

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2018

Jolana Wiechecová

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Multidisciplinární přístup při práci s dlouhodobě
duševně nemocnými v Péči o duševní zdraví
Chrudim
Diplomová práce

Autor: Jolana Wiechecová

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Hradec Králové, 2020

Zadání diplomové práce

Autor: Jolana Wiechecová

Studium: U18050

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Multidisciplinární přístup při práci s dlouhodobě duševně nemocnými v Péči o duševní zdraví Chrudim**

Název diplomové práce AJ: Multidisciplinary approach to long-term mental health issues in Péče o duševní zdraví Chrudim

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat definicí duševního zdraví se zřetelem k dlouhodobému prožívání, reformou psychiatrické péče, podstatou multidisciplinárního přístupu a pohledem klientů na tento přístup. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor.

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5. JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN isbn978-80-7421-088-4. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Oponent: doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Ve Slatiňanech dne 8.7.2020

Jolana Wiehecová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za podporu během psaní této práce, za cenné rady a věnovaný čas. Poděkování též patří mým kolegům v chrudimském středisku Péče o duševní zdraví za trpělivost a podporu během celého mého studia. Mé rodině a přátelům patří stejný dík. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za poskytnutí rozhovoru.

Anotace

WIECHECOVÁ, Jolana. *Multidisciplinární přístup při práci s dlouhodobě duševně nemocnými v Péči o duševní zdraví Chrudim*. Hradec Králové, 2020. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, PhD.

Tato diplomová práce zjišťuje, jaká je spokojenost klientů se zavedením multidisciplinárního týmu v organizaci Péče o duševní zdraví Chrudim. Zjišťuje, jaké změny v pracovní činnosti personálu klienti vnímají, jak jsou spokojeni s činnostmi psychiatrické zdravotní sestry a psychiatra, a zda u nich nastala změna v některé oblasti života.

Teoretická část obecně vymezuje pojem duševní nemoc se zaměřením na vážná duševní onemocnění (SMI) – schizofrenie, poruchy nálady, obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy osobnosti a chování u dospělých – a ty blíže popisuje. Práce se dále zaměřuje na přiblížení vývoje péče o dlouhodobě duševně nemocné a celkovou reformu psychiatrické péče. Závěrem je přiblížena podstata multidisciplinárního přístupu se zaměřením na multidisciplinární tým v Péči o duševní zdraví Chrudim.

Výzkumná část se zabývá spokojeností klientů s multidisciplinárním přístupem. Byla využita kvalitativní výzkumná strategie s pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumná část je v závěru práce shrnuta.

Klíčová slova: duševní nemoc, multidisciplinární přístup, reforma psychiatrické péče

Anotation

WIECHECOVÁ, Jolana. *Multidisciplinary approach to long-term mental health issues in Péče o duševní zdraví Chrudim*. Hradec Králové, 2020. Master degree thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty. Supervisor of the thesis: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

This master degree thesis finds out what is the client satisfaction with the introduction of multidisciplinary team in the organization Péče o duševní zdraví Chrudim. It finds out what changes in the work activities of staff clients perceive, how satisfied they are with the activities of the psychiatric nurse and the psychiatrist, and whether there has been a change in any area of their life.

The theoretical part generally defines the concept of mental illness focusing on serious mental illness (SMI) – schizophrenia, mood disorders, obsessive-compulsive disorders, personality and behavioral disorders in adults – and describes them in more detail. The thesis also focuses on the approach to the development of care for long-term mentally ill and the overall reform of the psychiatric care. Finally, the essence of the multidisciplinary approach with a focus on a multidisciplinary team in Péče o duševní zdraví Chrudim is presented.

The research part deals with client satisfaction with the multidisciplinary approach. A qualitative research strategy was used with the help of the semi-structured interview technique. The research part is summarized in the conclusion.

Klíčová slova: mental illness, multidisciplinary approach, psychiatric care reform

Obsah

Úvod.....	10
1 Duševní onemocnění	13
1.1 Duševní nemoc.....	13
1.2 Vážné duševní onemocnění (SMI).....	14
1.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29)	15
1.2.2 Poruchy nálady (F30 – F39)	16
1.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)	17
1.2.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69).....	18
2 Reforma psychiatrické péče	19
2.1 Vývoj péče o dlouhodobě duševně nemocné	19
2.2 Strategie reformy psychiatrické péče	20
2.2.1 Centrum duševního zdraví	22
3 Multidisciplinární přístup při péči o duševně nemocné	24
3.1 Podstata multidisciplinárního přístupu.....	24
3.2 Multidisciplinární tým v Péči o duševní zdraví Chrudim	26
3.2.1 Projekt Program prevence hospitalizace.....	29
3.2.2 Role pracovníků v týmu.....	30
3.2.3 Proces poskytování služby.....	31
3.2.4 Příběh dobré praxe	33

4	Shrnutí teoretické části	36
5	Metodická část.....	37
5.1	Cíle výzkumu	37
5.2	Zvolená výzkumná strategie	37
5.3	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	38
5.4	Výzkumný soubor	40
5.5	Realizace výzkumu	41
5.6	Reflexe etických rizik výzkumu.....	42
6	Popis a interpretace dosažených výsledků	44
6.1	DVC 1: Zjistit a popsat změny v pracovní činnosti personálu, které vnímají klienti po zavedení multidisciplinárního týmu	44
6.2	DVC 2: Zjistit, jaká je spokojenost s činností zdravotní sestry a psychiatra u klientů Péče o duševní zdraví Chrudim	45
6.3	DVC 3: Zjistit přínos se zavedením multidisciplinárního týmu pro klienty Péče o duševní zdraví Chrudim ve vybraných doménách života.....	46
7	Shrnutí výzkumné části	51
	Závěr	54
	Seznam tabulek	57
	Seznam použité literatury	58
	Seznam příloh	62
	Příloha 1 – Přepis rozhovoru s respondentem R2	62

Úvod

Tato diplomová práce se zaměřuje na multidisciplinární přístup při práci s dlouhodobě duševně nemocnými v Péči o duševní zdraví, z. s. – středisko Chrudim. Multidisciplinární přístup se v sociální práci uplatňuje čím dál častěji. V komunitních službách pro duševně nemocné je však multidisciplinární přístup z hlediska propojení sociální a zdravotní pomoci a podpory stále ještě v začátcích. Jsou to dva odlišné světy a pohledy, které hledají společný jazyk. Proto je zavádění tohoto přístupu nové nejen pro sociální pracovníky, zdravotníky, ale samozřejmě i pro klienty služeb, jejich rodinné příslušníky a celkově i pro veřejnost.

K výběru tohoto tématu mě motivovala především má pracovní pozice sociální pracovnice. Do chrudimského střediska Péče o duševní zdraví, z. s. jsem nastupovala v období, kdy byl tým složen pouze ze sociálních pracovníků a peer konzultanta. Po půl roce od mého nástupu byl v rámci projektu Program prevence hospitalizace plně zaveden multidisciplinární přístup a do týmu se připojila psychiatrická zdravotní sestra a psychiatr. Osobně jsem již od začátku shledávala velký přínos v propojení těchto profesí, a to nejen z hlediska přínosu pro klienty, ale i přínosu pro náš tým. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma, abych zjistila, zda jsou naše domněnky pravdivé a zda jsou opravdu klienti s tímto přístupem spokojeni.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jaká je spokojenost klientů se zavedením multidisciplinárního týmu v organizaci Péče o duševní zdraví Chrudim. V rámci výzkumu byla využita kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaného rozhovoru s klienty služby, kteří mají osobní zkušenost s multidisciplinárním přístupem, ale zároveň se službou spolupracovali již v období, kdy byl tým složen pouze ze sociálních pracovníků a peer konzultanta. Tato strategie byla zvolena z důvodu hlubšího vhledu do dané problematiky a možnosti tazatele doptat se, případně se na některou oblast více zaměřit.

Teoretická část práce se věnuje vymezení základních pojmů, které se vztahují k danému tématu. První kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu duševní onemocnění se zřetelem k dlouhodobému prožívání. Je zde proto vysvětlen termín SMI a stručně popsány jednotlivé diagnózy, které do tohoto okruhu spadají. Další kapitola se zabývá vývojem péče o duševně nemocné v České republice a samotnou Strategii reformy psychiatrické péče, v rámci čehož vznikají Centra duševního zdraví. Poslední kapitola se týká již samotného multidisciplinárního přístupu, který je zde nejprve obecně popsán. Poté se již tato kapitola zaměřuje na multidisciplinární tým v chrudimském středisku Péče o duševní zdraví, z. s. Pro lepší uchopení dané problematiky je zde uveden i příklad dobré praxe, kdy byl multidisciplinární přístup plně využit.

V metodické části jsou vymezeny dílčí cíle výzkumu a výzkumná strategie. Dále je zde uvedena transformace dílčích cílů do jednotlivých tazatelských otázek. Tato kapitola se dále věnuje vymezení výzkumného souboru, popisem realizace výzkumu a reflexí etických rizik výzkumu.

Poslední část této diplomové práce se zabývá popisem a interpretací dosažených výsledků výzkumu. V neposlední části je zde uveden i závěr i diskuze nad tématem celé této práce.

Výsledky této práce budou předloženy vedoucí Péče o duševní zdraví, z. s. – středisko Chrudim. Výsledky budou k dispozici i celému týmu, a to jak sociální pracovníkům, peerovi, peer pečovateli, tak i zdravotníkům. Tato práce může být vodítkem pro tento tým při hodnocení spokojenosti klientů s multidisciplinárním přístupem.

Diplomová práce je směřována k nejširší veřejnosti, učitelům, zdravotníkům, psychologům, sociální pracovníkům, kteří s duševně nemocnými nepracují a chtějí získat základní povědomí o tom, jak funguje multidisciplinární přístup při práci s dlouhodobě duševně nemocnými. Stejně tak je směřována i k odborníkům, kteří s duševně nemocnými pracují a chtějí získat větší vhled do této problematiky

a zároveň chtějí zjistit, jaká je spokojenost klientů s touto formou poskytované pomoci.

1 Duševní onemocnění

V této kapitole bude přiblížen pojem duševního onemocnění se zřetelem k dlouhodobému prožívání. Prolínajícím tématem vzhledem k povaze této práce jsou tzv. vážná duševní onemocnění, která se v zahraniční literatuře označují zkratkou SMI - tedy Serious Mental Illness. Vybraná duševní onemocnění spadající do SMI budou poté stručně popsána.

1.1 Duševní nemoc

Existuje nespočet definic pojmu duševní nemoc. Vymezení tohoto pojmu je podmíněno jak kulturně, tak i časově. Můžeme zmínit Matouška (2008, s. 54), který definuje duševní nemoc jako nemoc „*projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. ... Jednotlivé duševní nemoci a skupiny příbuzných nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) a podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM), který vydává Americká psychiatrická asociace (APA).*“ V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN–10) je stěžejní kategorie Nemoci duševní a poruchy chování, která se označuje písmenem F. Právě zde jsou popsány klinické příznaky jednotlivých onemocnění.

Pro lepší představu tom, co to duševní nemoc je, můžeme definovat i její opak, a to duševní zdraví. WHO v roce 1946 stanovila, že duševní zdraví je „*stav plné tělesné, duševní i sociální pohody, nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo poruchy.*“ (kappa-praha.cz, 2019)

Z definic lze vyčíst, že je těžké vymezit tzv. psychickou normalitu. „*Závisí jak na teoretickém přístupu, tak na použitém měřítku. Hranice mezi normální a abnormální variantou jakékoli psychické vlastnosti je pohyblivá a může být posuzována podle mnoha kritérií. Nelze ji přesně určit, protože se mění v čase, v závislosti na sociokulturním kontextu.*“ (Vágnerová, 2002, s. 19)

I přestože se dá říci, že dnešní společnost je mnohem více tolerantní k různým projevům chování, jsou duševně nemocní lidé stále ve velké míře stigmatizováni.

Negativní postoje společnosti vůči duševně nemocným jsou zapříčiněny především nevědomostí (neinformovaností ohledně duševní nemoci), předsudky, stereotypy a zkreslenými představami o duševním onemocnění a možnostmi léčby. (narovinu.net, 2018)

Nejen v sociálních službách je proto třeba se na člověka dívat jako na komplexní bytost. Je dobré znát symptomy jednotlivých onemocnění podle MKN-10, avšak obecně můžeme říci, že na příčinu a průběh nemoci může mít vliv hned několik faktorů. Mohou to být faktory biologické, psychogenní a sociální. V další řadě záleží i na prostředí, ze kterého klient pochází, jaký má k němu vztah, a na jeho osobnostních rysech. Stejně tak je třeba brát v potaz klientovy silné a slabé stránky. (Mahrová, 2008)

1.2 Vážné duševní onemocnění (SMI)

Jak již bylo uvedeno výše, v zahraniční praxi se běžně využívá termín SMI (Serious Mental Illness). „*Právě osoby z tohoto okruhu jsou při neadekvátní péči ohroženy chronifikací nemoci, opakovanými hospitalizacemi a sociálním vyloučením.*“ (Fiala, 2014, s. 5) Chrudimské středisko Péče o duševní zdraví, z.s. při vymezení cílové skupiny, se kterou pracuje multidisciplinárním přístupem, využívá právě tuto kategorii rozšířenou i o osoby ohrožené rozvojem vážného duševního onemocnění s potřebou včasné intervence a osoby s vážným duševním onemocněním, kteří se ocitají v krizi.

Termín ‚vážné duševní onemocnění‘ se vyvinul z termínu ‚chronické duševní onemocnění‘ z přesvědčení, že ne všechny formy vážného duševního onemocnění jsou v zásadě chronické. Bylo uznáno, že osoby z okruhu SMI mohou dobře reagovat na léčbu, terapii, podporu a pomoc. První definice vznikla již v roce 1992 a vytvořilo ji Ministerstvo zdravotnictví a sociální péče Spojených států amerických. Definice se však přestala používat z důvodu její negativní konotace, že lidem s určitou diagnózou se doslova nedá pomoci. (SAMHSA, 2016)

Pojem SMI byl proto předefinován a odpovídají mu tato kritéria (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017):

- diagnostické okruhy (F2, F3, F42, F6),
- trvání onemocnění déle než 2 roky,
- funkční narušení (skóre GAF \leq 70).

Globální hodnocení fungování (Global Assessment of Functioning Scale), dále jen GAF, je škála, pomocí, které můžeme zmapovat celkové fungování klientů ve službě. Při posuzování GAF skóre nahlížíme nejprve na závažnost symptomů onemocnění. V dalším kroku posuzujeme možné psychologické příznaky a obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování. V případě tohoto standardizovaného dotazníku platí, že čím vyšší skóre, tím je celkové fungování klienta lepší. Nejvyšší skóre může být 100 bodů, což znamená, že člověk u člověka se žádné příznaky onemocnění neobjevují. V případě vážného duševního onemocnění se jedná o GAF rovný nebo nižší než 70 bodů, což je pro představu oblast mírných příznaků nebo určité potíže ve společenském, profesním nebo školním fungování. (mzcr.cz, 2018)

1.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29)

Do diagnostických okruhů SMI zařazujeme dle MKN-10 kategorii F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Právě schizofrenie je nejčastější onemocnění z této skupiny, které dle odhadů postihuje 1 % populace. (Vágnerová, 2014)

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity. Mění vztah nemocného k realitě i k sobě samému, narušuje jeho schopnost přiměřeně jednat.“ (Vágnerová, 2014, s. 319)
Bývá narušen filtr třídění informací, tudíž je pro pacienty se schizofrenním onemocněním obtížné soustředit se na jednu určitou věc. Jelikož se nemocný více

soustředí na to nepodstatné, mění se i jeho způsob komunikace, který na okolí působí nesouvisle a nesmyslně. (Mahrová, 2008)

Na začátku akutní fáze psychózy se mohou objevit halucinace. Ty mohou být sluchové, zrakové, tělesné, chuťové nebo čichové. Nemocný často není schopen přijmout, že halucinace souvisí s jeho onemocněním a považuje je za realitu. Z tohoto důvodu bývají často spojovány s bludným přesvědčením. *„Blud lze chápat jako privátní, mylné a zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje jednání daného jedince.“* (Vágnerová, 2014, s. 324) Bludy mohou mít různou formu i obsah. Nemocný se například může cítit, že je pronásledovaný nebo může být přesvědčen o tom, že má nadpřirozenou moc. (Vágnerová, 2014)

V rámci teoretického rozdělení, existují čtyři základní typy schizofrenie. **Paranoidní schizofrenie** (F20.0) je typická tím, že ataky onemocnění jsou doprovázeny halucinacemi a bludy. Při **simplexní schizofrenii** (F20.6) se nemocný spíše uzavírá do svého vnitřního světa. Pro **hebefrenní schizofrenii** (F20.1) je charakteristické nezodpovědné a nepředvídatelné chování. V tomto případě je velice těžké motivovat nemocného k léčbě. Nepříliš častým typem je **katatonní schizofrenie** (F20.2). (Mahrová, 2008)

Mezi tzv. přechodné poruchy řadíme **schizoafektivní poruchy** (F25). Ty jsou typické afektivními i schizofrenními příznaky.

1.2.2 Poruchy nálady (F30 – F39)

Dalším diagnostickým okruhem, který spadá do kategorie vážných duševních onemocnění je dle MKN-10 kategorie F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy). *„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného.“* (Vágnerová, 2002)

Manická fáze (F30) se vyznačuje nepřírozeně euforickou povznesenou náladou, nadměrnou tělesnou i duševní aktivitou, zvýšeným sebevědomím, sociabilitou a roztržitou pozorností. U jedinců v manické fázi můžeme sledovat nespavost, zrychlenou řeč a celkovou změnu chování i vzhledu. Z hlediska změny vzhledu může dojít k extravagantnímu oblékání či líčení. Takto nemocný člověk má tendenci rozdávat své věci a peníze, nepřiměřeně utrácet, má nerealistické plány, a to vše bez vědomí možných následků. (Mahrová, 2008)

Při **depresivní fázi (F32)** „*trpí jedinec skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmu a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je unavitelnost i po nepatrné námaze.*“ (MKN-10, 2006) Tato fáze není vázána na konkrétní události. U nemocného se objevují pocity beznaděje, méněcennosti, bezradnosti a sklíčenosti. I v tomto případě můžeme u jedince sledovat změnu chování a vzhledu. Je viditelné utlumení, vyčerpanost, únava a ochablé držení těla. Rizikem u tohoto onemocnění jsou především myšlenky na smrt a suicidální tendence. (Vágnerová, 2002)

Bipolární afektivní porucha (F31) představuje střídání manických a depresivních fází. Mezi těmito fázemi bývá tzv. bezpříznakové období. (Zemanová, plhb.cz)

1.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)

Pro obsedantně-kompulzivní poruchu bývají typické „*nutkavé nápady, myšlenka, představy nebo impulzy (obsese), které se znovu a znovu stereotypně vracejí do mysli. Člověk je pociťuje jako cizí, neodpovídající jeho skutečným zájmům a přáním (ego-dystonni).*“ (cmhcd.cz, 2017) Tenzi z těchto nepříjemných myšlenek se nemocný snaží zmírnit kompulzivním chováním, které vede k určitým rituálům. Toto chování může být nápravné a ujišťující. (Praško, Prašková, 2008)

Takto nemocný jedinec pohlíží na kompulzivní jednání jako na určitou formu prevence pociťovaného nebezpečí, které může hrozit jemu nebo okolí, i přestože

si uvědomuje, že dané jednání je nesmyslné. Nemocný se snaží nutkání opakovaně odolat, což může vést k úzkosti. (MKN-10, 2006)

1.2.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)

Do diagnostického okruhu F60 – F69 řadíme dle MKN-10 Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Ty „zahrnují hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako neměnné odpovědi na široký rozsah osobních a sociálních situací. Představují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým.“ (MKN-10, 2006, s. 161) Je zapotřebí zmínit, že tento stav je trvalý a přetrvává u jedince celý život.

Netypické chování u takto nemocných lidí se stává i zdrojem konfliktů a nepochopení ze strany ostatních lidí. Na své chování však nemá člověk s poruchou osobnosti náhled a nedokáže se z něj ani poučit. (Vágnerová, 2002)

2 Reforma psychiatrické péče

Tato kapitola se bude zabývat vývojem péče o duševně nemocné. Zaměří se především na současnou situaci a reformu psychiatrické péče, která nyní v České republice probíhá.

2.1 Vývoj péče o dlouhodobě duševně nemocné

Do roku 1989 se péče o duševně nemocné soustředila pouze v nemocničních zařízeních, což odpovídalo tehdejšímu modelu institucionálního poskytování služeb. Ten navíc umocňoval fakt, že předchozí politika státu zastírala před společností občany se zdravotním postižením nebo nějakým sociálním problémem. Institucionální model poskytování péče byl považován za společensky přijímaný. Z tohoto důvodu chyběla do této doby zařízení, která by poskytovala rehabilitaci a následné doléčování pacientů. Duševně nemocní lidé byli umístěni do psychiatrické léčebny a v případě potřeby následně i do ústavu. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

S příchodem demokratické společnosti po roce 1989 se začaly v České republice prosazovat dva základní směry ochrany a podpory duševního zdraví. Začala zde být zřetelná snaha o řešení této problematiky ze strany veřejnosti a též snaha o řešení ze strany státních orgánů a odborných institucí. (Baštecký, 1997) To vše vedlo k procesu tzv. deinstitucionalizace. *„Pojem deinstitucionalizace se v sociálních službách používá ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Je to proces postupný, kdy dochází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě.“* (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12)

Počet psychiatrických lůžek byl snížen o 12 %, na což zareagoval neziskový sektor. Začala vznikat zařízení, která dlouhodobě duševně nemocným poskytovala komunitní péči. Síť těchto zařízení však byla roztříštěná, nedostatečná a narážela

na celkovou nepřipravenost systému na tuto formu poskytování služeb. (Probstová, Pfeiffer, Pěč, 2000)

2.2 Strategie reformy psychiatrické péče

7. října 2013 byla ministrem zdravotnictví České republiky Martinem Holcátem schválena Strategie reformy psychiatrické péče. Jak již bylo zmíněno výše, přistoupilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) k tomuto kroku z důvodu rigidnosti institucionální psychiatrické péče, absenci komunitních služeb a malé míře spolupráce jednotlivých složek péče o duševně nemocné. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013)

„Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. ... Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupu a myšlení pracovníků poskytujících péči.“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017)

Strategie reformy psychiatrické péče se přímo i nepřímo týká poskytovatelů psychiatrických služeb, zdravotních pojišťoven, uživatelů psychiatrické péče a jejich rodinných příslušníků. Zástupci těchto skupin se aktivně účastní komunikace ohledně postupu reformy v Pracovní skupině tvorby Strategie reformy psychiatrické péče a Týmu pro tvorbu strategie. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013)

Na úspěšné reformě systému psychiatrické péče by se kromě rezortu Ministerstva zdravotnictví ČR měl podílet i rezort Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (oblast sociálních služeb pro duševně nemocné), Ministerstvo vnitra ČR (oblast vymezení povinností obcí a krajů vůči duševně nemocným) a Ministerstvo spravedlnosti ČR (oblast ochrany práv). (Jarolímek, 2010)

Strategickými cíli reformy dle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2013) jsou:

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 nemocnosti.
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.

Zde je uveden stručný popis jednotlivých cílů Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013):

Ad 1. Tento bod odkazuje na nedostatky v oblasti poskytování zdravotní péče duševně nemocným, malou provázanost zdravotní a sociální péče a nízkou dostupností této péče. Naplnění tohoto cíle povede ke zkvalitnění poskytovaných služeb. Toto opatření zahrnuje vznik Center duševního zdraví.

Ad 2. Stigmatizace duševně nemocných znemožňuje možnost jejich plnohodnotného začlenění do společnosti. Tento cíl zahrnuje především edukaci laické i odborné veřejnosti. Proto i v rámci Národního ústavu duševního zdraví vznikl projekt Destigmatizace.

Ad 3. Tento cíl se úžeji zaměřuje na zvýšení spokojenosti komunikace mezi odborníky a duševně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky. I tento bod souvisí s edukací odborné veřejnosti a provázanosti zdravotních a sociálních služeb.

Ad 4. V této oblasti je brán zřetel na pregraduální a postgraduální vzdělávání lékařů a odborníků mimo oblast psychiatrie, které povede ke schopnosti umět včas odhalovat duševní onemocnění. Tím dojde k včasné léčbě a zajištění potřebné pomoci.

Ad 5. Tento cíl opět zahrnuje nutnost lepší provázanosti zdravotní a sociální oblasti, rozšíření poskytovatelů služeb pro duševně nemocné a případně vznik Center duševního zdraví.

Ad 6. Jako potřebné bylo shledáno zefektivnění spolupráce mezi jednotlivými složkami státní správy, územní samosprávy, sociálních a zdravotních služeb. Klíčovým prvkem je v tomto případě meziresortní a multidisciplinární přístup.

Ad 7. Tento bod si klade za cíl zlepšení podmínek péče v institucionálním prostředí (léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic) a zároveň i odklon od tohoto způsobu poskytování péče. Cílem má být rozvoj Center duševního zdraví a dalších služeb péče pro duševně nemocné v jejich přirozeném prostředí.

2.2.1 Centrum duševního zdraví

Jak již bylo uvedeno výše, Centra duševního zdraví jsou jedním z pilířů reformy psychiatrické péče. *„Pracovníci centra tvoří multidisciplinární tým - jsou zde zastoupení sociální i zdravotní pracovníci i peer pracovník - člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a těžiště jejich práce spočívá v pomoci a podpoře jejich klientů jak v prostorách centra, tak ale také primárně přímo u klientů - v jejich prostředí - doma, v práci, v kavárně, či kdekoliv jinde.“* (Fokus Praha, 2019)

V Centru duševního zdraví je multidisciplinární tým složen z psychiatra, sestry pro péči v psychiatrii/všeobecné sestry, sociálního pracovníky/pracovníka v sociálních službách, klinického psychologa a peer pracovníka. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018)

Cílovou skupinou jsou zejména lidé s vážným duševním onemocněním (SMI). Centrum duševního zdraví funguje jako mezičlánek mezi primární péčí (včetně ambulantní psychiatrické péče) a lůžkovou akutní péčí. Z toho vyplývá, že jeho funkcí je prevence hospitalizace nebo alespoň jejich zkracování a následná podpora a pomoc při zapojování duševně nemocných po hospitalizace zpět do jejich přirozeného prostředí. (Krbcová Mašínová, et al., 2020)

V současné době existuje celkem 20 Center duševního zdraví. V dubnu byla Ministerstvem zdravotnictví České republiky vyhlášena výzva k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví III. V budoucnu má vznikat širší síť těchto center, tak aby na přibližně 100 000 obyvatel fungovalo jedno.

3 Multidisciplinárni přístup při péči o duševně nemocné

Tato kapitola bude zaměřena na podstatu multidisciplinárního přístupu, jeho přínosy a zároveň i rizika s tím spojená. V další části bude popsáno fungování multidisciplinárního přístupu v Péči o duševní zdraví, z.s. – středisku Chrudim.

3.1 Podstata multidisciplinárního přístupu

Na úvod kapitoly bych ráda zdůraznila fakt, že se můžeme u nás i v zahraničí setkat s různým pojetím a podobou multidisciplinárního přístupu. Jedno však mají tyto přístupy společné. Vyžadují spoluúčast odlišných disciplín. Ty mohou existovat v rámci jednoho pracoviště, které je složeno z pracovníků různých profesí, nebo mohou fungovat v rámci spolupracující sítě služeb. (Kodymová, 2015)

Pro účely této práce můžeme říci, že multidisciplinární způsob práce *„je přiměřené využití znalostí, zkušeností a nejlepší praxe více disciplín s překlenutím hranic jednotlivých poskytovatelů péče (zdravotní, sociální, neformální péče) za účelem redefinování, změny rozsahu a rámce poskytování zdravotních a sociálních služeb a dosahování řešení na základě lepšího společného porozumění komplexních potřeb pacientů.“* (Protopopová, 2017, s. 2) Tuto definici můžeme doplnit tím, že *„prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.“* (Krbcová Mašínová, et al., 2020, s. 4)

Vzhledem k podstatě této práce, bude více zaměřeno na oblast pomoci a podpory duševně nemocných. V mnoha oblastech je situace každého nemocného zcela individuální. I z tohoto důvodu je třeba u každého jedince najít specifickou cestu, jak se z onemocnění zotavit. Do spolupráce se proto zapojují i další odborníci dle potřeb daného člověka. Duševně nemocný se během léčby a následné terapie může dostat do kontaktu s praktickým lékařem, psychologem, psychiatrem, zdravotními sestrami, terapeuty, sociálním pracovníkem, psychiatrickými

sestrami, podpůrnými skupinami a dalšími odborníky (například z řad pracovníků chráněných dílen).

Aby byla pomoc duševně nemocnému účinná a cílená, je třeba součinnost jednotlivých odborníků. A právě ona provázanost jednotlivých profesí je podstatou multidisciplinárního přístupu. (Čadková-Svejková, 2008)

„Zavádění multidisciplinárního přístupu má několik počátečních cílů. V první řadě přispět ke snižování a zkracování pobytu lidí s duševním onemocněním ve fázi nemoci mimo jejich přirozené prostředí. Dále předcházet vyčlenění lidí s duševním onemocněním ze společnosti, respektive zvýšit jejich zapojení do běžného života, a působit včas a efektivně v místech, kde se vyskytuje riziko vzniku duševního onemocnění.“ (Krbcová Mašínová, et al., 2020, s. 7)

Z výše zmíněného může číst pozitiva, která z multidisciplinárního přístupu plynou. Můžeme však narazit i na rizika. Velice diskutovanými jsou etické rozpory, které vycházejí z pohledů různých profesí.

Jako příklad můžeme uvést rozdílnou roli pracovníka. Pro příslušníky zdravotnických profesí, ale i sociální pracovníky v oblasti státní správy bývá typická role experta. Ten má potřebné dovednosti, znalosti a zkušenosti, které vedou k řešení problémů. Zároveň vysoce zaručuje, že dokáže problém vyřešit nebo zmírnit. Klient je v tomto případě vnímán jako objekt pomoci. Na druhou stranu existuje partnersky orientovaný přístup, kdy je klient vnímán jako rovnocenný prvek. Klient je v tomto případě expertem na vlastní život, zná svá přání, potřeby a má právo se rozhodovat, jakým směrem se v životě vydá. Pracovník nabízí své znalosti, je však na klientovi, zda a jakým způsobem je využije. Pokud jsou v týmu představitelé obou přístupů, může dojít ke konfliktům v oblasti míry a zapojení klienta, míry sdílení informací a emocí s klientem a případné odpovědnosti za výsledek spolupráce. (Michelová, 2015)

Existují však faktory, které multidisciplinární práci usnadňují (Kodymová, 2015):

- jasné vymezení rolí a povinností, jasné stanovení hranic rolí jednotlivých aktérů;
- závazek ochotně spolupracovat;
- důvěra a vzájemný respekt;
- pochopení různorodých pohledů a porozumění vůči dalším aktérům;
- komunikace, výměna informací na základě předem domluveného systému;
- schopnost sebereflexe.

3.2 Multidisciplinární tým v Péči o duševní zdraví Chrudim

V této kapitole bude představena organizace Péče o duševní zdraví, z.s. Jedná se nestátní, neziskovou a politicky nezávislou organizaci, která vznikla v roce 1995. Důvodem založení bylo přesvědčení, že duševní nemoc by neměla být důvodem ke stigmatizaci. Organizace se proto specializuje na pomoc duševně nemocným lidí tak, aby mohli žít v prostředí podle své volby, co nejspokojeněji a nejsamostatněji. (pdz.cz, 2016) Cílovou skupinou jsou osoby nad 18 let, kteří trpí nemocí z okruhu psychóz. Organizace má dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách registrovanou službu sociální rehabilitace. Tuto službu poskytuje ambulantní a převážně terénní formou.

Při práci s duševně nemocnými využívá organizace dvě odborné metody: psychosociální rehabilitace a case management.

*„Posláním služby **sociální rehabilitace** je pomáhat duševně nemocným rozvíjet jejich dovednosti a vztahy s jejich okolím, aby mohli žít spokojeně a samostatně ve svém prostředí a s minimální nezbytnou mírou odborné pomoci, a pomáhat duševně nemocným lidem v aktivním trávení volného času, aby nebyli osamělí a vyloučení ze společnosti.“* (Stříbrná, 2015, s. 6) V rámci principů psychosociální rehabilitace se s klientem pracuje na splnění přání a cílů, které souvisí s jeho kvalitou života. Dále je brán zřetel na kvalitu prostředí. Je nutné zohledňovat klientovo prostředí při spolupráci a do této práce klienta zapojovat. Klient by měl

v co největší míře čerpat podporu z přirozeného prostředí a tomuto prostředí být i prospěšný. V neposlední řadě by měl pracovník s klientem pracovat na vypořádání se se zranitelností a posílení silných stránek klienta. (Hezjlar, 2018)

V rámci procesu psychosociální rehabilitace je třeba nejprve navázat s klientem vztah, následuje mapování potřeb klienta a stanovení dlouhodobého rehabilitačního cíle. Ten nemusí být realistický, zároveň by měl být formulován pozitivně. V další fázi dochází k určení krátkodobých cílů, které slouží k odstranění překážek a které brání naplnění dlouhodobého cíle. To vše se promítá do plánování a výběru vhodných intervencí. Poté následuje hodnocení celého procesu. V tomto okamžiku může spolupráce skončit nebo dále pokračovat. (Probstová, Pěč, 2014)

Další metodou, kterou při své práci využívá Péče o duševní zdraví, z.s. je **case management**. „... *case manager koordinuje práci týmu a zodpovídá za vytvoření a realizaci plánu pomoci konkrétnímu klientovi. Někdy je case management nazýván jako „případová práce“, protože úkolem case managera je zajistit, aby byly komplexně posouzeny potřeby klienta, návazně na ně naplánován plán intervence se zapojením potřebných návazných sociální a dalších služeb, zajišťuje koordinaci těchto služeb při uskutečňování a vyhodnocování plánu pomoci.*“ (Janebová, 2014, s. 9)

Zásady case managementu jsou (Hezjlar, 2018):

- podpora šitá individuálně na míru klientovi;
- zaměření na silné stránky klienta;
- flexibilita této metody;
- práce s motivací klienta;
- kontaktování klientů bez reálného náhledu na svoji situaci a své onemocnění, kteří nejsou v kontaktu se sítí sociálních a zdravotních služeb (tzv. asertivní kontaktování);
- zapojování okolí klienta a hledání přirozených zdrojů v komunitě.

Péče o duševní zdraví, z. s. se nejvíce blíží modelu intenzivního case managementu. Ten je specifický tím, že část služeb poskytuje sám case manager, ale vyhledává další služby v síti. (Hejzlar, 2018)

Obě tyto metody jsou využívány k tomu, aby pracovník provedl klienta cestou **zotavení** (recovery). Zotavení je „*hluboce osobní, jedinečný proces změn postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí.*“ (Anthony, 1993, s. 15) Rehabilitační model zotavení zdůrazňuje subjektivní pojetí zotavení. Klient, který se zotaví, dokáže žít plnohodnotný život i se symptomy duševního onemocnění a umí přijmout nemoc jako součást svého života. Nemoc je v tomto případě vnímána jako nosič informací a důležitý milník. (Hejzlar, 2018)

Jsou definovány čtyři fáze zotavení (Hejzlar, 2018):

1. ochromení nemocí,
2. zápasení s nemocí,
3. život s nemocí,
4. fáze překonávající nemoc.

Ve fázi ochromení nemocí, je člověk s duševním onemocněním zahlcen symptomy, je zmatený a neschopný jakéhokoliv činu. Převládají pocity beznaděje, odloučení a bezmocnosti. Člověk ztrácí smysl života. V této fázi se práce soustředí na vytvoření bezpečného prostoru a důvěrného vztahu mezi pracovníkem a klientem.

Ve fázi zápasení s nemocí si již klient klade otázku, jak se se svým duševním onemocněním vyrovnat a jak obnovit důvěru v sebe sama. Práce v této fázi zotavení se soustředí na rozhovor o přáních a potřebách klienta, o nemoci a léčbě. Pracovník mapuje silné stránky klienta a hovoří o možnostech podpory.

Pokud roste sebedůvěra klienta, obnovuje vztahy s okolím a zbavuje se strachu ze svého onemocnění, nachází se ve fázi života s onemocněním. Klient sice stále má určitá omezení plynoucí z duševního onemocnění, ale ví, jak s nimi pracovat a jak

se s nimi vyrovnat. V této fázi pracovník podporuje klientovu nezávislost a pomáhá mu vytvářet podpůrné sociální síť.

V poslední fázi život překonávající nemoc, je již nemoc spíše v pozadí. Klient naplňuje svá přání a rozvíjí své silné stránky v různých oblastech života. Pracovník v této fázi klienta spíše podporuje, oceňuje a upevňuje ho v jeho roli. Postupně již profesionální podpora ustupuje do pozadí. (Hejzlar, 2018)

Postup mezi jednotlivými fázemi není lineární. Proto je možné, že člověk s duševním onemocněním se může i opakovaně vracet do nižších fází.

3.2.1 Projekt Program prevence hospitalizace

V rámci projektu Program prevence hospitalizace, který je realizován v období od 1.8.2018 do 31.7.2020, vznikl multidisciplinární tým pro oblast péče o vážně duševně nemocné klienty. Již fungující tým sociálních pracovníků a peer konzultanta byl obohacen o psychiatra a psychiatrickou zdravotní sestru.

Vizí tohoto projektu je, aby klienti služby Péče o duševní zdraví měli zdravotní i sociální podporu ve svém přirozeném prostředí. Z tohoto důvodu byl vytvořen multidisciplinární tým, který se může včas dostat ke klientům, kteří to potřebují. Dílčími cíli Programu prevence hospitalizace jsou:

1. Snížení počtu hospitalizací u klientů, kteří jsou zapojeni do projektu.
2. Rozsáhlejší edukace uživatelů služeb, rodiny, partnerů v síti v oblasti psychického zdraví, užívání léků a péče o fyzické zdraví klientů.
3. Zachycení projevů onemocnění v té co nejčasnější fázi. Zvýšení dostupnosti zdravotnické pomoci.
4. Spolupráce se síťovými partnery.
5. Zefektivnění komunikace v rámci zdravotnického systému.

Během realizace tohoto projektu vzniká metodická příručka, která definuje základní postupy a principy práce multidisciplinárního týmu, který pracuje s vážně duševně nemocnými klienty. Je průběžně doplňována na základě praktických poznatků, které v období realizace projektu pracovníci získávají. Tato

příručka vzniká jako společná práce celého multidisciplinárního týmu. Vzhledem k tomu, že jsem součástí tohoto týmu na pozici sociální pracovnice, jsem spoluautorkou tohoto dokumentu.

3.2.2 Role pracovníků v týmu

Kompetencí **psychiatra** v multidisciplinárním týmu je poskytovat odborné konzultace. Tu poskytuje sociálním pracovníkům, zdravotní sestře, klientům a rodinným příslušníkům. S psychiatrem konzultantem probíhají pravidelné měsíční konzultace o klientech a jedno za týden konzultace se zdravotní sestrou nad aktuální situací kolem klientů. Osvědčila se též spolupráce s psychiatrem při komunikaci s ostatními zdravotnickými zařízeními.

Rolí **psychiatrické zdravotní sestry** je posuzovat zejména zdravotní stav klienta v jeho přirozeném prostředí (v terénu). Soustředí se především na změny zdravotního stavu, možná rizika zhoršení, zvládání projevů onemocnění, zvládání péče o fyzické zdraví a zvládání krizových situací. Poskytuje poradenství ohledně léčebného režimu, duševních onemocnění a fyzického zdraví klientovi a jeho rodinným příslušníkům. Zdravotní sestra se též aktivně zapojuje do tvorby individuálního plánu klienta.

Pracovníci sociálních služeb vyhodnocují sociální situaci klienta, mapují, plánují s klientem kroky, které budou směřovat k naplnění zakázky. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který vede příslušnou dokumentaci klienta. Do spolupráce se dle potřeby zapojují i ostatní pracovníci týmu, a to i zdravotníci. Pracovník se též snaží zajistit propojenost služby se sítí. Pracovníci poskytují sociální poradenství, krizovou pomoc, podpůrnou psychoterapii, provádí sociální rehabilitace a pracují na zotavení klienta.

Peer konzultant je člověk s vlastní zkušeností s onemocněním. Skrze tuto zkušenost motivuje klienty ke změně postojů směřující k zotavení. Stejně jako pracovníci sociálních služeb hledá a pracuje se silnými stránkami klientů. Též se zapojuje do tvorby individuálních plánů.

Rolí **peer pečovatele** je prostřednictvím své osobní zkušenosti pracovat s rodinnými příslušníky klientů služby. Při své práci vede motivační a podpůrné rozhovory, skrze které posiluje vědomí, že zlepšení situace klienta je možná.

Jako koordinátor služby multidisciplinárního týmu je v tomto případě **vedoucí týmu**. Ta vyhodnocuje, plánuje a řídí kapacitu týmu. Dále metodicky vede pracovníky a prezentuje projekt navenek.

3.2.3 Proces poskytování služby

K prvotnímu kontaktu s rodinnými příslušníky nebo zájemci o službu může docházet hned několika způsoby. Může to být na základě aktivního síťování služby, skrze oslovení zdravotnickými zařízeními, orgány státní správy (městský úřad, úřad práce atd.), jinými organizacemi nebo samotnými rodinnými příslušníky či zájemci o službu. První schůzka může proběhnout v prostorách Péče o duševní zdraví, z.s. (ambulantní formou), nebo na jiném místě, na kterém se se zájemcem dohodne (terénní formou). Může dojít i k asertivnímu oslovení zájemce, který vykazuje znaky duševního onemocnění, ale dlouhodobě se neléčí, nebo nemá žádnou zkušenost s psychiatrickou péčí.

Pracovník, který uskutečnil se zájemcem o službu tzv. prvokontakt, poté na nejbližší poradě představí základní zjištěné informace. Členové týmu poté na poradě diskutují, zda a jakým způsobem může organizace zájemci nabídnout vhodnou podporu a pomoc. Právě zde nastala první změna v procesu poskytování služby, kdy se diskutuje i nad tím, zda se bude se zájemcem pracovat multidisciplinárním přístupem. K tomu se přistupuje především ve třech případech.

- V případě, že u klienta došlo ke zhoršení psychického nebo fyzického zdravotního stavu.
- Klient je ohrožen krizí, která ohrožuje zdraví nebo sociální fungování klienta. Klient není schopen tuto událost zvládnout vlastními silami a zvládacími strategiemi v přijatelném čase a navyklým způsobem.

- U klienta jsou zjištěna významná zdravotní nebo sociální rizika.

Následuje určení klíčového pracovníka. Může to být samozřejmě sociální pracovník, avšak v případě, že se u klienta jedná o pomoc především v oblasti zdraví, může být klíčovým pracovníkem i zdravotní sestra.

Poté probíhá uzavření smlouvy s klientem a to buď písemnou, nebo ústní formou. Základem dobré spolupráce je navázání dobrého, partnerského kontaktu mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Po navázání kontaktu probíhá mapování s využitím standardizovaných dotazníků organizace a rozhovoru. Výstupy z mapování jsou předmětem další diskuze s klientem a následné tvorby individuálního plánu. Ten sestavuje klient s klíčovým pracovníkem a dalšími zapojenými zdroji (rodina, lékař, atd.). V případě zapojení zdravotníka bývá k tvorbě individuálního plánu přizván i on. Poté již následuje samotná práce nad cíli, které byly stanoveny v individuálním plánu. Pracovník se snaží zapojit přirozené prostředí klienta i profesionální služby.

V předem dohodnutém termínu dochází k vyhodnocení individuálního plánu. Klient společně s pracovníkem shrnují, co se povedlo a nepovedlo, k jakým došlo změnám a jak se daří naplňovat jednotlivé cíle spolupráce.

Spolupráce s klientem je ve většině případů ukončena po vzájemné dohodě. Důvodem může být naplnění cílů spolupráce, rozhodnutí klienta nebo přechod klienta do jiné služby.

Během spolupráce vytváří klient s pracovníkem protikrizový plán, který slouží k předcházení relapsu onemocnění. Popisuje, co krizi vyvolává nebo ji spouští, jak klient a jeho okolí krizi poznají, a co pomáhá při jejím zvládnutí. Protikrizový plán zahrnuje i dohody, jak v průběhu zhoršeného zdravotního stavu postupuje klient, pracovník i jeho okolí.

Pokud se klient ocitá v krizi, předá klíčový pracovník týmu informaci a návrh na přechod klienta do režimu Protikrizového plánování. Situaci pracovník konzultuje s ošetřujícím psychiatrem klienta, případně dalšími zdroji, které jsou uvedené

v Protikrizovém plánu. Do spolupráce s klientem se zapojují další pracovníci, ideálně i týmový psychiatr a zdravotní sestra. Klientovi je nabízen intenzivnější kontakt, aby došlo k podpoře, hodnocení rizik ohrožení a monitorování jeho zdravotního stavu. Pokud klient z důvodu velkého zhoršení zdravotního stavu ohrožuje sebe nebo okolí, usiluje tým o hospitalizaci. Při rozhodování o nedobrovolné hospitalizaci posuzuje míru zdravotních rizik lékař a zdravotní sestra, schopnost o sebe pečovat posuzuje zdravotní sestra a sociální pracovníci, míru sociálních rizik mapují sociální pracovníci, zdravotní sestra a peer konzultant. Pokud tým vyhodnotí nedobrovolnou hospitalizaci jako nutnou, komunikuje předem se záchranáři a psychiatrem o co nejšetrnějším průběhu. Při zásahu by měl být v nejlepším případě přítomen psychiatr, který pro záchranáře připravuje zprávu (tzv. Parere) a pracovníka týmu (ideálně klientův klíčový pracovník). Pracovníci poté co nejdříve navštěvují klienta v nemocnici s cílem navázat s ním kontakt a vysvětlit mu, proč došlo k nedobrovolné hospitalizaci.

3.2.4 Příběh dobré praxe

Pro účely této práce a zároveň praktické uchopení toho, jak multidisciplinární tým funguje v praxi, jsem vypracovala níže uvedenou kazuistiku.

Pan R. přichází do služeb PDZ v říjnu 2018, tomu předcházela e-mail od jeho babičky. V tom babička žádala o pomoc pro vnuka, který byl již několikrát hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod a Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde se léčil s diagnózou schizofrenie.

Pan R. má za sebou drogovou minulost, nebere léky a skoro nemluví. Babička hovoří o tom, že vnuk má aktivní příznaky onemocnění (bludy, halucinace). Dále mění intonaci hlasu, mumlá, nepřiměřeně se směje nebo vyhrožuje. Pan R. o sebe přestal dbát – nepravdělně a málo jí, pitný režim má minimální, patrný je též zanedbaný vzhled a hygiena (nemyje se, nečeše, nestříhá nehty, nepřevléká oblečení, případně na špinavé vrstvy čisté).

Rodiče chtěli pana R. opět odvést do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod,

ten jim však utekl z auta a několik měsíců žil v lese. Nyní se vrátil, avšak ohrožuje sebe i okolí tím, že zapaluje ohně a svíčky, během čehož nedodržuje bezpečnostní pravidla. Rodiče jej doma nechtějí, proto žije u babičky. Babička hovoří o strachu, vyčerpanosti a bezradnosti. Má obavy, že pan R. uhoří nebo něco podpálí.

V týmu proběhla dohoda na asertivním kontaktování. První kontakt probíhá na rodinné chalupě. Zpočátku jezdíme za babičkou, která nám vypráví klientův příběh. Společně s ní hledáme možnosti, jak pana R. oslovit a vzbudit v něm zájem o nás (ten z počátku našich schůzek utíká pryč). Návštěvy probíhají jednou za týden a při každé návštěvě pana R. pozdravíme.

Po čase již před námi pan R. neutíká a jeho osobní zóna se změnila z 10 m na kontakt přes podání ruky. Občas proběhne rozhovor, pan R. má však stále problémy udržet pozornost a hovořit k tématu. V rozhovoru vždy patrný roztěkaný pohled a tichá komunikace s jeho hlasy.

V lednu 2018 došlo po týmové dohodě k zapojení zdravotní sestry z důvodu edukace babičky i rodičů o psychiatrickém onemocnění. Ty se daří do spolupráce s panem R. postupně zapojovat.

Od února 2018 také zapojujeme psychiatra na konzultace ohledně psychického stavu. V létě 2019 proběhly i osobní schůzky pana R. s týmovým psychiatrem. Dle slov psychiatra je psychický stav pana R. velmi vážný, zvažuje se možnost hospitalizace. Ve spolupráci s týmovým psychiatrem a babičkou domlouváme případnou návštěvu pana R. v psychiatrické ambulanci. Po několika rozhovorech, kdy se snažíme pana R. motivovat skrze možné řešení jeho nespavosti a příspěvku na péči, pan R. s návštěvou souhlasí.

V říjnu 2019 v doprovodu babičky a sociální pracovnice přichází pan R. do psychiatrické ambulance a po rozhovoru s lékařem přijímá i medikaci.

Díky nenásilnému vnucování léčby nebo hospitalizace pan R. spolupracuje, dochází pravidelně jednou za měsíc do ambulance psychiatra. Pan R. se začal

aktivně zajímat o svět kolem sebe, zapojuje se do domácích činností, zlepšila se jeho komunikace s okolím, zlepšil se i vztah s rodiči a babičkou. Dále je ochoten pečovat i o své tělesné zdraví, začal opět navštěvovat praktického lékaře. Aktivní příznaky onemocnění jsou u pana R. nyní minimální. Začíná plánovat budoucnost (práce, bydlení).

I nadále je zapojena zdravotní sestra, která se nyní soustředí na edukaci pana R. ohledně duševního onemocnění (medikace, vedlejší účinky), fyzického zdraví a drogových závislostí.

4 Shrnutí teoretické části

Duševní onemocnění je v dnešní společnosti stále ve velké míře stigmatizováno. Tato stigmatizace pramení v největší míře z nevědomosti a malé informovanosti o duševních nemocech a léčbě. Toto onemocnění je však v naší uspěchané společnosti čím dál četnější a tento zvyšující se trend můžeme i do budoucna očekávat.

Teoretická část proto byla z toho důvodu zaměřena na obecný popis toho, co to duševní onemocnění je. Dále se tato práce blíže soustředila na termín SMI (Serious Mental Illness), který se čím dál častěji používá v komunitních službách pro duševně nemocné. Do okruhu vážných duševních onemocnění spadají nejčastější diagnózy, se kterými služby sociální rehabilitace přichází do kontaktu – schizofrenie, poruchy nálady, obsedantně-kompulzivní poruchy a poruchy osobnosti a chování u dospělých.

Z teoretické části dále vyplývá, že stěžejní ve vývoji péče o duševně nemocné je zvyšování kvality péče a vyšší spolupráce jednotlivých složek péče o duševní zdraví, která má za cíl zvýšit spokojenost uživatelů s psychiatrickou péčí. S tím napřímo souvisí cíl této práce, který má zjistit, jaká je spokojenost klientů s multidisciplinárním přístupem ve vybrané organizaci.

Tato vybraná organizace je chrudimské středisko Péče o duševní zdraví – z. s., která tento přístup zaváděla v srpnu 2018. Do již stávajícího týmu tak přibyl psychiatr a psychiatrická zdravotní sestra.

5 Metodická část

Metodická část této práce úzce navazuje na teoretické vymezení multidisciplinárního přístupu k osobám s dlouhodobým duševním onemocněním. Vymezuje hlavní a dílčí cíle výzkumu, popisuje zvolenou výzkumnou strategii, výzkumný soubor a samotný průběh výzkumu. V neposlední řadě popisuje i možná etická rizika výzkumu.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, jaká je spokojenost klientů se zavedením multidisciplinárního týmu v organizaci Péče o duševní zdraví Chrudim.

Pro získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku byly vymezeny tři dílčí výzkumné cíle (DVC):

DVC 1: Zjistit a popsat změny v pracovní činnosti personálu, které vnímají klienti po zavedení multidisciplinárního týmu.

DVC 2: Zjistit, jaká je spokojenost s činností psychiatrické zdravotní sestry a psychiatra u klientů Péče o duševní zdraví Chrudim.

DVC 3: Zjistit přínos se zavedením multidisciplinárního týmu pro klienty Péče o duševní zdraví Chrudim ve vybraných doménách života.

5.2 Zvolená výzkumná strategie

K povaze výzkumné otázky byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která dokáže danou problematiku pochopit více do hloubky a lépe informovat o názorech respondentů. Hendl (2005, s. 50) zmiňuje definici metodologa Johna W. Creswella (1998): *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy*

textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Technikou výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. K dispozici byly předem otázky, na které jsem chtěla znát odpověď. Zároveň je zde možnost mít doplňující otázky, a to jak ze strany tazatele, tak ze strany respondenta. Můžeme se hlouběji zaměřit na některou z otázek a mít větší přínos z odpovědi. (Štěch, 2014)

5.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl			
Zjistit, jaká je spokojenost klientů se zavedením multidisciplinárního týmu v organizaci Péče o duševní zdraví Chrudim.			
Dílčí výzkumný cíl (DVC)	Výzkumná technika	Zdroj zjištění	Tazatelské otázky (TO)
DVC 1 Zjistit a popsat změny v pracovní činnosti personálu, které vnímají klienti po zavedení multidisciplinárního týmu.	Polostrukturovaný rozhovor	Klienti Péče o duševní zdraví, z. s. – středisko Chrudim	TO 1: Jaké změny nastaly v pracovní činnosti personálu po zavedení multidisciplinárního týmu a jak je vnímáte?
DVC 2 Zjistit, jaká je spokojenost s	Polostrukturovaný rozhovor	Klienti Péče o duševní zdraví, z. s. – středisko	TO 2: V čem spatřujete spokojenost s činností psychiatrické zdravotní

<p>činností psychiatrické zdravotní sestry a psychiatra u klientů Péče o duševní zdraví Chrudim.</p>		<p>Chrudim</p>	<p>sestry? TO 3: V čem spatřujete spokojenost s činností psychiatra?</p>
<p>DVC 3 Zjistit přínos se zavedením multidisciplinárního týmu pro klienty Péče o duševní zdraví Chrudim ve vybraných doménách života.</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>Klienti Péče o duševní zdraví, z. s. – středisko Chrudim</p>	<p>TO 4: Nastala u Vás změna v oblasti zdraví, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu? TO 5: Nastala u Vás změna v oblasti volného času, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu? TO 6: Nastala u Vás změna v oblasti sociálních vztahů, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu? TO 7: Nastala u Vás změna v oblasti bydlení, která</p>

			<p>souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?</p> <p>TO 8: Nastala u Vás změna v oblasti práce, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?</p> <p>TO 9: Nastala u Vás změna v oblasti péče o sebe, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?</p>
--	--	--	--

Zdroj: vlastní

5.4 Výzkumný soubor

Prvním důležitým kritériem výběru výzkumného souboru byla vzhledem k povaze práce nutnost, aby byl klient klientem chrudimského střediska Péče o duševní zdraví, z. s. Následně probíhal výběr vzorku na základě toho, zda klient byl a stále je zapojen v projektu Program prevence hospitalizace. Ne všichni klienti mají osobní zkušenost se zapojením zdravotníků při poskytování služby sociální rehabilitace, proto byli vytipováni ti, u kterých došlo k zapojení zdravotní sestry nebo psychiatra konzultanta.

Osloveno bylo celkem 14 respondentů, kteří tyto podmínky výzkumného souboru splňovali. Někteří klienti se odmítali výzkumu účastnit a některým se před, nebo během probíhajícího výzkumu zhoršil buď psychický, nebo fyzický zdravotní stav. Celkový počet respondentů byl proto 8, z toho 5 mužů a 3 ženy.

Výzkum probíhal anonymně, tudíž je každý klient z důvodu ochrany osobních údajů označen značnou R (**R1** – **R8**). U respondentů neuvádím konkrétní diagnózu, jelikož pro účely mé práce neshledávám tuto informaci jako relevantní.

Tabulka 2: Základní informace o respondentech

Označení respondenta	Základní informace o respondentech
R1	Muž; 60 let; doba čerpání služby: 4 roky
R2	Muž; 34 let; doba čerpání služby: 2 roky
R3	Muž; 47 let; doba čerpání služby: 14 let
R4	Žena; 57 let; doba čerpání služby: 3 roky
R5	Muž; 72 let; doba čerpání služby: 1 rok
R6	Muž; 21 let; doba čerpání služby: 1 rok
R7	Žena; 61 let; doba čerpání služby 8 let
R8	Žena; 38 let; doba čerpání služby 1 rok

Zdroj: vlastní

5.5 Realizace výzkumu

V první fázi bylo potřeba oslovit vedoucí chrudimského střediska Péče o duševní zdraví, z. s., zda by bylo možné výzkum tohoto typu možný. Tento krok nastal

v únoru 2019 a byl celým týmem střediska odsouhlasen. Po prvotním vytipování klientů byly jednotlivé klíčové pracovnice požádány, aby oslovily respondenta a zjistily zájem o poskytnutí rozhovoru. V případě souhlasu klienta došlo k osobnímu kontaktování a to buď telefonicky, nebo osobně. Byl zopakován účel rozhovoru a nakládání s poskytnutými informacemi. Zdůrazněna byla i anonymita výzkumu. Rozhovory po předchozí domluvě s klienty probíhaly na různých místech, nejčastěji v domácím prostředí klienta, v kavárně nebo na veřejném prostranství (parky).

Výzkum probíhal v měsících duben a květen. Před zahájením schůzky s klientem jsem znovu zopakovala účel rozhovoru, zdůraznila anonymitu a vysvětlila, jak bude rozhovor probíhat. Poté jsem se klienta dotázala, zda mohu záznam rozhovoru nahrát na hlasový záznamník. V případě, že klient nesouhlasil, nabídla jsem variantu zaznamenání odpovědi písemně.

Délka rozhovoru byla různorodá v závislosti na individualitě každého klienta. Otázky jsem ve v několika případech musela dovysvětlit a snadněji formulovat. V průměru rozhovor trval 15 až 30 minut.

5.6 Reflexe etických rizik výzkumu

Jedno z etických rizik si uvědomuji právě z mé pracovní pozice. Jako sociální pracovnice, která je zaměstnaná v chrudimském středisku Péče o duševní zdraví, z. s., se s většinou klientů osobně znám. To může mít na jejich odpovědi zásadní vliv. Znamená to však i nespornou výhodu v již navázaném vztahu a důvěře.

Výsledky výzkumu mohou být ovlivněny i individualitou jednotlivých klientů a úzkým výběrem výzkumného souboru. V případě, že by se výzkum opakoval s jinými respondenty, přichází v úvahu i varianta, že by se získaná data mohla lišit, proto je třeba brát na zřetel jedinečnost každého jedince. Na zřetel musíme brát i fakt, že každý klient spolupracuje s Péčí o duševní zdraví, z. s. z jiného důvodu, každý má jinou zakázku. Proto můžeme očekávat, že na některé oblasti výzkumu nebudou schopni všichni klienti odpovědět.

Dalším rizikem výzkumu jsou snížené kognitivní funkce (paměť, pozornost, zpracování informací, řeč) u některých respondentů. Z tohoto důvodu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, tak abych mohla tazatelské otázky dovysvětlit a případně formulovat snadněji.

6 Popis a interpretace dosažených výsledků

Ze získaných dat z výpovědí respondentů v rámci polostrukturovaného rozhovoru jsou v této kapitole interpretovány výsledky výzkumu. Díky tomu bude naplněn hlavní cíl výzkumu, ze kterého vyplývají tři dílčí cíle. V rámci transformační tabulky bylo stanoveno devět tazatelských otázek.

6.1 DVC 1: Zjistit a popsat změny v pracovní činnosti personálu, které vnímají klienti po zavedení multidisciplinárního týmu

První dílčí cíl tohoto výzkumu měl zjistit, zda klienti vnímají změny v pracovní činnosti personálu po zavedení multidisciplinárního týmu v Péči o duševní zdraví, z. s. – středisko Chrudim. Případně, že klienti tyto změny vnímají, měl tento cíl též za úkol tyto změny konkrétně popsat. K dosažení tohoto dílčího cíle byla použita tazatelská otázka TO 1.

TO 1: Jaké změny nastaly v pracovní činnosti personálu po zavedení multidisciplinárního týmu a jak je vnímáte?

Tři respondenti (R5, R6 a R8) v tomto případě uvedli, že **žádné změny** v pracovní činnosti nevnímají. „Přijde mi, že je to furt stejný.“ (R5) „Vnímám to stejně, nepřijde mi, že by se něco změnilo.“ (R6)

Pět respondentů uvedlo konkrétní změny, které v pracovní činnosti personálu pociťují (R1, R2, R3, R4 a R7). V těchto případech uváděli všichni shodně **změny v pracovní náplni sociálních a zdravotních pracovníků**. „Na rozdíl od sociálního pracovníka dává (zdravotní) sestřička rady do života ohledně zdraví. V tom vidím rozdíl.“ (R4) Respondent R1 dává podobnou odpověď: „Nyní mám možnost probrat s někým víc svůj zdravotní stav, zdravou výživu a tak. Takže když potřebuju, tak toto probírám se (zdravotní) sestřičkou. To rozhodně vnímám jako změnu k lepšímu.“ „Tak (zdravotní) u sestřičky je znát, že je to zkrátka větší odborník na to zdraví.“ (R7)

Jak již bylo uvedeno výše, respondent R1 uvedl, že změny v pracovní činnosti vnímá **pozitivně**. Stejně toto hodnotili i respondenti R2, R3, R4 a R7, kteří uvedli, že určité změny pocítili. „Všeobecně si myslím, že je dobré mít v týmu zdravotníka“ (R3) „Změny v práci v souvislosti s multidisciplinárním týmem vnímám pozitivně, je dobrý, že za mnou začala jezdit i zdravotní setra.“(R2)

6.2 DVC 2: Zjistit, jaká je spokojenost s činností zdravotní sestry a psychiatra u klientů Péče o duševní zdraví Chrudim

Tento dílčí cíl se zaměřuje na to, jaká je spokojenost klientů, u kterých je zapojen multidisciplinární tým, s činností zdravotní sestry a psychiatra. Respondentům byla pokládána tazatelská otázka TO 2 a TO 3.

TO 2: V čem spatřujete spokojenost s činností psychiatrické zdravotní sestry?

Psychiatrická zdravotní sestra je v tomto případě zapojena u všech respondentů (R1 – R8), tudíž byla tato otázka pokládána všem dotazovaným.

Pět respondentů uvedlo, že u psychiatrické zdravotní sestry oceňují její **odbornost a informovanost v oblasti psychického i fyzického zdraví**. „Je znát, že má znalosti a umí poradit se zdravotním stavem. Je to prostě odborník.“ (R4) „S činností zdravotní sestry jsem naprosto spokojen. Informuje mě o tom, jak se správně stravovat, jaké vitamíny mám užívat. Mluvíme spolu taky o zdravé výživě a mé duševní nemoci.“(R2) „Je uklidňující mít tu možnost probrat zdraví s odborníkem, některým lidem (klientům) se to může hodit.“(R3) „Jsem na sto procent spokojena, je znát, že toho hodně ví.“ (R7)

Respondenti se též rozhovořili o **spokojenosti s přístupem** psychiatrické zdravotní sestry. „Nejvíc bych ocenil její vstřícný přístup.“ (R1) „Se mnou vydržet to je umění, takže jsem spokojen, že je sestřička tak trpělivá a nevzdává to se mnou. Vždycky jsem měl celkově obavy ze zdravotníků, nemám rád nemocnice,

doktory a tak. Ale sestřička je hodná a vstřícná, dokáže všechno hezky vysvětlit. “ (R5) „Je hodná, dokáže všechno pěkně vysvětlit. “ (R8)

TO 3: V čem spatřujete spokojenost s činností psychiatra?

Jak již bylo uvedeno výše, psychiatr v multidisciplinárním týmu v Péči o duševní zdraví, z. s. ve středisku Chrudim poskytuje především odborné konzultace. Z tohoto důvodu není v tak častém kontaktu s klienty služby, vyjma klientů, kteří jsou zároveň i pacienti tohoto lékaře. V rámci výzkumného souboru je psychiatr zapojen u tří respondentů (R2, R4 a R7), kterým tato tazatelská otázka byla položena.

Respondenti shodně hovořili o **odbornosti lékaře**. *„S činností pana doktora jsem taky spokojený. S panem doktorem si rozumím. Pomáhá mi rozumět lékům a mojí nemoci.“ (R2)*

6.3 DVC 3: Zjistit přínos se zavedením multidisciplinárního týmu pro klienty Péče o duševní zdraví Chrudim ve vybraných doménách života

Třetí a poslední dílčí cíl tohoto výzkumu má za úkol zjistit, jaký je přínos zavedení multidisciplinárního týmu v chrudimském středisku Péče o duševní zdraví, z. s. Jednotlivé změny jsou zjišťovány prostřednictvím vybraných domén života člověka. Pro účely této práce byly použity domény: zdraví, volný čas, sociální vztahy, bydlení, práce a péče o sebe. K dosažení tohoto cíle byly použity tazatelské otázky TO 4 – TO 9.

TO 4: Nastala u Vás změna v oblasti zdraví, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

Pět respondentů (R1, R2, R5, R6, R7) uvedlo, že u nich změna v oblasti zdraví nastala. Především i z důvodu, že právě oblast zdraví, byla předmětem spolupráce s klientem, tudíž byla psychiatrická zdravotní sestra zapojena.

Dva respondenti uváděli změnu **v náhledu na svoje duševní onemocnění**. „*Se zdravotní sestřičkou jsem pracoval hlavně na náhledu na nemoc. Probírali jsme moje příznaky a jak je zvládat. Ted' mám náhled lepší. Dokážu pochopit, co se mnou děje a něco s tím dělat.*“ (R1) „*Určitě k lepšímu.... Cítím se nyní líp. Hlavně svůj zdravotní stav můžu probrat i se zdravotní sestrou.*“ (R2)

Čtyři respondenti hovořili o poskytovaném **poradenství v oblasti fyzického i psychického zdraví**. „*Hodně mi poradila ohledně zdraví. Po zlomenině nohy jsme spolu mluvili o tom, jak si ji obvazovat a jak ji rozhýbávat. Ted' se snažím na její doporučení chodit ven a postupně to zkouším rozhýbávat. Jako je znát, že se víc zaměřuje na to zdraví. Vím, že když budu potřebovat něco vysvětlit, tak se na ni můžu obrátit.*“ (R6) „*Od té doby, co za mnou sestřička chodí, mi začala radit, co mám dělat s těma mýma bolavýma zádama. Mluvili jsme o cvicích, mastičkách. Taky jsme spolu chystali léky do lékovky, ted' už to dělá moje dcera.*“ (R5) „*Pomohla mi najít nového zubaře.*“ (R1) „*Když začal ten virus, tak mi (zdravotní) sestřička pomohla zařídit injekce, moje psychiatrická měla omezenej režim.*“ (R7)

TO 5: Nastala u Vás změna v oblasti volného času, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

U oblasti změny v oblasti volného času respondenti uváděli, že pokud případná změna nastala, tak **nesouvisela se zavedením multidisciplinárního přístupu** v týmu. Vypovídající je například odpověď respondenta R1: „*Náplň svýho volnýho času jsem řešil víc se svou klíčovou pracovnící. Ani mě nenapadlo se na něco zeptat zdravotní sestřičky.*“

TO 6: Nastala u Vás změna v oblasti sociálních vztahů, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

Šest respondentů shodně uvedlo, že změny v oblasti sociálních vztahů jsou podobné jako změny v oblasti volného času. Pokud už tuto oblast nějakým způsobem řešili v rámci spolupráce s Péčí o duševní zdraví, z. s., tak primárně se svou klíčovou pracovníci.

Dva respondenti však určitou změnu vnímají. Respondent R2 například uvedl: *„I se zdravotní sestrou můžu probírat problémy ve vztazích. To jsem rád. Zlepšil se totiž můj postoj a porozumění směrem k rodičům. Chápu, že to se mnou nemají lehký.“* *„Hrozně mi pomohla v tom, jak komunikovat s přáteli ale i cizími lidmi. Ztratil jsem ostych.“ (R1)* Toto porozumění směrem k rodičům i přátelům souvisí s náhledem na nemoc, který respondenti díky spolupráci s psychiatrickou zdravotní sestrou získali

TO 7: Nastala u Vás změna v oblasti bydlení, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

Oblast bydlení byla v době realizace výzkumu předmětem spolupráce u dvou respondentů (R1 a R6). Respondent R1 bydlí v současné době v **tréninkovém bytě**, kde má služby zajištěné právě chrudimským střediskem Péče o duševní zdraví, z. s. *„Bydlím v tréninkovém bytě. Celkově s přechodem a samotným bydlením mi celý tým pomohl. Se sociální pracovníci jsem řešil peníze, vyřizovali jsme příspěvek na péči, přepisovali trvalý bydliště. Sestřička mi pomohla sehnat nového zubaře.“ (R1)*

Respondent R6 se v době realizace výzkumu připravoval na nástup do tréninkového bytu. *„Měl bych se stěhovat do tréninkového bytu. Teďka všechno kolem toho zařizujeme. Se (sociální) pracovníci řešíme peníze, hlavně ten (invalidní) důchod. No a se sestřičkou jsem třeba teďka vyplňoval krizový plán,*

bavíme se spolu o mé nemoci a taky o té zlomenině nohy, potřebuju to rozhybat, než se do toho bytu přestěhuju.“ (R6)

TO 8: Nastala u Vás změna v oblasti práce, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

Oblast práce, myšleno zaměstnání, není předmětem spolupráce ani u jednoho respondenta.

Po předložení této tazatelské otázky však překvapivě dva respondenti odpověděli (R1 a R2). Oba však měli na mysli **domácí práce**. *„Víc si všímám domácích prací jako vaření, úklid a tak. Do budoucna si chci najít práci a být zaměstnanec, už teď o tom mluvím s pracovnící, zdravotní sestrou a panem doktorem.“(R2)* Respondent R1 je v tréninkovém bytě (viz TO 7), proto změna souvisela s novými povinnostmi, které je třeba si po opuštění pobytové služby osvojit. *„Když jsem něco nevěděl, tak jsem se obrátil na pracovníka. Sociální pracovnice mi tenkrát pomohla zařídit službu na praní prádla, hlavně toho velkého jako jsou povlečení a prostěradla. Zároveň mi to tam i vyžehlí a já si to jenom vyzvednu. Se sestřičkou jsem se bavil o vaření, hlavně o zdravé stravě. Tak se snažím jíst víc ovoce a zeleniny. I když to ne vždy jde, jak by mělo. (smích)“ (R1)*

TO 9: Nastala u Vás změna v oblasti péče o sebe, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

Změnu v oblasti péče o sebe uvedli tři respondenti. Dva respondenti shodně hovořili o změně v **dodržování osobní hygieny**. *„Když jsem se nastěhoval do tréninkového bytu, tak mě celý tým podporoval v zásadách osobní hygieny. Mluvili jsme o tom, jak často je dobré dělat jednotlivé věci.“ (R1)* *„Jo, určitě. Teď hygienu dodržuju rád. Dbám i na to, abych lépe vypadal. Jsem rád, že v tom mám podporu pracovníka a zdravotní sestřičky.“(R2)*

U jednoho respondenta nastala změna v oblasti péče o fyzické zdraví po úraze. *„Jak už jsem říkal, se sestřičkou jsme se bavili o tom, jak bych měl postupně rozhýbávat tu nohu po té zlomenině, jak to stáhnout do obvazu. Tak se teď snažím více hýbat, chodit. Každý den prodlužuju vzdálenosti od baráku. Potřebuju i zhubnout. V léčbě jsem hrozně přibral.“ (R6)*

7 Shrnutí výzkumné části

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je spokojenost klientů se zavedením multidisciplinárního týmu v organizaci Péče o duševní zdraví Chrudim. Respondenti byli vybíráni právě z této organizace, další podmínkou bylo, že mají osobní zkušenost s multidisciplinárním přístupem a to buď skrze setkání s psychiatrickou zdravotní sestrou, nebo psychiatrem konzultantem. Byly stanoveny tři dílčí cíle, které byly dále transformovány do devíti tazatelských otázek.

Dílčí cíl 1 měl zjistit a popsat změny v pracovní činnosti personálu, které vnímají klienti po zavedení multidisciplinárního týmu. Méně než jedna polovina respondentů uvedla, že žádné změny nevnímají. Naopak více než polovina respondentů uvedla, že určité změny v pracovní náplni personálu vnímají, avšak shodně je hodnotili kladně. Změnu tato část respondentů vnímá v zaměření psychiatrické zdravotní sestry na oblast zdraví.

Dílčí cíl 2 se soustředil na spokojenost s činností psychiatrické zdravotní sestry a psychiatra u klientů Péče o duševní zdraví Chrudim. **Psychiatrická zdravotní sestra** byla zapojena u všech oslovených respondentů, kteří jsou shodně spokojeni s její činností. Více než polovina respondentů ocenila její odbornost a informovanost v oblasti psychického i fyzického zdraví. Méně než polovina respondentů přímo vyzdvihla její vstřícný a trpělivý přístup. **Psychiatr** v tomto případě poskytuje především odborné konzultace týmu, a proto není v tak četném osobním kontaktu s klienty služby. V rámci tohoto výzkumu byl psychiatr zapojen přímo pouze u třech respondentů. Ti však shodně popisovali spokojenost a oceňovali především jeho odbornost.

Dílčí cíl 3 měl zjistit přínos se zavedením multidisciplinárního týmu pro klienty Péče o duševní zdraví Chrudim ve vybraných doménách života. Jednalo se o domény zdraví, volný čas, sociální vztahy, bydlení, práce a péče o sebe.

V oblasti **zdraví** nastala změna související se zavedením multidisciplinárního přístupu u více než poloviny respondentů. Dva respondenti uváděli změnu k lepšímu v souvislosti s náhledem na jejich duševní onemocnění. Čtyři respondenti hovořili o přínosu z důvodu odbornějšího poradenství v oblasti fyzického a psychického zdraví právě ze strany psychiatrické zdravotní sestry.

V oblasti **trávení volného času** bylo zjištěno, že všichni respondenti řešili tuto oblast spíše se svou klíčovou sociální pracovnící, z tohoto důvodu případná změna v této oblasti nesouvisela se zavedením multidisciplinárního přístupu.

Oblast **sociálních vztahu** řešila jedna čtvrtina respondentů stejně jako doménu volného času se svou klíčovou sociální pracovnící. Dvě čtvrtiny respondentů však změnu v souvislosti se zavedením multidisciplinárního přístupu vnímá. Tato změna souvisí především se získaným náhledem na své duševní onemocnění právě díky zapojení psychiatrické zdravotní sestry.

Oblast **bydlení** byla předmětem spolupráce pouze u jedné čtvrtiny respondentů. Jeden z nich bydlí v tréninkovém bytě a ten druhý se na tréninkové bydlení připravuje. Přínos tato část respondentů se zavedením multidisciplinárního přístupu shledává především v tom, že se sociální pracovnící mohou řešit převážně sociální oblasti a se zdravotníky více do hloubky oblast zdraví.

Oblast **práce** nebyla předmětem spolupráce u žádného respondenta. Jedna čtvrtina respondentů však pod touto oblastí spatřuje i změnu v přístupu k domácím pracím. Ta v jednom případě souvisela s životem klienta v tréninkovém bytě a v druhém případě se získaným náhledem na duševní onemocnění díky zapojení psychiatrické zdravotní sestry a psychiatra.

V oblasti **péče o sebe** hodnotila změnu méně než polovina respondentů. Z tohoto celku došlo ke změně v dodržování a frekvenci osobní hygieny u dvou třetin respondentů a u jedné třetiny nastala změna v oblasti péče o

fyzické zdraví po úraze. To vše na základě toho, že právě s psychiatrickou zdravotní sestrou mají možnost se v rámci osobních schůzek více věnovat těmto oblastem.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je spokojenost klientů se zavedením multidisciplinárního týmu v organizaci Péče o duševní zdraví Chrudim. Podařilo se zjistit a případně i popsat změny v pracovní činnosti personálu, které vnímají klienti po zavedení multidisciplinárního přístupu. Postupy a změny v pracovní činnosti byly z hlediska organizace blíže popsány v teoretické části. Dále byla zjištěna i spokojenost s činností psychiatrické zdravotní sestry a psychiatra. V neposlední řadě byl zjištěn případný přínos s tímto přístupem v jednotlivých doménách života klientů - zdraví, volný čas, sociální vztahy, bydlení, práce a péče o sebe.

Zvolená kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaného rozhovoru se u menšího počtu respondentů velice osvědčila. Bylo více času i prostoru si s jednotlivými klienty – i s těmi, u kterých jsem klíčová pracovnice – více promluvit o tom, jak jsou spokojeni s tímto novým přístupem v práci. Příjemně překvapující bylo zjištění, jakým způsobem o tom dokáží klienti hovořit a jak své názory prezentují.

Z výzkumu je zřetelné, že klienti vnímají celkově pozitivně možnost, mít s kým probrat doménu zdraví. Pohled klientů je samozřejmě ovlivněn přístupem personálu, který respondenti často právě u psychiatrické zdravotní sestry zmiňovali. Kladně klienti hodnotí právě již zmiňovanou odbornost jednotlivých pracovníků. Klienti vědí, že v případě sociálních záležitostí je vhodné se obrátit na sociálního pracovníka a případné dotazy ohledně zdraví, je lepší směřovat na zdravotníky.

Zjišťuje se, že propojenost zdravotní a sociální podpory a pomoci je při práci s dlouhodobě duševně nemocnými účinná a zároveň i kladně přijímaná klienty služeb. Tento přístup přímo reaguje i na Strategii reformy psychiatrické péče. Multidisciplinární přístup při práci s dlouhodobě duševně nemocnými naplňuje svým způsobem několik bodů této Strategie, která má za cíl zlepšovat kvalitu života lidí s duševním onemocněním. I výsledky výzkumu potvrzují, že tento

přístup zvyšuje spokojenost klientů s poskytovanou péčí, zvyšuje kvalitu péče, zlepšuje provázanost zdravotních a sociálních služeb a humanizuje psychiatrickou péči.

Můžeme očekávat, že určité nastavení tohoto přístupu do pracovní činnosti týmu může pomoci lepší adaptaci pracovníků na vznik Centra duševního zdraví. Tato centra mají při své práci též využívat multidisciplinární přístup se zapojením psychiatra, psychiatrické zdravotní sestry, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, klinického psychologa a peer konzultanta.

Zároveň můžeme očekávat, že pokud vznikne Centrum duševního zdraví i v Chrudimi, budou na multidisciplinární přístup navyklí nejenom klienti a rodinní příslušníci, ale i síť služeb v této oblasti.

Teoretický přínos této diplomové práce můžeme shledávat především v popisu fungování multidisciplinárního týmu v chrudimském středisku Péče o duševní zdraví, z. s. To může sloužit nejen odborné, ale i laické veřejnosti k lepšímu vhledu do této problematiky. Zároveň může tento popis sloužit i ostatním komunitním službám pro duševně nemocné, které zvažují zapojit do týmu zdravotníky, jako motivace (i vzhledem k příkladu dobré praxe) i jako vodítko k tomu, jak to může fungovat.

Praktický přínos je možné shledávat v získání názoru klientů na tento přístup poskytování služby sociální rehabilitace. Tyto data mohou být opět směřována k odborné i laické veřejnosti. Zároveň mohou sloužit jako zpětná vazba týmu chrudimského střediska Péče o duševní zdraví, z. s., ale i kolegům z ostatních středisek.

Námětem pro další výzkum může být získání pohledu sociální pracovníků a zdravotníků na multidisciplinární přístup. Zajímavý přínos by mohl i výzkum mezi rodinnými příslušníky klientů, případně i se sítí služeb (i zdravotnických) v této lokalitě. V neposlední řadě můžeme shledávat i námět na výzkum pro ostatní služby, které pracují multidisciplinárním přístupem. Případná data a

poznatky z jiné organizace by se daly porovnat s výzkumem v této diplomové práci.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka38

Tabulka 2: Základní informace o respondentech.....41

Seznam použité literatury

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. Praha: Galén, 1997. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 80-85824-45-0.

ČADKOVSKÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela. Multidisciplinární tým. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

HEJZLAR, Petr. *Case management*. [Kurz]. Hradec Králové 25.-27.4.2018.

HEJZLAR, Petr. *Psychosociální rehabilitace lidí s duševní nemocí*. [Kurz]. Hradec Králové 11.,12.,18.,19.6.2018.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-374-1.

JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ, Pavla KODYMOVÁ a Radka MICHELOVÁ. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.

JAROLÍMEK, Martin. Transformace psychiatrické péče. In: HEJZLAR, Petr, ed. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

PROBSTOVÁ, Václava, Jan PFEIFFER a Ondřej PĚČ. 10 let cesty k moderní péči o dlouhodobě duševně nemocné v ČR. In: DRAGOMERICKÁ, Eva, Alena PALČOVÁ a Hana PAPEŽOVÁ. *Sociální psychiatrie v čase změn*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, s. 199-200. ISBN 80-85121-08-5.

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

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-531-4.

ŠTĚCH, Ondřej. *Výzkumné metody v sociální práci: kurz*. 1. vyd. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2014.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Internetové zdroje

ANTHONY, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s [online]. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://silo.tips/download/recovery-from-mental-illness-the-guiding-vision-of-the-mental-health-service-sys>

Centrum duševního zdraví. *Fokus Praha* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. Praha, 2017, [cit. 2020-05-24].
Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/Stopstigma/O-dusevnich-nemocech/Neuroticke-poruchy/Obsedantne-kompulzivni-porucha/>

FIALA, Marek, et. al. *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)* [online]. Praha, 2014 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z:
http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ_final_leden2015.pdf

Klinika ambulantní psychiatrie a psychoterapie. *Nejčastější duševní onemocnění a jejich projevy* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-07-04]. Dostupné z: <https://www.kappa-praha.cz/blog/nejcastejsi-dusevni-onemocneni-a-jejich-projevy>

KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, Lenka, Johan PFEIFFER, Simona PAPEŽOVÁ, Michaela URBÁNKOVÁ, Zuzana FIŠEROVÁ a Helena HERBSTOVÁ. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Malý průvodce Centry duševního zdraví* [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx?souborID=38543&typ=application/pdf&nazev=Maly_pruvodce_CDZ.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Manuál k evaluaci CDZ, 2. verze*. [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx?souborID=35203&typ=application/pdf&nazev=Manu%C3%A1l%20registr%20CDZ_verze_2a.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR* [online]. Praha, 2013 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_1.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha, 2013 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

Na rovinu. *Stigma a stigmatizace* [online]. NUDZ, 2018 [cit. 2020-07-04]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

PROTOPOPOVÁ, Dita. *Nové rozdělení kompetencí pracovníkův multidisciplinárním týmu: Kulatý stůl k reformě péče o duševní zdraví v České Republice Clam-Gallasův palác* [online]. 2017 [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/PrototopovaDita_kulaty-stul-11.4._web.pdf

Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online]. Praha, 2017. [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

SAMHSA. *Behind the Term: Serious Mental Illness* [online]. 2016 [cit. 2020-07-06]. Dostupné z: <https://www.hsdl.org/?view&did=801613>

STŘÍBRNÁ, Veronika. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015 : Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. Pardubice: 2015 [cit. 2020-05-13]. Organizační směrnice, č. 1/2009_b_R2015. Dostupné z: http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/S0901_b_R2015_metodika%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20rehabilitace_final.pdf

ZEMANOVÁ, Markéta. *Bipolární afektivní porucha*. [online]. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/bipolarni-afektivni-porucha>

Seznam příloh

Příloha 1 – Přepis rozhovoru s respondentem R2I

Příloha 1 – Přepis rozhovoru s respondentem R2

1. Kolik Vám je let?

„34“

2. Jak dlouho čerpáte službu sociální rehabilitace v Péči o duševní zdraví?

„Asi 2 roky.“

3. Jaké změny nastaly v pracovní činnosti personálu po zavedení multidisciplinárního týmu a jak je vnímáte?

„Změny v práci v souvislosti s multidisciplinárním týmem vnímám pozitivně, je dobrý, že za mnou začala jezdit i zdravotní setra.“

4. V čem spatřujete spokojenost s činností zdravotní sestry?

„S činností sestry jsem naprosto spokojený. Informuje mě o tom, jak se správně stravovat, jaké vitamíny mám užívat. Mluvíme spolu taky o zdravé výživě a mé duševní nemoci.“

5. V čem spatřujete spokojenost s činností psychiatra?

„S činností pana doktora jsem taky spokojený. S panem doktorem si rozumím a pomáhá mi rozumět lékům a mojí nemoci.“

6. Nastala u Vás změna v oblasti zdraví, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

„Nastala změna. Určitě k lepšímu.... Cítím se nyní líp. Hlavně svůj zdravotní stav můžu probrat i se zdravotní sestrou.“

7. Nastala u Vás změna v oblasti volného času, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

„Zatím ne.“

8. Nastala u Vás změna v oblasti sociálních vztahů, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

„I se zdravotní sestrou můžu probrat problémy ve vztazích. To jsem rád. Zlepšil se totiž můj postoj a porozumění směrem k rodičům. Chápu, že to se mnou nemají lehký.“

9. Nastala u Vás změna v oblasti bydlení, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

„Ne.“

10. Nastala u Vás změna v oblasti práce, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

„Víc si všímám domácích prací jako vaření, úklid a tak. Do budoucna si chci najít práci a být zaměstnanec, už teď o tom mluvím s pracovníci, zdravotní sestrou a panem doktorem.“

11. Nastala u Vás změna v oblasti péče o sebe, která souvisela se zavedením multidisciplinárního týmu?

„Jo, určitě. Teď hygienu dodržuju rád. Dbám i na to, abych lépe vypadal. Jsem rád, že v tom mám podporu pracovníka a zdravotní sestřičky.“