží navodit atmosféru, kde si klient dovolí projevit své emoce. Podle Olsona a kol. (2014): „je úkolem terapeuta dát klientovi bezpečný prostor pro prožití jeho emocí, bez toho, aniž by se okamžitě snažil poskytnout jejich výklad.“

Zjišťování různých úhlů pohledů (Polyfonie)

Přístup OD neusiluje o společnou shodu, ale zakládá si na tom, aby došlo k vyjádření všech hlasů a úhlů pohledů, a to i přesto, že mohou vytvářet napětí mezi účastníky setkání či uvnitř konkrétní osoby. Tomuto procesu říkáme tzv. polyfonie.

V polyfonii vnější je do dialogu zapojen každý z přítomných, terapeutický tým se snaží navodit takovou atmosféru, v které jsou respektovány a vyslyšeny všechny hlasy, nejen hlas patřící osobě, která má problémy (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

V polyfonii vnitřní, terapeut naslouchá a vede každého k tomu, aby vyjádřil svůj vlastní názor a popsal situaci, ze svého pohledu komplexním způsobem (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Využití vztahově zaměřeného přístupu v otevřeném dialogu

V OD se na témata a na problémy nahlíží v rámci vztahů. Otázky jsou cíleny na více než jen jednu osobu, definují vztahy v rodině a zároveň se snaží v rámci problému vyjádřit zájem o kontext vztahů. Dotazování, které je využíváno pro OD vychází ze systémového, na řešení zaměřeného, narativního a psychodynamického přístupu (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

V dialogické praxi se otázky pokládají jako odezva na to, co již bylo řečeno. Cílem je, aby se otevřely nové možnosti pro vyjádření dalších hlasů a to tak, že od členů týmu OD je potřeba, aby jednali kreativně, šetrně a dokázali improvizovat (Olson, kol., 2014, s. 8-28). Tento druh dotazování Seikkula nazývá jako „relational questioning“, což je možné volně přeložit jako relační dotazování.

Nahlížení na problémový dialog či chování jako na něco významného

Během diskuzí o příznacích nemoci či problémovém chování se dialogická praxe nesnaží na tyto jevy nahlížet jako na patologické, ale jako na smysluplné a přirozené reakce na obtížnou situaci (Olson, kol., 2014, s. 8-28). Vnímání komplikací tímto způsobem ujišťuje klienta v tom, že jeho reakce na určité situace nejsou „šílené“ ani „špatné“.

Kladení důrazu na to, co říká klient, a ne na jeho příznaky

Přístup OD klade důraz na to, aby se během setkání klient sdílel o svých myšlenkách, pocitech, zkušenostech. Namísto prioritizace prostoru k informování o jeho symptomech je zde snaha mluvit o tom, co se stalo v klientově životě. Vítaným nástrojem je vyprávění příběhů a zážitků z klientova života.

Člen týmu OD se zaměřuje na to, aby svými slovy poskytnul vhodné prostředí klientovi k vyprávění o jeho utrpeních a traumatech. Tímto procesem se účelně rozšiřuje kontext příběhu a mezi klientem a členem týmu OD se buduje užší mezilidská vazba (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

OD chápe závažné symptomy jako ztělesnění nevyjádřených traumat. Například halucinace mohou být známky předtím nezpracovaných zkušeností (Olson, kol., 2014, s. 8-28). Z toho vyplývá, že člověk s nejzávažnějšími příznaky může mít velmi malý prostor k vyjádření svých traumat a často jsou to pro klienta těžší uchopitelná témata. Úkolem člena týmu OD by měla být schopnost tyto témata citlivě otvírat.

Na setkáních, která probíhají během krize, jsou často ty nejkomplicovanější a přitom často nejdůležitější problémy naznačeny klientem pouze jedním klíčovým slovem. Toto klíčové slovo bývá klientem opakováno. Úkolem terapeuta je postupně s klientem formulovat celistvý příběh tak, aby se dostalo společnému porozumění. Tento proces často vyžaduje zvýšenou pozornost pracovníků k sebemenším detailům klientova popisu toho, co se stalo a zároveň k tomu, co se děje v místnosti během sdílení (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Reflektující komunikace profesionálů během setkání

Během každého setkání je důležité zdůraznit rozhovor pracovníků v týmu OD. Během komunikace by se měli dívat a mluvit na sebe, a ne pouze k sociální síti. Rozhovor odborníků v přítomnosti rodiny může proběhnout třemi způsoby.

Prvním je reflektující proces, ve kterém se pracovníci zaměřují na zhodnocení jejich nápadů, dojmů a asociací, které během léčby vyvstaly, za přítomnosti klienta a jeho sociální sítě. Dále mezi sebou odborníci během setkání diskutují ohledně dalšího průběhu léčby, analýze problému a otevřeně rozebírají možnosti medikace a hospitalizace. Třetím způsobem je reflektivní rozhovor rodiny, který komentuje to, co odborníci řekli. Tato možnost komunikace následuje vždy až po dialogu odborníků, kteří vyzývají klienta a sociální síť k tomu, aby reagovali na to, co probíral tým (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Transparentnost

V dialogické praxi je zásadní, že veškeré diskuze ohledně léčby probíhají za přítomnosti všech účastníků. Kdokoliv se účastní setkání je součástí všech diskuzí a je zasvěcen do veškerých informací. Ať už se jedná o debaty ohledně hospitalizace, medikace či dalších alternativách léčby, přítomni jsou všichni (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Tolerance nejistoty

Tolerance nejistoty je jedním ze sedmi základních principů OD, i jedním z klíčových prvků dialogické praxe. Seikkula doslova nazývá tento princip a prvek srdcem dialogu (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Otevřený dialog stojí na předpokladu, že k celistvému porozumění krize může dojít, jen díky účasti všech. Zároveň je důležité si uvědomit, že každá krize má své vlastní

jedinečné rysy, a rysem OD je tak vyhnout se unáhleným rozhodnutím a uspěchaným závěrům o medikaci, diagnóze a organizace následné péče (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Hlavní myšlenkou tohoto prvku dialogické praxe je, že členové týmu by měli během krize jednat tak, aby zajistili, co největší pocit bezpečí rodině a dalším členům sítě. Jedním ze způsobů, jak toho dosáhnout, je na začátku setkání navázat kontakt s každým ze zúčastněných, a ocenit tak jejich účast. Toto uznání napomáhá snižovat napětí a úzkost zúčastněných členů a zároveň upevňuje spojení všech (Olson, kol., 2014, s. 8-28).

Dále je velmi klíčový odklon snah terapeutů pokusit se interpretovat problém a přijít se zásahem, který zbaví klienta symptomů, pomocí zásahu do běžného života klienta a jeho rodiny. Důležitá je snaha u klienta nevzbudit dojem, že by se klient měl cítit či přemýšlet jinak než doposud. Zároveň členové týmu nenabývají dojmu, že chápou lépe význam problému, se kterým přichází klient (Olson, kol., 2014, s. 8-28). To je dozajisté velkým posunem a přínosem oproti stávající praxe profesionálů.

V pravém dialogu pracovníci týmu přináší do péče soucit, vcítění a své profesní role naplňují srdečným jednáním a přístupem. To přináší terapeutické spojení a stírá se rozdíl rolí profesionál-klient. Nedochozí tak k situacím, ve kterých se klienti cítí kontrolování a klienti nenabývají dojmu, že jsou pro tým pouze objektem či projektem jejich péče.

1.4 Anticipační dialog

Za souborem metod anticipačního dialogu stojí finský výzkumník a profesor sociální politiky Tom Erik Arnkil, který úzce spolupracoval se Seikkulou a je spoluautorem mnoha článků a knih (Seikkula, Arnkill, 2013, s. V). Anticipační dialog a otevřený dialog toho mají hodně společného, zejména to, že oba přístupy jsou síťově orientované a dialogické, avšak jejich postupy se značně liší (Seikkula, Arnkill, 2003, s.195). Anticipační dialog je pokládán spíše za samostatnou intervenci bez dalších setkání, namísto toho otevřený dialog se spíše skládá z více na sebe navazujících setkání (Seikkula, Arnkill, 2013, s. 85).

Arnkil a jeho tým se dlouhodobě věnovali výzkumu „multiproblémových“ situací. Jedná se o situace, kdy je do případu zapojeno více služeb, jejichž vzájemná spolupráce je velmi komplikovaná. Jedná se tak o dlouhodobé až vleklé situace. Cílem těchto výzkumů bylo zkvalitnit tuto komunikaci, a to zejména mezi odborníky, klienty a jejich

sociálními sítěmi. Arnkil se ve výzkumu věnoval především práci s rodinami a dětmi. Zapojenými účastníky byly hlavně sociální služby, terapeutické poradny, školy a další. Arnkilův anticipační dialog byl využíván nejen při práci s rodinami, ale také u cílových skupin, jakými jsou senioři a dlouhodobě nezaměstnaní (Seikkula, Arnkill, 2013, s. 62-64).

Tato setkání svolávají psychosociální pracovníci (nejčastěji tedy sociální pracovníci, učitelé, lékaři či zdravotní sestry), sami klienti a kdokoliv další pracující s dětmi a rodinami. Není vhodné, aby odborník, který setkání svolává byl v roli moderátora – facilitátora, neboť svoláním se přirozeně stává klientem. Proto iniciátor setkání žádá o dva facilitátory, kterými jsou nezaujatí psychosociální odborníci. Anticipační dialog je využíván hlavně pokud se na případu účastní více stran s není zřejmé, co která strana dělá, kdy jedna strana není spokojená s tím, co dělá strana druhá, či průběh péče komplikují narůstající obavy a koordinace pak často selhává (Seikkula, Arnkill, 2013, s. 62-64).

Pro dialog se využívá metoda otázek zaměřených na budoucnost. Setkání vždy vedou dva facilitátoři, kteří všem účastníkům pokládají reflektující otázky (Seikkula, Arnkill, 2013, s. 62-64).

Cílem tohoto dialogu zaměřeného na blízkou budoucnost je zplnomocňování a vytvoření společného akčního plánu, který povede ke snížení obav. Zároveň už samotný dialog dodává naději a zbavuje klienta a jeho sociální okolí obav. Klient by se měl cítit být vyslyšen. Tato praxe může mít také zplnomocňující dopad na klienty (Seikkula, Arnkill, 2013, s. 62-64).

2 Prostor pro otevřený dialog v českém prostředí

Velký přínos v prostředí české psychosociální péče shledávám právě v zavádění pokrokových a inovativních způsobů léčby duševně nemocných klientů jakým je právě otevřený dialog.

Péče o duševně nemocné je v české republice tvořena 3 vzájemně se doplňujícími a spolupracujícími segmenty:

A) Lůžková péče

Doktorka Irena Zrzavecká (2012) rozděluje lůžkovou péči do tří kategorií: „Akutní lůžková péče, následná lůžková péče a podpůrná péče realizovaná například sociálními službami.“

Akutní lůžková péče je způsob hospitalizace, který odpovídá na nepodchycenou ataku duševní poruchy, která nejde zvládnout bez poskytnutí lůžkové péče. Může se jednat o osoby, které o tuto péči žádají nebo také odmítají, avšak ohrožují sebe či ostatní. Pobyt je ohraničen dobou, během které dojde k vyšetření, diagnostice a nastavení následné péče (Zrzavecká, 2012, s. 41–42).

Následná lůžková péče je poskytována pacientům, u kterých byla provedena diagnostika, byl nastaven způsob léčby a zároveň pacientovy příznaky nedovolují propuštění do domácího prostředí (Zrzavecká, 2012, s. 41–42).

Podpůrná péče závisí na různých faktorech, kterými může být věk, způsob léčby, specializace na určitou diagnózu apod. Jednat se může o lůžka akutní i následná (Zrzavecká, 2012, s. 41–42).

Lůžková péče se kvalitativně a kvantitativně v jednotlivých krajích značně liší. Dle smluv s pojišťovny se lůžka akutní péče vyskytují pouze na psychiatrických odděleních nemocnic. Léčebny z finančních důvodů mají smlouvy nastavené na následnou péči, avšak realita je taková, že 86 % lůžek je akutních bez patřičného vybavení pro akutní péči (Zrzavecká, 2012, s. 41–42).

B) Ambulantní psychologická a psychiatrická pomoc

Cílem ambulantní psychiatrické pomoci je zjistit somatopsychický stav pacienta, diagnostikovat a navrhnout způsob léčby. To vše provádí psychiatr a o celém vyšetření rozhoduje sám. Celkové vyšetření se provádí při prvním přijetí pacienta a v případě, že došlo k přerušení léčby na dobu delší než dva roky (Pavlovský, Bankovská, Motlová, 2018, s. 8).

Ambulantní psychologická pomoc spočívá v tom, že klient pravidelně navštěvuje odborníka. Díky terapii nedochází k odloučení pacienta z domácího prostředí a výsledky terapie je možné ihned adresovat do života klienta (Vavrda In Vymětal, 2004, s. 65).

C) Sociální služby

Sociálními službami pracující s duševně nemocnými jsou léčebné komunity, krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení,

a týmy řízení případu. Se služby s duševně nemocnými se může sociální pracovník setkat např. v domovech pro seniory či zařízeních pro uprchlíky (Matoušek, 2010, s. 135).

Na zastaralost a neaktuálnost některých přístupů psychosociální péče poukázali odborníci z ministerstva zdravotnictví České republiky, což umožnilo od roku 2018 spustit první etapu dlouho připravované reformy psychiatrické péče v České republice. Reforma je logickou odezvou na řadu výzkumů, které poukazují na horší úroveň péče s duševně nemocnými oproti vyspělým státům západní Evropy. V probíhající reformě vidím prostor, který by mohl usnadnit zavádění OD či alespoň jeho prvky do českého prostředí.

Cílem reformy je zavedení komplexních změn v psychiatrické péči vedoucí ke zlepšení a zpřístupnění léčby pacientům z různých sociálních tříd. Stanovy reformy byly vydány v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“ (STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013).

Jedním z pilířů reformy je i změna vztahu mezi klientem a profesionálem. Důraz je kladen na přizpůsobení se zvyklostem klienta a zajištění co nejméně násilné formy intervence (STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013, s. 9–12). Podobné rysy byly popsány i v přístupu OD v Kapitole 1.3.

Reforma probíhá na národní úrovni a klade si za cíl strukturální změny včetně jejich koordinací. Jednou z těchto změn je i vznik tzv. Center duševního zdraví (CDZ). Podle mých dosavadních praktických zkušeností a podle výsledků praktické části práce, vznik těchto center poskytuje příhodné prostředí pro zavádění OD do českého prostředí. Jmenovitě tedy nastavení rovnocenných podmínek profesionálů v těchto centrech a celková změna přístupu ke klientovi, kdy je na klienta nahlíženo jako na rovnocenného partnera.

Změny a stanovy reformy se přímo dotýkají všech členů multidisciplinárního týmu, nicméně v kontextu této práce jsem zdůraznila změny umožňující podporu zavádění otevřeného dialogu z pohledu sociálního pracovníka, potažmo sociální služby. Pozornost jsem zaměřila na změny, které mohou pomoci při zavádění OD v České republice.

2.1 Strategie reformy psychiatrické péče

Cílem této kapitoly bakalářské práce je zdůraznit hlavní body reformy psychiatrické péče specifické pro sociální pracovníky, které mohou podpořit zavádění prvků OD (viz Tabulka č. 2) z pozice sociálních pracovníků.

V dokumentu (Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV, 2015, s.1–9), věnující se sociálním aspektům probíhající reformy, je zdůrazněná role sociálních pracovníků v CDZ. Autoři podkladů standardu CDZ zdůrazňují, že základní kostru center tvoří právě sociální pracovníci spolu s psychiatrickými sestrami (Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV, 2015, s.1).

Organizace

Z hlediska organizace je kladen důraz na vybudování koordinovaného systému péče o duševně nemocné v návaznosti na sociální péči pro všechny obyvatele republiky. Mezi nezbytné prvky patří rovnoměrné rozložení péče v České republice a vymezení práv a povinností na lokální i globální úrovni.

Reforma si klade za cíl zajistit dostupnost péče. Z hlediska sociální práce doporučuje alokovat 10 sociálních pracovníků na 100 000 obyvatel. Reforma se rovněž snaží o rozvinutí návaznosti sociálních služeb na psychiatrickou péči. Zmiňuje i koordinaci této návaznosti na makro úrovni. (STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013, s. 36–37).

Probíhající reforma klade důraz na organizační aspekty fungování multidisciplinárního týmu. Z pohledu sociálního pracovníka je podstatné propojit zdravotní a sociální složku týmu. Zároveň je kladen důraz na rozdělení práv a povinností obou pracovníků v týmu a definovat odpovědnosti jednotlivých osob. Třetím klíčovým prvkem je do jisté míry zajištění zastupitelnosti sociální a zdravotní složky týmu v klíčových dovednostech, jako je první kontakt s klientem, komunikace s rodinnými příslušníky, schopnost individuální psychosociální a psychiatrické rehabilitace a zvládnutí role týmového case managera. Tato zastupitelnost je důležitá pro zachování kontinuity léčby a schopnosti efektivně se přizpůsobit personálním nedostatkům v rámci multidisciplinárního týmu (Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV, 2015, s. 1–2).

Reforma psychiatrické péče (STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013, s. 36) a dokument (Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV,

2015, s 5–6) počítá se vznikem CDZ s 9,0 úvazkem pro personál zajišťující sociální služby pro spádový region se 100 000 obyvateli. Sociální pracovník je v reformě klasifikován jako kmenový zaměstnanec CDZ a člen multidisciplinárního týmu. Zastává roli case managera v rámci týmu.

Reforma dále počítá se zaměstnáním pracovníka v sociálních službách, který rovněž zastává místo v multidisciplinárním týmu a také se zaměstnáním peer konzultanta v CDZ jako člena multidisciplinárního týmu. Role peer konzultanta, tj. pracovníka s vlastní zkušeností s psychickým onemocněním, zlepšuje budování vztahu klienta s multidisciplinárním týmem a do léčby vnáší svůj vlastní pohled, často nezkreslený přístup a vzděláním ostatních profesionálů v týmu. Autoři v (Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV, 2015, s. 6) poukazují na pozitivní výsledky zahraničních výzkumů léčby při začlenění peer pracovníka v těchto odborných publikacích (Klein et al., 1998; Chinman et al., 2001; Yanos et al., 2001; Forchuk et al., 2005; Nelson et al., 2006; Huxley et al., 2005; Lawn et al., 2008).

V publikaci (Russell Razzaque, Tom Stockmann, 2016, s. 348-355) je představen přístup OD podporovaný peer pracovníky. V publikaci jsou doloženy pozitivní výsledky v začleňování peer pracovníků v multidisciplinárním týmu jak na straně klienta, tak na straně peer pracovníka. Z pozice klienta bylo pozorováno zlepšení kvality a úrovně života, zvýšení jeho nezávislosti a sebevědomí a celkové snížení sociální izolace. Naopak z pozice peer pracovníka byl zdokumentován osobní rozvoj a rozvoj dovedností, bylo pozorováno zlepšení finanční situace a zvýšení pravděpodobnosti najít a udržet si zaměstnání (Russell Razzaque, Tom Stockmann, 2016, s. 354).

Edukace

Jedním z hlavních námětů je vytvoření komplexního vzdělávacího programu péče o lidi s duševním onemocněním. Cílem je jasné vytyčení kompetencí a studijního programu psychoterapeutického vzdělávání. Reforma počítá se zaváděním certifikovaných a rekvalifikačních kurzů a specifických vzdělávacích kurzů zaměřených na práci s duševně nemocnými pacienty a jejich destigmatizaci, podporou terapeutických výcviků a odborných kurzů (STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013, s. 37–39). V rámci těchto kroků je otevřen prostor pro edukační kurzy zaměřené na přístup OD. V praktické části je potřeba těchto kurzů a seminářů doložena výzkumným šetřením 4 respondentů, ze kterého vyplynulo vzdělávání jako usnadňující faktor pro zavádění OD (viz Praktická část práce).

Rozšířením vzdělávání mohou být podpůrné aktivity reformy spočívající v organizaci tematických konferencí a seminářů. Reforma navrhuje přizpůsobit vzdělávací programy a rozšířit téma poskytování péče klientovi v jeho domácím prostředí (STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE, 2013, s. 37–39). V odborných podkladových materiálech ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CZD) (Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ), 2014, s.16) je navíc centrum zavázáno podílet se na edukaci pracovníků sociálních služeb, se kterými centrum spolupracuje. Pokud metoda otevřeného dialogu hlouběji pronikne do systému péče o psychicky nemocné v ČR, může se CDZ stát i prostředníkem pro vzdělávání sociálních pracovníků mimo samotné centrum.

2.2 Centra duševního zdraví

Jedním z hlavních cílů probíhající reformy je vznik Center duševního zdraví. Jedná se o organizační jednotky tvořené terénními sociálními pracovníky, zdravotníky a odborníky z praxe. Cílem pracovníků z jednotlivých center je poskytovat sociálně-zdravotnické služby klientům v jejich vlastním prostředí, dovoluje-li to podstata vykonávané práce. Podoba těchto center je definována a popsána v odborných podkladových materiálech ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ) (Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ), 2014, s.4–16).

Reforma počítá s reorganizací komplexní psychiatrické péče o pacienty. Institucionální charakter léčby by měl přejít do lépe vybavených lokálních Center duševního zdraví. Díky tomuto principu je podle mého názoru možné efektivněji zavádět prvky otevřeného dialogu do českého prostředí. Díky centrům bude dojde k bližšímu propojení sociální a zdravotnické složky v týmu a vyrovnání postavení jednotlivých zaměstnanců.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Představení výzkumu

Výzkumná část této práce je zaměřena na průzkum zkušeností a postřehů při zavádění psychosociálního přístupu – otevřený dialog ve dvou organizacích: Zahrada 2000 z.s. a Mana o.p.s., do českého prostředí. V navazující části práce je popsán výzkum a jeho technika, je zpracován průběh rozhovorů a je provedena jejich následná analýza.

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumné části, práce je zmapovat postoje a vlastní zkušenost pracovníků dvou organizací, Zahrada 2000 z.s. a Mana o.p.s., aktivně se snažící zavádět otevřený dialog do své praxe. Záměrem je zjistit, jestli otevřený dialog a jeho prvky nějakým způsobem obohatili péči o klienta z pohledu pracovníků organizace, jestli se v uvedených organizacích daří zavádět OD do praxe a jaké kroky toto zavádění podle respondentů podporují, popř. mu brání. V rámci výzkumu bych chtěla rovněž zjistit, jaké mají osobní zkušenosti s probíhající reformou psychiatrické péče, a jestli tedy její hlavní body, které byly popsány v Kapitole 2.1 podporují zavádění otevřeného dialogu ve dvou zkoumaných organizacích. Cílem je i na základě zpětné vazby získané od respondentů vytipovat kroky či jejich doporučení na aplikaci přístupu OD do praxe.

Na základě výše stanoveného cíle jsem si tedy stanovila následující výzkumné otázky:

- *Co nového přináší zavádění otevřeného dialogu?*
- *Co usnadňuje zavádění otevřeného dialogu do praxe?*
- *Co v českém prostředí brzdí zavádění otevřeného dialogu?*
- *Jaké jsou osobní zkušenosti respondentů s probíhající reformou psychiatrické péče?*
- *Jakých kroků bylo doposud v dané organizaci dosaženo?*

3.2 Metoda výzkumu

Vzhledem k málo rozsáhlému využívání přístupu otevřeného dialogu v českém prostředí, byl pro dosažení výzkumného cíle zvolen kvalitativní přístup, který u malého počtu objektů zkoumá mnoho aspektů. Navíc tato práce cílí na zkoumání zkušeností s OD a cílí na zkoumání zavádění otevřeného dialogu u dvou organizací, a právě kvalitativní výzkum poskytuje podrobný nástroj na nalezení odpovědí na tento formát výzkumných otázek (Hendl 2016, s. 49).

U této výzkumné metody si osoba provádějící výzkum ze začátku stanoví téma a na základě toho vyvodí výzkumné otázky, které v průběhu výzkumu, sběru a analýzy dat může podle potřeby přetvářet a doplňovat. Díky této vlastnosti se kvalitativní výzkumu také často označuje jako pružný typ výzkumu (Hendl, 2016, s. 46). Jedná se o přístup, který nepracuje s měřitelnými charakteristikami, ale pokouší se nahlížet na určitý prvek, aspekt, proces apod. v jeho pravém prostředí a vyobrazovat ho v co nejvíce souhrnné podobě, včetně jeho vztahů s dalšími aspekty. Sběr dat je spojen s hlubším a delším kontaktem s prostředím (Reichel, 2009, s. 40).

3.3 Technika zjišťování dat a výzkumný vzorek

Nástrojem při sběru dat je pro účely této práce použit rozhovor. Typem kvalitativního rozhovoru zvoleným pro tento druh výzkumu je strukturovaný rozhovor, který jsem doplňovala navazujícími otázkami vyplývající ze situace. Jedná se o rozhovor, ve kterém jsou předem vytyčené otázky, které v rozhovoru budou figurovat. Pořadí otázek je v průběhu interview dodržováno podle připraveného plánu. I přesto, že se jedná o volné otázky, strukturalizace a formalizace často brání přirozené komunikační atmosféře, což může být částečně nevýhodou tohoto typu rozhovoru. Značnou výhodou této podoby interview je snadnější vyhodnocování dat – sesbíraná data jsou vzájemně tematicky srovnatelná, dodržuje se definovaná struktura a rozsah (Reichel, 2009, s.110-112).

Subjektem podrobeným výzkumu v této bakalářské práci jsou sociální pracovníci pracující s duševně nemocnými osobami v organizacích, které aktivně pracují na zavádění přístupu otevřeného dialogu či jeho principů do praxe.

Nejrozšířenějším způsobem výběru zkoumaného subjektu je metoda záměrného výběru, která je charakteristická tím, že badatel si výzkumný vzorek vybírá na základě konkrétních vlastností a posléze s tímto vzorkem pracuje. Zkoumající vyhledává ty respondenty, kteří splňují jím určená kritéria a jsou ochotni spolupracovat (Mioviský 2006, s. 135).

Vzhledem k praktickým možnostem jsou pro účely této práce provedeny čtyři rozhovory se sociálními pracovníky pracujícími s duševně nemocnými klienty v organizacích, ve kterých jsem byla na praxi v rámci mého studia na CARITAS – Vyšší odborné škole sociální Olomouc.

3.4 Realizace výzkumu, zpracování a analýza výzkumných dat

Způsob, kterým je v této práci proveden sběr dat je audiozáznam. Výhoda této metody je její autentičnost, jelikož zvukový záznam zachytí vše, počítaje intonaci, pomlky apod (Mioviský, 2006, s. 197). Před samotnou realizací polostrukturovaného rozhovoru, jsem respondenty oslovila telefonicky, a po telefonu jsem jim představila výzkumný cíl práce a objasnila průběh rozhovoru. Rozhovory se odehrály na půdě obou organizací. Rozhovor s prvním sociálním pracovníkem ze společnosti Mana o.p.s proběhl dne 9.4.2019 a s druhým sociálním pracovníkem z Many dne 11. 4. 2019. Se sociálními pracovníky z organizace Zahrada 2000 proběhly rozhovory dne 18. 4. 2019.

Před realizací výzkumu jsem si od klientů vyžádala souhlasy se záznamem rozhovoru na audiozáznam. Každý rozhovor trval přibližně 45 minut. Pokud byla potřeba otázku jsem respondentovi dovysvětlila, spontánně se doptávala na doplňující informace, popř. je poprosila o rozvedení jejich odpovědí.

Často se stávalo, že respondenti ve svých odpovědích navázali na jednu z dalších připravených otázek. V takovém případě jsem se přizpůsobila a reagovala na danou oblast, kterou respondent rozvíjel a poté podle potřeby rozhovor opět směřovala k původnímu tématu. Data jsem poté z audiozáznamu přepsala do textového záznamu, čemuž se odborně říká transkripce (Mioviský, 2006, s. 205). Během přepisování jsem vypustila výplňková slova nesouvisející s kontextem rozhovoru (vlastně, takže, jakože apod.) a odpovědi s nulovou informační hodnotou (Můžete mi zopakovat otázku?). Vzniklo celkem 42 stran textového materiálu.

Pro analýzu dat bylo v tomto výzkumu využito postupu tzv. kódování, při kterém dochází k rozklíčování dat, aby se s nimi dalo dále pracovat. Existují tři způsoby, jak nakládat s analyzovaným textem. Jedná se o otevřené kódování, axiální kódování, a selektivní kódování. Výzkumník mezi nimi může volně přecházet dle potřeby.

Otevřené kódování odkrývá v údajích jednotlivá témata, ke kterým se dále přiřazuje název, čímž může být sloveso či podstatné slovo. Kódovat je možné konkrétní slova, odstavce či celé texty.

U axiálního kódování badatel hledá, jak propojit jednotlivé kategorie, hledá, co spolu souvisí. Zkoumá, co v jaké kategorii je propojeno s něčím v jiné kategorii.

Selektivní kódování přichází po axiálním, kdy se přezkoumávají údaje a kódy a selektivně se zpracovávají. Je zde snaha vyzorovat klíčová témata a kategorie, které vyplynou z výzkumu (Hendl, 2016, s. 251–254). V rámci analýz a zpracování dat jsem využívala všechny tři druhy kódování.

4 Interpretace dat

V této části práce jsou uvedeny výsledky zpracovaných dat. Tyto výsledky jsou rozděleny do pěti oblastí a popíši je spolu s kódy, které mi dopomohly k vyhodnocení údajů. Každá oblast je pro přehlednější výsledků doplněna koláčovým grafem.

- Přínos otevřeného dialogu
- Faktory ulehčující zavádění otevřeného dialogu
- Faktory znesnadňující zavádění otevřeného dialogu
- Reforma psychiatrické péče a vnímání reformy dotazovanými pracovníky
- Dosažené výsledky při aplikaci otevřeného dialogu

4.1 Přínos otevřeného dialogu

V této první kategorii jsem zjišťovala, jaký je přínos otevřeného dialogu v praxi. Respondenti čerpali ze svých zkušeností při práci s tímto přístupem a jeho principy.

U všech respondentů se objevilo téma **rovnosti rolí všech pracovníků v týmu OD** a odpovědi všech se shodují v tom, že tato rovnost rolí je přínosem. Tuto dedukci dokládá respondent č. 2: „*Přijde mi na tom příjemný, že se tam i stírá to,*

že je tam sice odborník, hlavně teda u nás ten lékař, který má to výrazné slovo, ale že tam se to jakoby stírá, že každý ten hlas má stejnou hodnotu.“. Jako zajímavou vnímám odpověď vztahující se k rolím v týmu respondenta č. 4, který poukazuje na to, že i přes rovnocenné role v týmu, profese každého profesionála je využita jinak.: „Jsou tam jako neprofesionálové, ale mají jako profesionalitu tu svojí konkrétní pozici jako sociální pracovník nebo třeba jako psychiatr, tak potom se můžou sejít jako tým a podávat té rodině různé návrhy z té svojí pozice.“

Dále se tři respondenti shodli na tom, že cítí, že **zátěž při práci s OD je menší** v porovnání s tím, s čím byli zvyklí pracovat před přechodem na OD. Na otázku, jaká je míra zátěže při práci s přístupem OD uváděli:

Respondent č. 2: *„Mně to přijde, že je to jednodušší. Jednodušší tým, že je na to více lidí, a i v tom rozhodování, jak s tím člověkem pracovat. Že v tom není sám a zazní tam více hlasů. Že i ta zodpovědnost je taková, že je rozloženější. Zároveň jsou tam různé k tomu nástroje, které se dají využít, ať už se to týká třeba mapování těch potřeb v jednotlivých oblastech života toho klienta. Takže jakmile je s čím pracovat a co využít, tak to výrazně usnadňuje tu práci.“*

Respondent č. 3: *„Takže samotný otevřený dialog udělá naši práci lehčí. Kdybych měl porovnat čistě metodu faktu nebo „CARu“ a metodu otevřeného dialogu, tak si myslím, že práce v otevřeném dialogu je komfortnější pro mě jako pro pracovníka. Je mi v tom lépe.“*

Respondent č. 4: *„Přijde mi, že ta zátěž je úplně minimální, že tu zátěž vidím v jiných přístupech a v OD mi přijde že je víc rozložená prostě v té celé skupině, která se toho účastní, plus to, že OD hodně pracuje s tím, aby nám bylo dobře, těm facilitátorům v reflektujícím týmu, aby v tom týmu, který vyjíždí, jsme se cítili spolu dobře, abychom se znali spolu navzájem, pracovalo se nám spolu dobře. Takže to, co OD nabízí, tak je i to, že vlastně my jako tým jsem oporou jedni druhým pro sebe, a to jakoby hodně tomu pomáhá, že ten stres se tolik neobjevuje a je rozložený.“*

Dalším přínosem, na kterém se shodli taktéž tři respondenti, je fakt, že při práci s přístupem OD je **klient vždy v obraze** ohledně jeho péče a zároveň, jeho hlas je vyslyšen a on se takto může rozhodovat o svém životě. Respondent č. 1 dokonce uvádí, že v tom, že klient má právo se rozhodovat o svém životě, vidí největší smysl otevřeného dialogu. Respondent č. 3 uvádí, že tento princip je také důvodem, proč ve své organizaci tento přístup zavedli do své praxe. Na otázku *„Proč jste se rozhodli zavádět přístup*

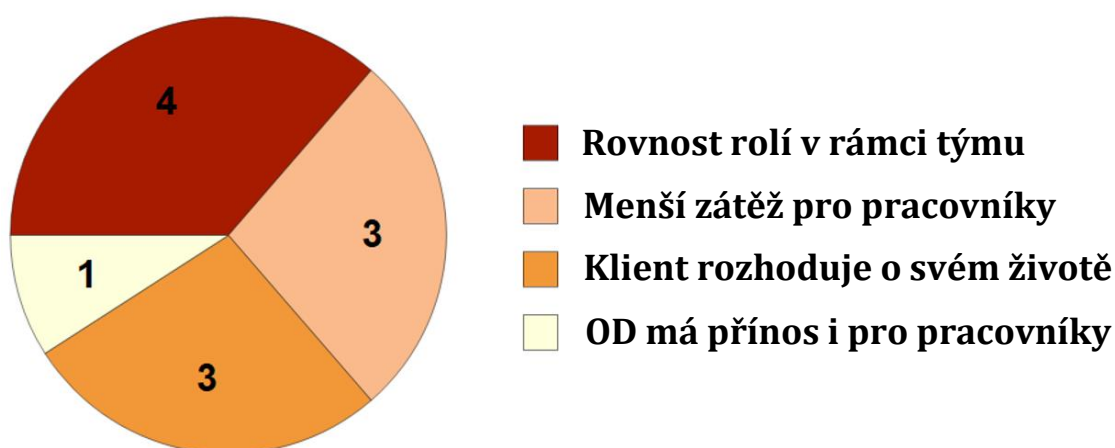
otevřeného dialogu?“ odpovídá: „Že to je zkompetentňující přístup nebo nechává kompetence těm lidem, kterým patří a do značné míry velmi neexpertní přístup, což je s tím spojený, nedirektivní – nemá potřebu jakoby lidem nastavit ten jejich život.“ Respondent č. 4 to potvrzuje svou odpovědí na to, proč si myslí, že je dobré zavádět otevřený dialog: „Myslím si, že je dobré ho zavádět proto, protože je to nový přístup, který naprosto respektuje toho člověka. Což je novinka v tom, jak teďka aktuálně funguje celkový systém zdravotní péče jakoby psychiatrické zdravotní péče, a je vidět, že někde to funguje, že v Norsku to má veliký úspěch, a že ti lidi skutečně jsou tím proměňovaní a jsou uzdravováni, cítí se líp.“

Dále se jako přínos u různých respondentů objevovaly různé důvody. Důležité mi přijde zmínit odpověď respondenta č. 4, který uvádí, že: „Je to asi jiné v tom, že je ten OD i pro nás. Že je to platforma, kde se i my nemusíme cítit dobře, je to ok, můžeme za sebou přijít navzájem a věnuje se ten čas i tomu pracovníkovi, kdy je tam ten tým připraven pro to ho vyslechnout a podpořit, když se necítí dobře i v osobních záležitostech, nemusí se týkat jen práce. Takže to je krásný, že ta metoda se nedotýká jenom ven směrem ke klientovi, ale i směrem dovnitř.“ a dále: „Je vidět, že ti lidi, kteří nám o otevřeném dialogu říkají a učí, tak je vidět, že oni ho skutečně žijí. A že jsou vlastně proměnění celým tím OD, takže mě to přijde výborný. Protože i přístup, jakým oni to předávají a jakým nás to učí, tak už hrozně krásně zobrazuje přístup OD už jenom v tom, jak oni s námi komunikují.“

Všechny tyto odpovědi ohledně přínosu otevřeného dialogu odpovídají principům, které jsou popsány v teoretické části práce v Kapitole 1.2.

Hlavní výsledky zkoumané oblasti přínosu OD byly pro přehlednost zpracovány do koláčového grafu na obrázku 1.

Co nového přináší otevřený dialog



Obrázek 1: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se přínosu OD

4.2 Faktory ulehčující zavádění otevřeného dialogu

Další zkoumanou oblastí je to, co usnadňuje a pomáhá při zavádění otevřeného dialogu. V této kategorii nejvíce figuroval faktor **vzdělání**. Všichni respondenti prošli nějakou formou vzdělávání, jak vést otevřený dialog. Tři respondenti se shodli na tom, že vzdělávání různých podob pomáhá při zavádění OD do praxe. Respondent č. 1 uvádí: *„To, že máme možnosti zahraničních stáží, to že jsou konference, že máme vlastně možnost mluvit s lidmi, kteří jsou právě ze zemí, kde tyhle věci už fungují, tak to jsou všechno důležité věci, který vlastně pomáhají vůbec něco takového nového rozjet.“*

Respondent č. 2 říká, že: *„Přijde mi tedy, že určitě to vzdělávání, že kromě toho „CARE“ jsme měli ještě ten „FACT model“, takový to, že člověk získává povědomí o tom, jak by se to dalo dělat jinak. To že samozřejmě mluvíme s odborníky na ten daný způsob práce s lidmi s duševním onemocněním.“*

To potvrzuje i odpověď respondenta č. 4. který uvádí, že pokud všichni pracovníci organizace nejsou proškoleni v přístupu, znesnadňuje to práci: *„Problémem bylo to, že ne všichni pracovníci prošli OD výcvikem, takže ne všichni mu plně rozumí a je pro ně těžký často přijmout tenhle pohled, administrativní pracovníci, různí nově příchozí pracovníci, kteří to zatím nezažili ten výcvik. Tak to bylo hodně těžký, když k nám přišel třeba nový kolega a nebyl zvyklý na tenhle přístup a vůbec nevěděl,*

nerozuměl tomu, proč se k sobě takto chováme a proč by měl vykládat, jak se má a proč je k tomu pozvaný.“

Další odpovědi týkající se vzdělání, je odpověď respondenta č. 2, který mluví o globálním vzdělávání v České republice: *„No, nabízí se vzdělávání. Jako začít o tom mluvit na těch školách. Že je to jeden z přístupů v péči o duševně nemocné, a tak jak se třeba berou v sociální práci ty různé cílovky, tak aby tam potom zaznělo, že tohle je nějaký způsob práce a vlastně co to obnáší a zároveň, aby to bylo i na těch zdravotnických školách pro ty sestry, které pracují na psychiatrii.“*

Dalším faktorem, který byl v rozhovorech s respondenty zmíněný je **společné nastavení týmu**. Dva odpovídající se shodli na tom, že bez toho, aniž by všichni v týmu upřímně věřili v otevřený dialog, je zavádění těžké.

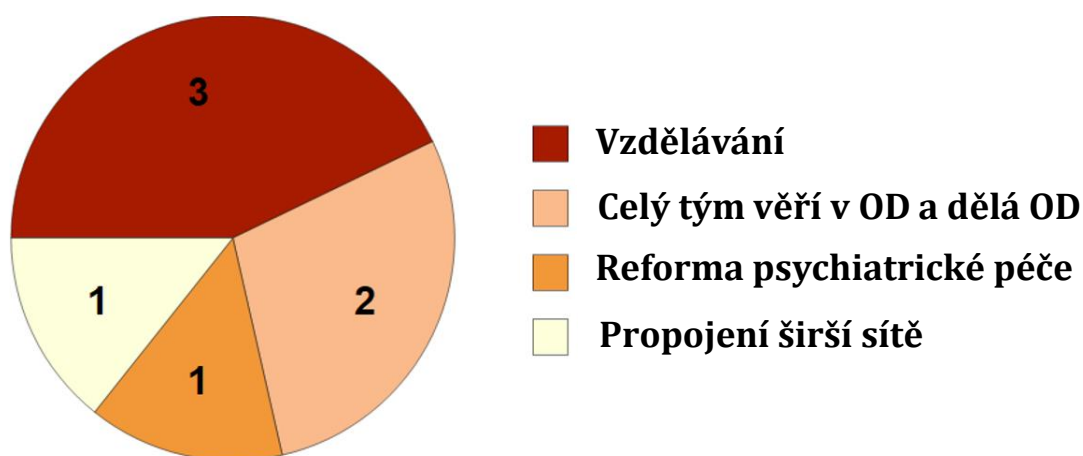
Respondent č. 2: *„No, určitě to společný naladění. Že tomu tak všichni věříme, že tohle je ten způsob práce, který je prostě efektivní a dobrý pro ty klienty.“*

Respondent č. 3: *„Tak určitě nějaký systematický support k tomu. Ta organizace na to musí být nastavená. Musí to chtít, musí vytvořit prostředí pro zavádění, protože některé principy jsou prostě těžké. Začít umět být otevřený, umět nést riziko otevřenosti, umět tolerovat nejistotu. Takže určitě je důležité, aby ta organizace uměla podpořit lidi v rozvoji v těchto kompetencích.“*

Mezi další faktory usnadňující zavádění OD uvedl respondent č. 1, že zavádění otevřeného dialogu také usnadňuje právě probíhající reforma psychiatrické péče. Respondent č. 3 poukazuje na důležitost propojení širší společenské sítě a věří, že takové to propojení by pomohlo při zavádění otevřeného dialogu do praxe: *„Moje nejvíce jsou zapojení širší sítě, společenské sítě jakoby aktérů, policie, lékaři, školy. To znamená, kde jsou, kde vznikají ty první kontakty s duševním onemocněním, aby organizace mohly, služby mohly reagovat opravdu jako časně. Tak to je první, co bych si hodně přál.“*

Hlavní výsledky z oblasti faktorů usnadňující zavádění OD ve zkoumaných organizacích jsou zpracovány do grafu na obrázku 2.

Co pomáhá zavádět otevřený dialog



Obrázek 2: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se faktorů ulehčujících zavádění OD

4.3 Faktory znesnadňující zavádění otevřeného dialogu

Dalším zkoumaným záměrem bylo nalezení faktorů brzdících zavádění otevřených dialogů v českém prostředí. Odpovědi respondentů se v této problematice hodně shodovaly. Na třech brzdících faktorech se shodli všichni respondenti jednohlasně. Těmito faktory jsou těžká spolupráce se zdravotnickým sektorem a finance. Dále byla řeč o celkovém nastavení společnosti a špatné informovanosti veřejnosti o otevřeném dialogu.

Jedním z nejvíce komentovaným faktorem byla **špatná spolupráce se zdravotníky a zdravotním systémem**. Respondenti vidí negativně aspekt v tom, že zdravotní systém se hodně liší od toho sociálního, avšak při péči o duševně nemocné je zapotřebí aby oba systémy spolupracovaly. Respondent č. 1 uvádí, že beze změny zdravotního systému nelze plošně zavádět otevřené dialogy: „*Takže pokud náš systém zatím bude fungovat tak jak funguje třeba i psychiatrická péče, a ambulantní lékaři, tak jako nemůžeme očekávat, že všichni pojedou v otevřených dialogích. To jako nejde.*“ Dále tento respondent poukazuje na potřebu zdravotníků v terénu: „*My toho člověka vidíme na rozdíl od těch zdravotních složek víc v té komunitě, pracujeme s ním v bytě, tak vlastně víme, jaký potíže má, co se mu děje v bydlení, v rodině, v práci a potřebujeme do toho*

vtáhnou i tu zdravotní stránku, aby to viděli i ti lékaři a, aby ho buď dokázali nějakým způsobem dřív propustit z té péče, třeba když opravdu ta návaznost tam je nebo postavit ten tým tak, aby byl schopný k tomu klientovi dojít do jeho bydliště. Co nám k tomu momentálně chybí je teda vlastně terénní psychiatr, to je teda věc, která nám nejvíce chybí k tomu, vlastně aby spousta klientů měla tu péči v těch domácnostech a nemusela být vůbec hospitalizovaná.“

Respondent č. 2 poukazuje na špatnou informovanost zdravotnických pracovníků: *„Jo, sice se o tom mluvilo v nějakých kruzích, že se to ještě nedostalo právě mezi ty odborníky, kteří se věnují těm klientům, ať už se jedná o psychiatry nebo ten zdravotnický personál.“*

Respondent č. 3 naráží na trhlinu v systému, která se projevuje ve směřování osob s první atakou nemoci do léčen, protože v otevřený dialog není zatím v českém prostředí důvěra: *„I ti klienti v té prvoatace – v tom okamžiku, kdy to začíná. Těch se nám nedostává, protože prostě, síť na to neumí úplně reagovat. Standardně se ten klient objeví u obvod'áka a obvod'ák ho hned posílá někam do psychiatrický nemocnice. A úplně to mine tu pomocnou síť, kterou by měl potkat v tu chvíli. A není to i úplně o tom, že by obvod'áci nebyli informovaní, ale že to neberou v potaz.“*. Respondent dále uvádí, že: *„Zvou nás do spolupráce, kde to je, my už nevíme, co dál, než hele tady by to mohlo být super, kdybychom to nastartovali jinak. Myslím si, že zatím věří více svému systému než našemu.“*

Respondent č. 4 doplňuje: *„Tak my vlastně přistupujeme ke klientovi tak, jak to té nemocnici nepřipadá úplně dobrý a pak na sebe narážíme.“*

Další hodně diskutovanou oblastí jsou **finance**. Opět se všichni respondenti shodují, že špatné financování brzdí zavádění otevřeného dialogu.

Respondent č. 1 mluví o velké finanční nejistotě se kterou se musí potýkat neziskové organizace. Rozebírá problematiku jednorázového financování neziskových organizací, z čehož vychází, že neziskové organizace nemohou z dlouhodobého hlediska určit, do jakých projektů se začlení. Říká, že: *„Je strašně těžký to finančně udržet dál, aby se ty principy mohly využívat, aby to, co se změnilo, aby se ta změna udržela a aby se ukázalo, že fakt je k lepšímu.“*. Opět zmiňuje aspekt financování v otázce, co by se mělo změnit v péči o duševně nemocné.

Respondent č. 2 ukazuje na finanční nákladnost výcviků: *„Já jsem pochopila, že tam (OD) ta většina těch pracovníků, třeba jako i jako ten zdravotnický personál, by*

měl mít nějaký terapeutický výcvik, tak to si spíš říkám, že vzhledem k tomu, jak je ta profese podhodnocena v sociálních službách a kolik ty výcviky stojí, že je to spíš v našich podmínkách nereálné.“

Respondent č. 3 uvádí: *„Peníze, když jsou šikovní projektáři, se vždycky dají sehnat a standardní financování prostě v sociálních službách je špatné, jakože umíme zaplatit pouze základní činnosti, nic jiného. Takže obecně financování naší práce je jako mizerné. Vždycky bylo a nečekám, že se to v nejbližší dvaceti letech změní.“*

Respondent č. 4 říká, že: *„Ano, finance určitě. Aktuálně to není jakoby není řádná možnost, jak to financovat, z projektů možná leda, ale není to prostě financovatelný aktuálně.“*

Všichni respondenti se shodují, že péče o duševně nemocné a sociální služby nejsou dostatečně financovány. V odpovědích také figurují projekty, které jsou hlavním zdrojem financí, ale zároveň i administrativní zátěže viz. respondent č. 1: *„Je to o tom, že se vždycky vymyslí nebo naplní nějaký obrovský projekt proto, aby se to vůbec mohlo spustit a s tím je spojena strašná administrativa a nějakým způsobem to taky trochu zabrzdí většinou nějaký jiný věci, ale vlastně ten projekt potom skončí“*

Brzdou potvrzenou třemi respondenty je **postoj společnosti**. Respondent č. 1 poukazuje na fakt, že když člověk v nějakém systému dlouhodobě pracuje, je změna těžší. *„Co nejvíc brzdí? Možná fakt ten postoj lidí. Jo ono fakt není jednoduchý si říct, že jsme x let pracovali tak, že máme supervizi a klient u toho není nebo, že jsme si i při nějaké naší poradě řekli, hele tady se něco děje, tady je potřeba se na to podívat takhle, nebo tenhle klient začíná něco a je pro spoustu lidí je to běžný způsob práce, kde nevidí jako jo, a ne každý si dokáže říct tak prostě tak budeme úplně mlčet a až ten klient přijde tak před ním to budeme řešit.“*

Respondent č. 2 uvádí: *„Ty dialogy jsou zaměřeny dost komunitně, jo, že i ta filozofie je taková že tam fungují nějak sousedi, funguje tam širší okolí toho člověka, a tady je to pořád takový, že lidi se bojí a GDPR se řeší úplně do extrému a mi přijde, že potom už to není ani k prospěchu toho člověka. Jo že potom už se tady ztrácí ta přirozená lidská komunikace a péče o člověka. Tak to mi přijde, že tam na tom severu to mají ještě trochu jinak. Takže takovýto naladění národnostní je jiný.“* Respondent poukazuje na situaci ve Finsku v kontrastu s Českou republikou.

Této tématice se v jedné ze svých odpovědí věnuje také respondent č. 1, který uvádí: *„Já si myslím, že to je celý systém, že my si vždycky ze zahraničí dovezeme nějakou*

super myšlenku ať je to Finsko, Švédsko, Dánsko, Holandsko, Itálie, je spousta zemí, kde dělají dobré věci a mě někdy přijde, že my se snažíme tu myšlenku urputně sem vnést tak jak jí mají oni, ale bohužel nedokážeme ji v danou chvíli modifikovat na náš právní systém na náš zajetý systém, a myslím si, že je to to, že hned očekáváme teď velkou změnu pro všechny. Což většinou jde strašně postupně. Určitě je dobrý si ty myšlenky přebírat, proč vymýšlet něco co je vymyšlený, ale je potřeba měnit i systém tady, jo, aby to mohlo fungovat.“

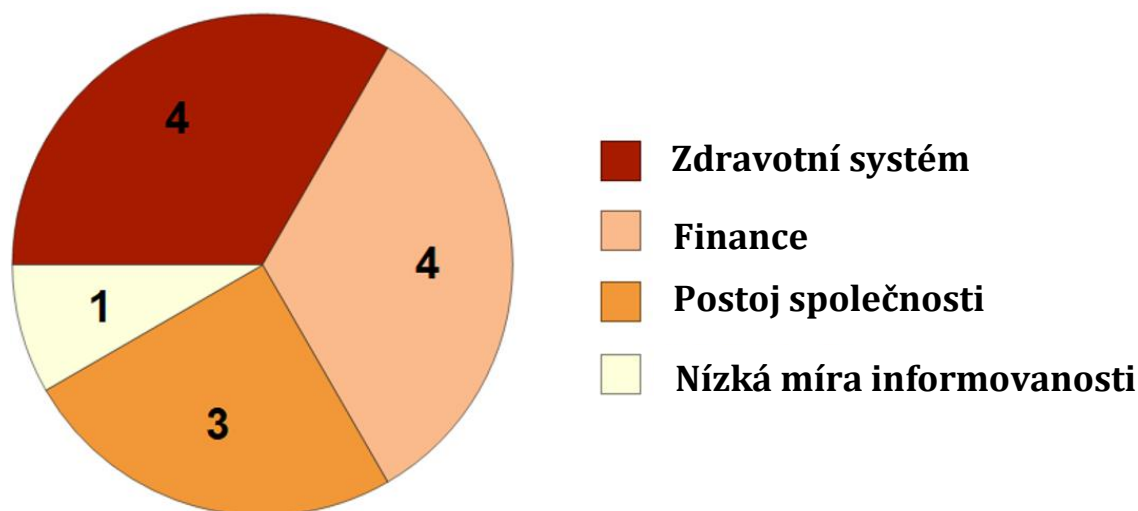
Respondent č. 3 uvádí: *„Takže já si myslím, že největším omezením je to ovzduší. Prostě každá nová metoda, která roste se musí vyrovnat s obrovským protitlakem.“*

Respondent č. 4 přímo neříká, že smýšlení lidí brzdí zavádění, avšak naráží na to ve svém komentáři: *„To zavádění do ČR si myslím že je i změna přístupů nás lidí, kteří jsme tím prošli i k druhým lidem.“*, ve které poukazuje na to, že osoby pracující s otevřeným dialogem, mohou měnit právě toto negativní smýšlení svým přístupem a jednáním k veřejnosti.

Dále tento respondent pokládá za brzdu zavádění nedůvěru v tento přístup, založenou na **neznalosti** otevřeného dialogu: *„Asi nějaká nedůvěra vůči té metodě. Jakožto vědecké metodě. Pak to asi brzdí i to, že to není úplně známá metoda, lidi to úplně neznají, neví, co od toho očekávat, takže neznalost té metody.“*. S čímž souvisí odpověď respondenta č. 1, který poukazuje na ojedinělost přístupu otevřeného dialogu: *„Nedostatkem celého toho systému je, že je velmi ojedinělý, že ho používá málo lidí a že se ještě nedá aplikovat plošně. Takže se může stát, že se ten klient dostane do zařízení, kde pracují touhle formou otevřenou a bude z toho možná velmi překvapený a bude se divit co se to děje, ale bohužel ve většině života se mu bude dít ten opak, kdy nebude účastníkem toho dialogu.“*

Hlavní výsledky oblasti faktorů usnadňující zavádění OD ve zkoumaných organizacích jsou zpracovány do grafu na obrázku 3.

Co brzdí zavádět otevřený dialog



Obrázek 3: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se faktorů brzdících zavádění OD

4.4 Vnímání reformy psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče je zde diskutována, protože otvírá prostor pro nastavení českého prostředí psychiatrické péče do podoby, ve kterém by bylo využívání otevřeného dialogu jednodušší (viz Kapitola 2.1). Respondenti byli dotazováni, jak tuto reformu vnímají a jestli, popřípadě jakým způsobem, se dotýká jejich pozice sociálního pracovníka.

Všichni respondenti se shodli, že **myšlenka reformy je velmi pozitivní** viz např. respondent č. 2: „*No, tak vnímám reformu jako samozřejmě nápad výborný, ta myšlenka na začátku je fajn, co se týká rušení tady těch velkých ústavů a vznik CDZ*“.

Zároveň ale dva respondenti uvádí, že **reforma je pomalá** a do poslední doby se toho moc neudálo.

Respondent č. 2 dodává: „*Ted' už teda pomalinku začíná něco dít, ale bylo strašně dlouhé období, kdy se akorát o něčem mluvilo, a tím se dělalo že je něco splněno, ale vlastně nic se pro ty klienty, ani pro tu změnu neudělalo.*“

Respondent č. 3 komentuje: „*Pomalou to jde, pomalu. Já v tom budu asi ošklivý, ale mám pocit, že se zatím nic nestalo, jakože se začíná mluvit, že se lidé začínají potkávat, je dobré i že vznikly nějaký první CDZ, jo tak CDZ jsou určitě krok správný směrem.*“

Mě to obecně dává smysl, mě to obecně celý dává smysl, ale jde to asi pomaleji, než bych chtěl.“

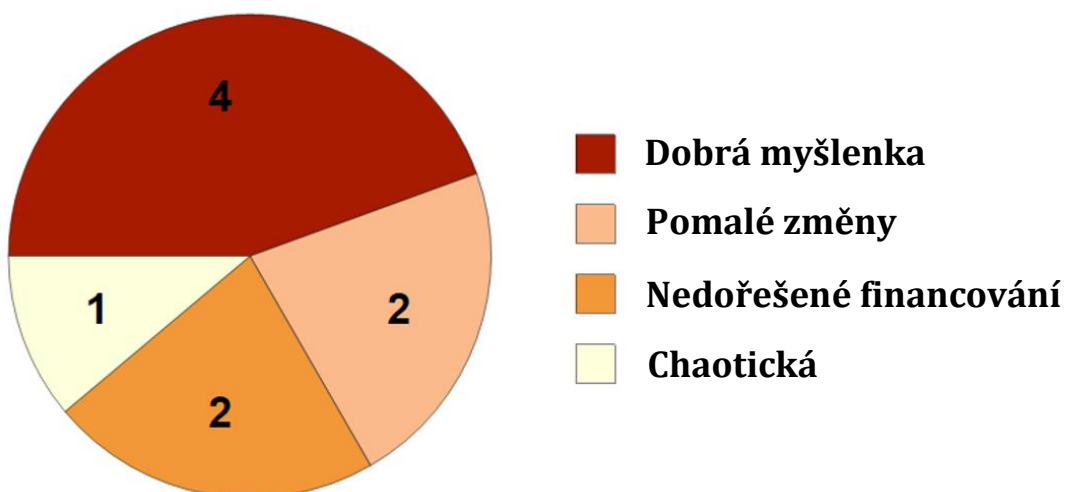
Dva respondenti také uvádí **obavy ohledně financování**: Respondent č. 1: „*Další věc ještě k té reformě, aby nějakým způsobem bylo zajištěno to financování. Teďka je taková velká obava, jestli vlastně po tom, co skončí evropské projekty budeme schopni udržet ty kroky, které se nastavily, aby to nesklouzlo někam, že jo úplně jinam.*“

Respondent č. 2 uvádí velkou řadu otázek okolo reformy a jednou z nich je právě financování: „*Otázky stylu a kdo vlastně teda bude na tom spolupracovat? Kdo to teda založí a jakým způsobem? Kdo převezme tu odpovědnost? Jak to teda bude financovaný, jak se získá doktor, který by teda v tom centru byl? Zároveň jak se sežene ten další personál? Je to takové, že tam je řada věcí nedomyšlených a samozřejmě z toho plynou taky jakoby ty zádrhly, jak v té nedomyšlenosti toho financování, tak samozřejmě i v tom přemýšlení.*“.

Další kritika ze strany respondentů poukazuje na **chaotičnost reformy** viz. respondent č. 1: „*Já tam vnímám takový to úskalí, že je taková chaotická pro mě stále ještě, že se všechno řeší naráz a nesystémově a až se udělá bod B, tak teprve se vracíme k bodu A.*“.

Hlavní závěry týkající se vnímání probíhající reformy psychiatrické péče respondenty jsou zpracovány do grafu na obrázku 4.

Jak vnímají respondenti reformu psychiatrické péče



Obrázek 4: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se názoru na probíhající reformu psychiatrické péče

4.5 Dosažené výsledky

Poslední část výzkumu se zaměřuje na dosud realizované kroky a dosažené výsledky při zavádění OD v obou organizacích. Tato oblast poukázala na asi největší rozdíl mezi organizacemi, ve kterých jsem výzkum prováděla. Zahrada 2000 z.s. má přístup OD zavedený v praxi a momentálně tímto způsobem pracuje se čtyřmi rodinami. Většina pracovníků Zahrady 2000 z.s. absolvovala výcvik v tomto přístupu a aktivně spolupracuje s klinikou otevřeného dialogu.

Společnost Mana o.p.s. aktivně pracuje na zavádění principů otevřeného dialogu, z toho řadu z nic má již zavedeno, nicméně s plnou formou otevřeného dialogu, tak jak jsem OD popsala v teoretické části práce (viz Kapitola 1), zatím nepracuje. Obě služby mají společné to, že mají zavedeny multidisciplinární týmy, ve kterých figurují sociální pracovníci, psycholog. V Zahradě 2000 z.s. je navíc do týmu nově přidán psychiatr a v tým Many o.p.s. disponuje psychiatrickou sestrou. Zároveň obě organizace jsou proškoleny v přístupu CARE a modelu FACT, které se hodně protínají s principy otevřeného dialogu.

Všechny odpovědi respondentů se protnuly v oblasti vzdělání, která byla naplněna konferencemi, kurzy, samostudiem, stážemi, workshopy a v případě Zahrady 2000 z.s. výcvikem.

Za Manu o.p.s. viz. respondent č. 1: *„Ano. Asi ta Zahrada nás hodně inspirovala. Člověk už to slyšel dřív na různých konferencích, ale přímo až jsme byli tam na stáži, tak tam jsme se vlastně bavili o tom, jak to funguje u nich, jak to zavádí, a i nějaké příručky myslím jsme tam získali odtud.“*

Za Zahradu 2000 z.s. respondent č. 3: *„My jsme začali nějakou systematickou práci tuším 2016, kdy jsme oslovili partnery v Norsku v rámci spolupráce bilaterální v Norských fondech. Přidali jsme do Jeseníku kolegy z kliniky Dobrého dialogu ze severu Norska, psychiatra a klinickou psycholožku, kolegu z Polska, který byl jeden z prvních účastníků polských výcviků. Potom Mark Hopfenbeck, což vlastně byl dost významný člověk, který pracuje v Peer Support Open Dialogue. Takže tam jako začíná nějaká naše první, jakože vzdělávání, kdy jsme měli týdenní workshop takový dost intenzivní, který byl otevřený i jakoby spolupracujícím organizacím psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské a městskému úřadu sociálním pracovníkům. Na to jsme navázali, tam jsme začali nějaké metody nebo nějaké části metody zkoušet, stavěli ty*

organizace, souběžně se vlastně začal připravovat nějaký další delší projekt, který se rozbíhal teďka úplně nevím 2018, který byl už postavený na ročním výcviku pro pracovníky v otevřeném dialogu, který garantoval právě ten Mark Hopfenbeck a lektoroval ho Ryszard Spsychalski, kolega z Polska.“

Dále obě organizace zmínily zavádění principů otevřeného dialogu.

Za Manu o.p.s. respondent č. 1: „Je to něco, co zavádíme, spíše jako prvky než úplně celý systém zatím, že jsme si dali nějaké principy, které se v naší práci snažíme dodržovat, právě ta přítomnost toho klienta a tyhle ty věci a někde už to funguje naprosto automaticky, někde si občas to musíme připomínat, že je potřeba jít tímhle směrem, snažíme se to trošku šířit tyhle myšlenky dál, už jenom tím že říkáme, nezlobte se my s vámi o tom mluvit nebudeme protože tady není klient a ty lidi se zarážej a diví se proč, když oni takto běžně pracují.“

Za Zahradu 2000 z.s. respondent č. 3: „Máme zavedené principy, pojmenované principy, které jsou pro nás důležité a které jako navzájem prostě vyžaduje od pracovníků. Jo. Jako za ten rok práce je to rozhodně hodně, co nám to přineslo.“

Následuje odpověď respondenta č. 3, která obsahuje shrnutí dosažených výsledků v Zahradě 2000 z.s.:

„Jakoby máme rozdělený lidi, to je jakoby asi základ. Máme zavedenou metodu, s ní pracujeme jako první v republice. Máme čtyři klientský případy, příběhy. Takže máme jakousi zkušenost, byť stále poměrně malou. Máme tu zkušenost poměrně dobře popsanou nebo snažíme se ji mít dobře popsanou. Snažíme se mít dobré zápisy z intervencí, abychom s tím mohli dál pracovat. Máme to super evidované.“

5 Diskuze výsledků a doporučení při zavádění OD

Práce se zaměřuje na otevřený dialog, na jeho praktický přínos a snaží se formou polostrukturovaného rozhovoru zmapování průběhu a zkušenosti se zaváděním OD ve dvou organizacích cílících na osoby se závažným duševním onemocněním.

Výsledky ukazují, že sociální pracovníci pracující s principy otevřeného dialogu shledávají tento přístup celkově jako přínosný. V rámci mého šetření se dokonce ukázalo, že přístup je přínosný i pro samotné pracovníky. Respondenti popsali práci v tomto přístupu jako snazší v porovnání s jinými přístupy. Zátěž, které byli v rámci své práce

vystavení, byla rovněž menší. Jedním ze zjištěných důvodů bylo rozložení spolupráce napříč týmem.

Ukazuje se, že spolupráce a jednotná práce v rámci principů otevřeného dialogu je přínosem, který práci značně usnadňuje. Je tady, ale velká škála oblastí, která takový styl práce nepodporuje. Tyto faktory mě nepřekvapily. Díky třem praxím v sociálních službách věnující se duševně nemocným, jsem také narazila na řadu nedostatků v oblasti zdravotnictví, financování, postojů společnosti a její nízké informovanosti. V rámci výzkumné části jsem rovněž narazila na rozkol mezi navrhovanými změnami a praktickou realizací reformy. Respondenti shledávají reformu jako důležitý a účelný krok, ovšem její praktická realizace je podle respondentů zatím na začátku.

Nejvíce dosažených výsledků při aplikaci OD do praktické péče, tvořilo absolvování kurzů a seminářů zabývajících se touto problematikou. Tento výsledek vidím jako velmi pozitivní vzhledem k tomu, že vzdělávání byl faktor, který byl nejčastěji potvrzen jako faktor, který ulehčuje zavádění OD. Dalším dosaženým krokem je používání principů OD již v praktické péči o klienty. Velkým úspěchem je také plné zavedení otevřeného dialogu do práce s klienty v Zahradě 2000 z.s.

Doporučení pro aplikaci OD do praktické péče

Z výzkumu vyplývá, že se velmi osvědčuje investovat do vzdělávání a zároveň, že záleží na vnitřním nastavení osoby využívající otevřený dialog. Doporučení pro praxi vycházející ze zkušeností respondentů jsou shrnuta v tabulce (Tabulka č. 3).

Vzdělávání	Vnitřní nastavení
Účast na tematických seminářích, konferencích, workshopech	Společné smýšlení týmu
Spolupráce s odborníky otevřeného dialogu	Důvěra v OD
Studium zahraničních materiálů	Trpělivost
Absolvování výcviku	Nechat se OD proměňovat a využívat ho i v běžném životě

Tabulka č. 3: Doporučení pro aplikaci OD získaná od respondentů

Závěr

Tématem této bakalářské práce je otevřený dialog a jeho přínos v péči o osoby trpící duševním onemocněním. Základní rysy a prvky OD byly popsány v teoretické části práce.

Na základě vlastních zkušeností a výzkumné části se ukázalo, že principy a prvky OD jsou často v rozporu se současnou realizací psychiatrické péče. Probíhající reforma psychiatrické péče je vítaným souborem změn reagujícím na zastaralé nastavení péče. Na základě výzkumné části práce považují respondenti reformu za pozitivní impulz, který by mohl inicializovat změny v psychiatrické péči. Podle jejich zpětné vazby lze ovšem usoudit, že praktická realizace změn je velice pozvolná a je těžké zavádět inovativní přístupy do nereformovaného smýšlení společnosti.

Komplikaci při zavádění OD také představuje velký rozdíl ve způsobu práce zdravotních a sociálních pracovníků, kteří se na péči o duševně nemocné musí podílet společně. Velkým problémem zůstává i podhodnocené financování péče o duševně nemocné v České republice a nejistota finančního zajištění déletrvajících projektů.

Velkým úspěchem je, že otevřený dialog má i přes současné podmínky v České republice své zastoupení a existuje tu řada organizací, která tuto formu péče zavedla do praxe. U dalších aktérů péče o duševně nemocné vzniká o tento přístup postupně zájem.

Převratné výsledky výzkumů z Finska, ze země, kde se daří otevřený dialog zavádět do praxe ukazuje, že péče o duševně nemocné musí být mnohem více než jen pouhé nastavování léčby, zejména pomocí medikace tak, aby došlo k co největšímu utlumení příznaků či izolování osob s duševní poruchou.

Na analýzu a studium výsledků, kterých bylo v České republice dosaženo, je podle mého názoru v současné době brzy. Krátká doba zavádění otevřeného dialogu do ČR, neumožňuje získat dostatečný počet měřitelných výsledků, nicméně pokud by současný trend zavádění OD do českého prostředí pokračoval, bylo by určitě velice zajímavé provést porovnání efektivity standardního způsobu léčby a způsobu léčby využívající otevřený dialog v rámci ČR.

Seznam použité literatury

- BUUS N., BIKIC A., JACOBSEN E. K., MULLER-NIELSEN K., AAGAARD J., ROSSEN C. B. 2017. „Adapting and Implementing Open Dialogue in the Scandinavian Countries: A Scoping Review“ *Issues in Mental Health Nursing*, s. 2
- FIALA M., FOITOVÁ Z., HEJZLAR P., HODBOŤ J., HOLLÝ M., KOBLIC K., LORENC J., PĚČ O., PETR T., REKTOR J., ŘÍČAN P., ŠOLLE Z., ŠTURMA P. 2014. „Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)“. s. 2-16.
- HEJZLAR P., STUHLÍK J., ŘÍČAN P., ŠTURMA P., FIALA M., HODBOŤ J., SKÁLA O. 2015. „Sociální část CDZ – podkladové materiály pro MPSV“. s. 1-9.
- HENDL J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál
- MATOUŠEK O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ J. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. 135
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. „STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE“. Verze 1.0. s. 7-77.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- OLSON M., SEIKKULA J., ZIEDONIS D., 2014. „The key elements of dialogic practice in Open Dialogue.“ *The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA*.
- PAVLOVSKÝ P., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ L. 2018. „Psychiatrické vyšetření dospělého pacienta“ *Praha: Česká psychiatrická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně*, s. 8
- RAZZAQUE R., STOCKMANN T. 2018. „An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare“. *BJPsych Advances* (2016), vol. 22, 348–356.
- REICHEL J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada
- SEIKKULA J., AALTONEN J., ALAKARE B., HAARAKANGAS K., KERA˚NEN J., LEHTINEN K. 2006. „Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies.“ *Psychotherapy Research* 16, s. 214
- SEIKKULA J., ALAKARE B., AALTONEN J., 2001. „Open Dialogue in psychosis ii: a comparison of good and poor outcome cases.“ *Journal of Constructivist Psychology*, s. 271

- SEIKKULA J., ALAKARE B., AALTONEN J., HOLMA J., RASINKANGAS A., LEHTINEN V. 2003. „Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two – year Follow-up on First Episode Schizophrenia.” New York. *Ethical and Human Sciences and Services*, s. 3-4
- SEIKKULA J., ARNKIL T. E., 2013. *Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ
- SEIKKULA J., ARNKIL T. E., ERIKSSON E. 2003. “Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings.” *Family Process Journal* vol. 42, s. 194
- SEIKKULA J., OLSON M., 2003. „The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics.” *Family Process Journal* vol. 42, s. 403
- SEIKKULA J., *Psychosis Is Not Illness but a Survival Strategy in Severe Stress: A Proposal for an Addition to a Phenomenological Point of View*. *Psychopathology*. 2019;52(2):143-150. doi:10.1159/000500162
- VYMĚTAL J. a kol. 2004. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, s. 65
- ZRZAVECKÁ I. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s., s. 41-42

Seznam internetových zdrojů

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on-line]. „Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července“. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16665_8.html, 2019 [cit. 2.4.2019].

Seznam použitých obrázků a grafů a tabulek

Obrázek 1: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se přínosu OD (s. 35)

Obrázek 2: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se faktorů ulehčujících zavádění OD (s. 37)

Obrázek 3: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících se faktorů brzdících zavádění OD (s. 41)

Obrázek 4: Graf znázorňující četnost odpovědí týkajících probíhající reformy psychiatrické péče (s. 42)

Tabulka č. 1: Principy psychosociálního přístupu otevřený dialog (s. 14)

Tabulka č. 2: Klíčové prvky dialogické praxe psychosociálního přístupu OD (s. 16)

Tabulka č. 3: Doporučení pro aplikaci OD získaná od respondentů (s. 45)