

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Model komplexní psychosociální
rehabilitace CARE v praxi komunitního
týmu organizace pracující s lidmi
s duševním onemocněním**

Niké Christodulu

Katedra Sociální práce
Vedoucí práce RNDr. Mgr. Ivana Čihánková
Studijní program Sociální práce
Studijní obor Pastorační a sociální práce

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Model komplexní psychosociální rehabilitace CARE v praxi komunitního týmu organizace pracující s lidmi s duševním onemocněním* napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 7. 12. 2022

Niké Christodulu

Anotace

Bakalářská práce s názvem *Model komplexní psychosociální rehabilitace CARE v praxi komunitního týmu organizace pracující s lidmi s duševním onemocněním* se zabývá hodnocením nástrojů modelu CARE pohledem pracovníků komunitního týmu. Jejím cílem je v daném rozsahu *zjistit, jaké mají vybrané nástroje (Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor) modelu CARE přínosy a nedostatky v práci s klienty se závažným duševním onemocněním a nabídnout doporučení ke zlepšení jejich využívání.* Teoretická část práce ve třech kapitolách vymezuje psychosociální rehabilitaci, její cíle a principy. Definiuje základní kontextuální pojmy jako závažné duševní onemocnění a představuje model CARE zahrnující teoretická východiska, základní vizi a principy s jejich implikací do praktické pracovní metody a vybraných nástrojů. Zasazuje rámec významu do praxe komunitního týmu ve světle probíhající reformy péče o duševní zdraví. Empirická část práce analyzuje a interpretuje rozhovory s osmi sociálními pracovníky na téma přínosů a nedostatků vybraných nástrojů a následně nabízí doporučení ke zlepšení jejich využívání.

Klíčová slova

psychosociální rehabilitace, závažné duševní onemocnění, Model komplexní psychosociální rehabilitace CARE, zotavení, Osobní profil, Osobní plán, Plán časných varovných příznaků – Semafor, komunitní sociální služby

Summary

The bachelor thesis with the title *The Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation CARE in the Practice of the Community Team of an Organisation Working with People with Mental Illness* deals with the topic of evaluation of the CARE model tools from the perspective of the Community team workers. *The aim is to identify, in the given scope, the benefits and weaknesses of the selected tools (Personal profile, Personal plan and Early warning signs plan – Semaphore) of the CARE model in working with clients with serious mental illness and to offer recommendations to improve their use.* The theoretical part of the thesis, in three chapters, defines psychosocial rehabilitation, its goals and principles. It defines basic contextual concepts such as serious mental illness and introduces the CARE model including theoretical background, basic vision and principles with their implication into practical working methods and selected tools. It sets the frame of meaning into Community team practice in the light of the ongoing mental health care reform. The empirical part of the thesis, included in the chapter four, analyses and interprets interviews with eight social workers on the benefits and weaknesses of the selected tools and then offers recommendations for improving their use.

Keywords

psychosocial rehabilitation, severe mental illness, CARE model of comprehensive psychosocial rehabilitation, recovery, Personal profile, Personal plan, Early warning signs plan – Semaphore, community social services

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat za odborné a inspirativní vedení paní doktorce Ivaně Čihánkové. Svě rodině, přátelům i kolegům pak děkuji za oporu a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	7
1. Psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním.....	9
1.1 Psychosociální rehabilitace	9
1.2 Závažné duševní onemocnění (SMI) a jeho dopady	13
2. Model komplexní psychosociální rehabilitace CARE	18
2.1 Představení modelu CARE	18
2.2 Vize a základní principy	23
2.3 Metodika CARE a její nástroje	27
3. Praxe komunitního týmu.....	35
3.1 Poskytované sociální služby.....	35
3.2 Case management.....	36
3.3 Komunitní péče	37
3.4 Organizace a komunitní tým	38
3.5 Reforma péče o duševní zdraví v České republice	38
4. Přínosy a nedostatky nástrojů modelu CARE z pohledu pracovníka komunitního týmu.....	40
4.1 Cíl.....	41
4.2 Respondenti	41
4.3 Metoda sběru dat	42
4.4 Získaná data.....	43
4.5 Diskuse získaných dat	56
5. Závěr	60
Seznam literatury	61
Přílohy.....	66

Úvod

Práce se zabývá hodnocením nástrojů modelu komplexní psychosociální rehabilitace CARE z pohledu sociálních pracovníků komunitního týmu organizace, pracující s lidmi s duševním onemocněním. Jejím cílem je *zjistit, jaké mají vybrané nástroje (Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor) modelu CARE přínosy a nedostatky v práci s klienty se závažným duševním onemocněním a nabídnout doporučení ke zlepšení jejich využívání*. Teoretická část práce definuje psychosociální rehabilitaci, její cíle a principy. Vymezuje duševní onemocnění a závažné duševní onemocnění jako základní kontextuální pojmy. Představuje model CARE zahrnující teoretická východiska, základní vizi, principy a hodnoty a praktickou pracovní metodu. V souvislosti s cílem práce se dále zevrubně zaměřuje na vybrané nástroje, kterými jsou Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor. Zasaduje rámec významu do praxe komunitního týmu¹ v kontextu probíhající reformy péče o duševní zdraví a věnuje se popisu komunitní případové sociální práce.

Empirická část propojuje popisem zvolené šetřící metody práci s konkrétními, v praxi používanými nástroji. Zahrnuje polostrukturované rozhovory s osmi sociálními pracovníky nestátní neziskové organizace, zaměřující se na péči o duševní zdraví, specificky na práci s lidmi se závažným duševním onemocněním.² Výsledky těchto rozhovorů následně porovnává, interpretuje a formuluje do závěrů a nabídky doporučení ke zlepšení jejich využívání.

Tematické zaměření práce bylo motivováno výsledky cílené implementace praktické metody modelu CARE autorkou a její kolegyní do praxe komunitního týmu. V neziskovém sociálně-zdravotním sektoru se pohybuje přibližně dvacet

¹ Termín komunitní tým je v textu používán pro zjednodušení. Zahrnuje dva komunitní týmy a dvě centra duševního zdraví jedné nestátní neziskové organizace. Komunitní týmy prošly nebo toho času procházejí transformací na centra duševního zdraví. Další tato změna během následujících let čeká.

² Organizace deklaruje spolupráci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Komunitní týmy pak cílí na lidi s duševním onemocněním obecně, v praxi se ale pracovníci setkávají majoritně s lidmi se závažným duševním onemocněním. centra duševního zdraví pak závažné duševní onemocnění, nebo ohrožení ním, pokládají jako svůj vstupní kritériální požadavek.

let v různých rolích, zahrnujících práci vedoucí, metodickou i přímou. V kontextu zkušeností s cílovými skupinami lidí se závislostmi, s dětskou klientelou krizových linek a následně práce s lidmi s duševním onemocněním, včetně diagnóz duálních, a vzhledem k úzké spolupráci s několika psychiatrickými nemocnicemi a založením několika komunitních týmů, autorka řadu let pozorovala ve své praxi fenomény dále uvedené: stigmatizace cílových skupin i pracovníků, vědomé i nevědomé předsudky, nekonstruktivní přenosové reakce v terapeutickém rozhovoru, zaměřování se na obtíže a slabé stránky, přebírání odpovědnosti za řešení klientovy situace, silové pozice a nerovnocenné mocenské vztahy mezi nimi, neautentický a neosobní přístup, a nebo naopak.

Z popsaného vycházela následně potřeba změny těchto, více či méně, zvýrazněných pozic a postojů pracovníků. Do praxe byly nástroje modelu CARE zavedeny jako povinné v roce 2017, používané byly do roku 2022. Na model CARE autorka nahlížela jako na výhodnou cestu, která by popisovanou situaci mohla změnit i vzhledem ke svým hodnotovým polohám, sebe-rozvojovému potenciálu a dobré uchopitelnosti.

Dalším významným vlivem pro zaměření této práce na model CARE byly změny v oblasti péče o duševní zdraví v České republice. Probíhající reforma se krom zaměření na institucionální změny, propojování zdravotních a sociálních služeb a multidisciplinární spolupráci v komunitě zaměřuje také na celostní chápání klienta, cestu zotavení, destigmatizaci a budování sítě komunitních služeb, zahrnujících i centra duševního zdraví. Jedním z doporučovaných přístupů je model CARE a jeho praktická metoda.

Rozsahem této práce je autorka orientována k uchopení aspektů popisného kvalitativního hodnocení přínosů a nedostatků práce s nástroji samotnými, zmínit však další aspekty širě přemýšlení nad modelem CARE v praxi považuje za důležité.

1. Psychosociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním

Tato kapitola představuje psychosociální rehabilitaci, která má při práci s lidmi s duševním onemocněním své nezastupitelné místo. Řadí se mezi komplexní metody práce a spolu s case managementem a multidisciplinární týmovou prací zaznamenává v posledních třiceti letech velký rozvoj.³ Jmenované postupy jsou v praxi komunitního týmu doménou klinických sociálních pracovníků, se kterými byly vedeny rozhovory pro účely této práce.

Po představení kontextu, definici, cílech a principech psychosociální rehabilitace kapitola popisuje cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, včetně onemocnění závažného, a nastiňuje dopady na kvalitu jejich života.

1.1 Psychosociální rehabilitace

V odborné literatuře lze dohledat několik synonym psychosociální rehabilitace, která jsou ovlivněna paradigmaty a přístupy v oblasti péče o duševní zdraví v kulturních i historických souvislostech. Rehabilitaci *psychiatrickou* lze ztotožnit s termínem *komplexní* či *ucelená* s aktuálním odklonem směru psychosociální rehabilitace modelu CARE od užití pojmu *rehabilitace* k pojmu *péče podporující zotavení*⁴. Termín *komplexní* si aktuálnost zachoval, neboť i v nejnovějších přístupech je na člověka stále nahlíženo jako na multidimenzionální bytost, kterou je třeba chápat v jeho bio-psycho-socio-spirituální jednotě⁵. Do celostního pojetí lze zahrnout i prostředí, ve kterém žije a jeho sociální sítě,⁶ časnost interakcí, jejich cílenost a návaznost.

³ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 139. ISBN 80-7367-002-X.

⁴ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 10. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁵ Paradigma Světové zdravotnické organizace definuje člověka jako celistvou bytost ve všech jeho dimenzích. Definice se vztahuje i na duševní poruchy a prezentuje nemoc jako výsledek interakcí všech faktorů. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013, s. 281–282. ISBN 978-80-247-4361-5.

⁶ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 13. ISBN 978-80-908458-5-5.

1.1.1 Souvislosti a zdroje inspirace

Při teoretickém uvažování o modelu CARE a psychosociální rehabilitaci lidí s duševním onemocněním je třeba se nejprve zaměřit na zdroje inspirace, jež jsou z přístupů patrné a platné i dnes.⁷

Základy sociálně psychiatrického systému s důrazem na rehabilitaci nastínil v meziválečném období 20. století holandský lékař A. Querido založením prvního mobilního týmu péče o duševní zdraví. Do popředí zájmu se psychosociální rehabilitace dostala opětovně až o mnoho let později, a to díky představitelům komunitní psychiatrie a sociálních věd, H. Bennetta a G. Caplana. Poválečné programy pracovní rehabilitace, objev psychofarmak, boj za lidská práva, antipsychiatrické hnutí, deinstitucionalizace a F. Bassaglioovo hnutí za demokratizaci, rozvoj komunitní péče a svépomocných skupin – to vše lze ve výčtu označit za významné katalyzátory celého procesu.⁸

Integrální součástí zdravotně-sociálního systému se psychosociální rehabilitace stala ve vyspělých zemích v 80. a 90. letech 20. století.⁹ V tomto období formulované poslání rehabilitace komunitním psychiatrem W. A. Anthonym je, dle mínění autorky, platné i v dnešní době.

„*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“¹⁰ Poslání definované W. A. Anthonym popisuje rozsah působnosti psychosociální rehabilitace.¹¹

⁷ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 8. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁸ CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990, s. 35–37. ISBN 80-201-0050-4.

⁹ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 139–140. ISBN 80-7367-002-X.

¹⁰ ANTHONY, W. A. a R. P. LIBERMAN. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull*. Pub.Med.gov, 1986, **12**(4), s. 101. Dostupné z: doi:10.1093/schbul/12.4.542; PĚČ, Ondřej. *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008, s. 1. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3145960-4-psychiatricka-rehabilitace-a-komunitni-pece-o-dusevne-nemocne.html>

¹¹ Tamtéž, s. 1.

1.1.2 Definice a cíl

Předpokladem pro možnou definici psychosociální rehabilitace je premisa, že člověk je vždy součástí nějaké sociální skupiny, nemůže existovat bez ostatních jako zcela samostatná jednotka: „*Je neoddělitelný od svého sociálního prostředí, a proto snahou při jeho léčení musí být plnohodnotný návrat do tohoto sociálního systému.*“¹²

Světová zdravotnická organizace nabízí definici psychosociální rehabilitace jako procesu, který umožňuje člověku s duševním onemocněním, které vytváří určitý stupeň postižení, dojít k optimální úrovni nezávislosti ve společnosti. Zahrnuje jednak zlepšení schopností, jednak zavedení změn v okolním prostředí, a to s cílem života nejvyšší možné kvality. Zahrnuje jednotlivce, který musí mít možnost rozhodování, i celá společenství.¹³

Z etymologie pojmů *psychiatrická* a *psychosociální* rehabilitace vychází i její smysl. První z nich nabádá k jasnému vymezení cílové skupiny.¹⁴ Zaměření na oblast duševní a na sociální vazby pak zdůrazňuje rehabilitace psychosociální. Pracuje s předpokladem, že lidé s duševním onemocněním mají psychosociální obtíže a cílem je zlepšení kvality jejich života. Staví na práci se silnými stránkami a zdroji podpory, začleněním a prací s přirozeným prostředím. Paradigmatem této péče a hlavním cílem je zotavení:¹⁵ cesta zplnomocnění, znovuvytváření vlastní identity a smyslu života.¹⁶ V závislosti na jednotlivých teoretických východiscích se definice psychosociální rehabilitace liší, její cíle a principy však lze shrnout i takto obecně.

¹² DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010, s. 584. ISBN 978-80-247-4826-9.

¹³ *Psychosocial Rehabilitation: a consensus document*. Genewa: WHO, 1996. In PÁV, Marek, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana a ŠTASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. In *Psychiatrie pro praxi*. 2017, **18**(2). s. 70.

¹⁴ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 139. ISBN 80-7367-002-X.

¹⁵ PĚČ, Ondřej. *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008, s. 1. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3145960-4-psychiatricka-rehabilitace-a-komunitni-pece-o-dusevne-nemocne.html>

¹⁶ PÁV, Marek, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana a ŠTASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. In *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2017, **18**(2). s. 69.

1.1.3 Hlavní směry a principy

Škálu směrů, metod a přístupů psychosociální rehabilitace spojuje naděje na smysluplný a naplňující život v komunitě.¹⁷ Lze mezi nimi rozlišit tři základní směry, které se v praxi často používají v kombinacích.

Směr Bostonský je možno pro rehabilitaci pomocí rozvoje schopností a důrazu na význam učení nazvat též *vývojový*. Jeho hlavním představitelem je psycholog W. A. Anthony, jenž působil na poli psychosociální rehabilitace a založil pod hlavičkou Bostonské univerzity stejnojmenné centrum. Další představitelé tohoto směru, například M. Cohen a M. Farkasová, rozvíjí tento klinický model a cílí na práci s dovednostmi a podporou okolí. Tyto rozvojové a vzdělávací činnosti vycházejí z potřeb a přání. Podstatná je také důvěra v posun. Definice Bostonské školy je v České republice je často citována.¹⁸

Na chování zaměřený *směr Losangeleský* se zabývá tréninkem sociálních dovedností, monitoringem příznaků a stresorů a možnostmi zmírnění nebo odstranění jejich vlivu.¹⁹ V literatuře se lze setkat i s označením *Libermanovský*, a to dle psychiatra a propagátora psychosociální rehabilitace a recovery R. P. Libermana.

G. Shepherd a D. Bennett zastupují poslední zmiňovaný, tedy *Britský směr*. Tato škola se zaměřuje zejména na systém péče a práci s prostředím. Zdůrazňuje význam vlivu prostředí na chování. Směr je orientován spíše na akceptaci nezpůsobilosti. Pracuje s kompenzací, reedukací a reorientací.²⁰

S dalším rozvojem psychosociální rehabilitace dochází ke specializaci práce s jednotlivými osobními i životními oblastmi (bydlení, zaměstnání a vzdělávání, volný čas).

¹⁷ MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006, s. 352. Sestra (Grada). ISBN 8024711516.

¹⁸ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 139–140. ISBN 80-7367-002-X.

¹⁹ ANTHONY, W. A. a R. P. LIBERMAN. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* . Pub.Med.gov, 1986, **12**(4), 542-59. Dostupné z: doi:10.1093/schbul/12.4.542

²⁰ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 139–140. ISBN 80-7367-002-X.

Principy psychosociální rehabilitace shrnuje obecně W. A. Anthony jako zaměření na člověka a zvýšení jeho kompetencí. Dále pak je důležité zlepšení podmínek prostředí, ve kterém žije a které si může sám zvolit. Rehabilitace je eklektická a pracuje se zdravou částí osobnosti člověka s využitím jeho dovedností a potenciálu. Pomoc a podpora je orientovaná na kompetence²¹ a podmiňuje aktivní zapojení a zachovává stálou naději ke zotavení (*recovery*).²² Cílem tedy není vymizení symptomů nemoci a vyléčení.²³

1.2 Závažné duševní onemocnění (SMI) a jeho dopady

Jestliže chceme teoretickým způsobem uvažovat o psychosociální rehabilitaci, modelu CARE a jeho praktické metodě v kontextu práce sociálních pracovníků komunitního týmu s lidmi s duševním onemocněním, je vhodné se právě na tuto cílovou skupinu zaměřit, a tím popsat souvislosti celé práce.

Subkapitola se věnuje popisu definice duševního onemocnění, včetně závažného, jež se snaží uchopit skrz kritéria nabízená dostupnou odbornou literaturou. Cílí na dopady na kvalitu života s návazností na jednu z funkčních možností vedoucích k jeho zlepšení, tedy na psychosociální rehabilitaci.

1.2.1 Definice duševního onemocnění

Ačkoliv jsou příznaky duševního onemocnění měřitelné na celém světě stejně, vlivem interpretace jednotlivých kultur se jejich výsledný obraz mění. Společenské normy různých historických etap nemoci duše vnímají spíše ve spojení negativním a v naší kulturní tradici mají i v dnešní době stigmatizující charakter a svébytné postavení.²⁴

²¹ HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2007. s. 135.

²² ANTHONY, W. A. a R. P. LIBERMAN. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull*. Pub.Med.gov, 1986, **12**(4), 542-59. Dostupné z: doi:10.1093/schbul/12.4.542 In MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi*. 2005. s. 140. ISBN 80-7367-002-X.

²³ PĚČ, Ondřej. *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008, s. 1. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3145960-4-psychiatricka-rehabilitace-a-komunitni-pece-o-dusevne-nemocne.html>

²⁴ CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990, s. 72. ISBN 80-201-0050-4.

Ve snaze sjednotit definici duševního onemocnění stále nebyla nalezena shoda, což se exemplárně zrcadlí i v názvosloví. V odborné literatuře se lze setkat s termínem *duševní porucha*, jež používá i 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.²⁵ Ta je pak charakterizována „...klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocitem tísně“.²⁶ Tradiční je dichotomické rozlišování *nemoci*, jež má své příčiny, průběh i možnost uzdravení a *poruchy* či *defektu*, který je stálý a léčbou jen omezeně ovlivnitelný.²⁷ V nomenklaturním výčtu se lze setkat s pojmy *psychická porucha*, *duševní nemoc*, *duševní onemocnění*, případně *duševní choroba*. Příčinou této polysémie je mezi jinými také fakt, že jsou objektem zkoumání celé řady oborů: psychiatrie, psychologie, psychopatologie, lékařské sociologie i sociální práce. Vzhledem k tomu, že se jedná o názvosloví do velké míry podmíněné historicky, názorově i kulturně²⁸, lze očekávat diskurz v pohledu na užívání termínů *porucha* a *nemoc*. Jejich vnímání může být problematické a může implikovat nerovné postavení, stigmatizaci, případně vjem dysfunkčnosti.²⁹

Pro zvýraznění faktu, že se nejedná o téma vzdálené a teoretické, lze uvést, že duševní poruchy spolu s kardiovaskulárními nemocemi budou největší zátěží lidstva v 21. století.³⁰ V České republice spáchají sebevraždu každý den přibližně čtyři lidé.³¹

²⁵ 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). ÚZIS [online]. 2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>

²⁶ MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010, s. 23. ISBN 978-80-7367-723-7.

²⁷ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena a Karel NEPRAŠ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, s. 337. ISBN 978-80-7367-686-5.

²⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 27. ISBN 80-7178-802-3.

²⁹ MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Praha: Portál, 2012, s. 14. ISBN 978-80-262-0018-5.

³⁰ MURRAY, C. J., LOPEZ, A. D. *Global Burden of Disease*. WHO, 1996 In RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008, s. 9. ISBN 978-80-7262-586-4.

³¹ NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020-2030. MZČR [online]. 2020, s. 14. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

1.2.2 Definice závažného duševního onemocnění (SMI)

Závažné duševní onemocnění (Severe/Serious Mental Illness, SMI) je obvykle definováno dobou trvání, mírou narušení funkčních schopností v běžném životě a diagnostickými kritérii.

V roce 1987 definoval americký Národní institut pro duševní zdraví (National Institute of Mental Health) závažné duševní onemocnění (SMI) následujícími kritérii: diagnóza psychotického charakteru neorganického původu nebo porucha osobnosti, alespoň dvouletá anamnéza duševní poruchy (chronický průběh s indikovanou dlouhodobou léčbou) a narušení běžného a sociálního fungování. To zachycovala kritéria nedostatečnosti v různých životních rolích. Později byla kritéria nahrazena škálovacími nástroji hodnotícími funkční postižení (například škála GAF, The Global Assessment of Functioning scale).³²

Otázka posuzování závažnosti duševního onemocnění dle prioritizace stupně narušení fungování nebo diagnostiky zůstává předmětem zkoumání.³³ Diagnostická kritéria se však objevují v celé řadě odborných zdrojů. Tento diskurz nabízí například M. Bähler a J. R. Veldhuizen³⁴. Diskurz zahrnuje absenci symptomatické a funkční remise, jež mají závislostní charakter limitů příčiny a důsledku psychopatologie. Populace lidí s SMI osciluje věkem, okolnostmi, životní dráhou i sociálním a ekonomickým zázemím. Setkat se je možno s vymezením konkrétních diagnostických okruhů (F2, F3, eventuálně F42 a F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62). Majoritní jsou poruchy psychotického charakteru, mezi další četné se řadí afektivní poruchy (deprese, bipolární porucha), poruchy osobnosti. Dále sem patří také diagnózy duální, tedy kombinace se závislostí alkoholového i nealkoholového typu, s mentálním postižením, případně s poruchou organickou, s poruchou autistického spektra, ADHD aj.³⁵

³² PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 189. ISBN 978-80-262-0731-3.

³³ RUGGERI, M., LEESE, M. THORNICROFT, G., BISOFFI et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 2000, **177**, s. 149–155. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.177.2.149

³⁴ Tvůrci metodiky FACT Flexible Assertive Community Treatment, jež je inspirací a základním podkladem pro práci komunitního týmu.

³⁵ VAN VELDHUIZEN, J. R. a Michiel BAHLER. Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT). *International overview of research re Flexible Assertive Community Treatment*. 2015, s. 32–39. Dostupné z: doi:10.13140/RG.2.1.3925.1683.

Pro definici SMI v České republice jsou také aktuálně platné, stejně jako doba trvání onemocnění delší než dva roky,³⁶ spolu s hodnocením míry narušení běžného života a schopnosti fungovat v něm (funkční narušení).

V zahraničních i tuzemských praxích se obvykle měří klinickým škálovacím nástrojem GAF (The Global Assessment of Functioning scale), jež celkově hodnotí aktuální míru zneschopnění, indikuje míru potřebnosti profesionální pomoci a reflektuje zlepšení nebo změnu v průběhu času.³⁷ Rozsah bodové škály je od 0 do 100, s bodovou funkční vzestupnou tendencí. U osob s SMI je platná hranice skóre nižší nebo rovno 60.³⁸

V praxi týmů popisovaných touto prací platí pro zdravotně-sociální centra duševního zdraví hodnocení osob s SMI diagnostickým, funkčním i časovým kritériem. Ve spolupráci jsou i s osobami rozvojem vážného duševního onemocnění ohroženými.³⁹ Pro komunitní týmy je pak klíčová možnost spolupráce s ambulantním psychiatrem a znalost nediagnostických kritérií. Obvyklou praxí je užití této škály při vstupu zájemce do služby a následná aktualizace jednou za šest měsíců, případně při změně psychosociální situace klienta. Může být i jednou z indikací k plánování intervencí, revizi cílů spolupráce, ke zvýšení intenzity poskytování služby, nebo k hospitalizaci. Případně naopak, může být jednou z indikací k ukončení spolupráce.

1.2.3 Dopady závažného duševního onemocnění (SMI)

Výše uvedený popis psychosociální rehabilitace a nahlédnutí závažného duševního onemocnění přivádí k úvahám o jeho dopadech, které jsou v důsledku nejčastějším předmětem i cílem spolupráce se sociálním pracovníkem.⁴⁰

³⁶ Věstník č. 8/2021. MZČR [online]. 2021, s. 6. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf

³⁷ PEDERSEN, Geir and Sigmund KARTERUD. The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale, *Comprehensive Psychiatry*, **53**(3), 2012, s. 292–298, ISSN 0010-440X.

³⁸ Věstník č. 8/2021. MZČR [online]. 2021, s. 6. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf

³⁹ Tamtéž.

⁴⁰ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 256. ISBN 978-80-7387-253-3.

V praxi komunitního týmu i v odborné literatuře shodně dominuje několik oblastí.⁴¹ V reakci na ně se psychosociální rehabilitace zaměřuje na specifický kontext, ve kterém člověk žije, vzdělává se, pracuje či se socializuje a zachycují jej tzv. životní (bydlení, práce, učení se, volný čas) a osobní domény (péče o sebe a své zdraví, sociální vztahy, účel a smysl).

V oblasti sociálních vazeb lze jmenovat odlišné vnímání okolí, poškození vztahů a pocity samoty, nebo izolace.⁴² V oblasti bydlení jsou to, v praxi často pozorovatelné, obtíže v jeho prolongaci u primární rodiny⁴³, což může vést k následnému *institucionalismu*. Dalším častým jevem bývá dlouhodobá hospitalizace v psychiatrické nemocnici, případně v jiné instituci. Jejím vlivem dochází ke ztrátě sociálních dovedností a vzniku závislosti na zdravotně-sociálním systému. *Hospitalismus* lze vyložit jako kombinaci vlivů duševního onemocnění a prostředí. Může se zrcadlit jako stav sociálního stažení, apatie, beznaděje, ztráty individuality, zhoršení osobní hygieny, návyků.⁴⁴ Výrazným tématem lidí se závažným duševním onemocněním je oblast zaměstnání, s častým výsledkem jejich *invalidizace*. Ta může být vnímána negativně a stigmatizačně. Pokud nepřichází naplnění ani v oblasti smysluplného trávení volného času, může být důsledkem opět pocit osamocení, izolace⁴⁵ a sebestigmatizace. Tento výrazný dopad zahrnující znalost předsudků okolí, které se vztahují k člověku s duševním onemocněním a k jeho skupině, souhlas s nimi, vztažení na sebe a silná internalizace i s negativní konotací, se pak může stát hlavní identitou člověka a cesta zotavení je pak o to složitější.⁴⁶

⁴¹ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 136. ISBN 80-7367-002-X.

⁴² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012, s. 872. ISBN 80-7178-802-3.

⁴³ THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011, s. 320. ISBN 978-80-260-0302-1.

⁴⁴ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 136. ISBN 80-7367-002-X.

⁴⁵ Tamtéž, s. 151.

⁴⁶ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015, s. 40–42. ISBN 978-80-247-5199-3.

2. Model komplexní psychosociální rehabilitace

CARe

Tato kapitola je ústředním podkladem bakalářské práce a představuje model CARe a jeho základní teorie: principy a hodnoty, výchozí postoje a pohled na svět, jeho tři dimenze, domény a pilíře. Praktickou pracovní metodu a nástroje zahrnuje metodika CARe. Následně se zevrubně věnuje popisu vybraných nástrojů, kterými jsou Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor, jež jsou nedílnou součástí zkoumání empirické části této práce. Metodika CARe disponuje celou řadou nástrojů, jejich výběr pro účely této práce byl dán tím, že se jedná o nástroje základní a v praxi komunitního týmu používané. Potvrzení výběru lze doplnit také aktuálním doporučením *The CARe Network*.⁴⁷

V rámci následujícího textu bude místo doposud používaného označení *člověk s (se závažným) duševním onemocněním* používáno označení *klient*, a to s respektem k lidskému a partnerskému postavení v představovaném systému péče. Označením *pracovník* pak bude míněn pracovník pomáhající profese (sociální pracovník, peer konzultant, ambulantní psychiatr, psycholog, psychoterapeut, ergoterapeut, IPS⁴⁸ konzultant, všeobecná anebo psychiatrická sestra), obvykle tedy pracovník sociálně-zdravotního systému.

2.1 Představení modelu CARe

V době, kdy je téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb jedním z klíčových pro reformu péče o duševní zdraví v České republice, se nabízí otázka, jakou formou a jak efektivně pracovat v rámci konceptu této multidisciplinarity a jaké místo v něm zaujímá samotný člověk s duševním onemocněním. Tenkou červenou linií je paradigma zotavení. Podpůrný vztahový

⁴⁷ CARe Česká republika: CARe neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. ©2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

⁴⁸ "IPS je varianta podporovaného zaměstnávání, základem přístupu je přesvědčení, že každý je schopen pracovat, pokud se podaří najít mu správný druh práce a pracovních podmínek a je mu poskytována správná podpora." Fokus. *Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora (IPS)*. Metodický materiál. 2014. s. 6.

přístup modelu CARE a jeho metodické rozpracování může stejně tak dobře sloužit pracovníkům velkých psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení⁴⁹, stejně tak týmům komunitních služeb a sociálním pracovníkům institucí. V první řadě slouží ovšem klientovi samotnému, jež stojí ve středu jako celostní bytost, včetně prostředí, ve kterém žije, a vztahů, které má.⁵⁰ Model CARE je v České republice již několik let využíván⁵¹ a patří k preferovaným postupům v zahraničí, kde má i svůj původ.

2.1.1 Inspirace a historické souvislosti

Podpůrný vztahový přístup (v nizozemštině *Steunend Relationeel Handelen*, dříve *Komplexní přístup k rehabilitaci*, *Comprehensive Approach to Rehabilitation*) modelu CARE vznikl v 80. letech 20. století v Nizozemsku. Inspirací mu byly rehabilitační přístupy z Velké Británie, Itálie a ze Spojených států amerických. Jejich smyslem byla snaha o dosažení důležitých životních cílů klienta prostřednictvím rovnocenné spolupráce tří stran: klienta, jeho rodiny, blízkých a pracovníka. Model CARE byl původně vyvinut pro dospělé osoby s problémem v oblasti duševního zdraví, s pozdějším rozšířením o další cílové skupiny (osoby bez přístřeší, seniory, mladistvé, aj.).⁵²

Nizozemští tvůrci Jean Pierre Wilken (psycholog, sociální vědec a profesor oboru sociálních inovací na univerzitě užitých věd v Utrechtu) a Dirk den Hollander (zdravotní sestra a sociální pedagog) založili Centrum pro výzkum a vývoj v psychosociální rehabilitaci a vydali desítky publikací. Zdrojem jejich inspirace bylo propojení několika základních myšlenek jiných rehabilitačních

⁴⁹ PÁV, Marek, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana a ŠTASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. In *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2017, **18**(2). s. 69.

⁵⁰ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 13. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁵¹ KRBCOVÁ-MAŠÍNOVÁ, Lenka, PFEIFFER, Johan, PAPEŽOVÁ, Simona a kol. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Evropská Unie, Evropský sociální fond, Operační program zaměstnanost, 2020, s. 25. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

⁵² GIJZEL, van Sascha, Jean Pierre WILKEN a Cora BRINK. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen: Werkblad beschrijving interventie. *Trimbos.nl* [online]. 2013, s. 11. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.trimbos.nl/docs/f0df52f5-ccec-4358-974d-91f02ddf160d.pdf>

škol. Výstupem je zajímavá a funkční fúze inovovaného myšlenkového směru práce s klientem, pracovních prvků a postupů.⁵³

Z pracovních prvků využitých z jiných rehabilitačních přístupů lze jmenovat zaměření na prostředí podporující možnost zotavení, pod hlavičkou anglických tvůrců D. Bennetta a G. Shepherda. Další významnou osobností, oceňovanou samotnými autory, byl psychiatr D. Petry, který se soustředil na vztah mezi klientem a pracovníkem a pro konkrétní rozpracování tohoto zaměření je používán přístup přítomnosti. D. Petry zdůraznil dále význam přehodnocování příčin psychiatrického onemocnění, tzv. *rehistorizace* a zavedl pojem *triády*, tedy spolupráce mezi klientem, rodinou a pracovníkem.⁵⁴

Vliv W. A. Anthonyho rehabilitační školy Bostonské univerzity lze dohledat v podpoře zaměřené na rozvoj a důraz na individualitu klienta. W. A. Anthony prokázal, že klient je schopen formulovat rozvojové a přiměřené cíle, čímž se stává účastníkem vlastního procesu učení. Odrazem této myšlenky v modelu CARE je prioritizace přání a potřeby klienta. Jde o výchozí bod spolupráce. U R. P. Libermana se tvůrci inspirovali v postupech při zlepšování znalostí a dovedností klienta.⁵⁵ Výraznou stopu zanechal také model silných stránek *The Strengths-Based Model* Ch. Rappa a R. Goschi.

Poslední jmenovanou, avšak zásadní osobností, jež autory inspirovala, byl F. Basaglia. Spolu se svými následovníky v Itálii založil hnutí tzv. *Demokratické psychiatrie*.⁵⁶ Model CARE pracuje s tezí, že klient je především občan. Inspirace tímto italským reformátorem je znát v myšlenkách rovnocenného vztahu spolupráce, normalizace prostředí a možnosti účasti na něm.⁵⁷

⁵³ HOLLANDER, Dirk den, PÁV, Marek a Jeaan Pierre LAMBERT. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 14. ISBN 978-80-260-9945-1.

⁵⁴ Tamtéž.

⁵⁵ GIJZEL, van Sascha, Jean Pierre WILKEN a Cora BRINK. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen: Werkblad beschrijving interventie. *Trimbos.nl* [online]. 2013, s. 11. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.trimbos.nl/docs/f0df52f5-ccee-4358-974d-91f02ddf160d.pdf>

⁵⁶ CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990, s. 35–37. ISBN 80-201-0050-4.

⁵⁷ GIJZEL, van Sascha, Jean Pierre WILKEN a Cora BRINK. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen: Werkblad beschrijving interventie. *Trimbos.nl* [online]. 2013, s. 12. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.trimbos.nl/docs/f0df52f5-ccee-4358-974d-91f02ddf160d.pdf>

2.1.2 Model CARE ve světě a v České republice

Model CARE byl v průběhu posledních několika dekád implementován do všech částí země jeho původu, ale i mimo ni. Praktická metoda byla rozšířena tak, aby odpovídala psychosociálním potřebám jednotlivých cílových skupin. Uplatnění našel v práci s lidmi bez přístřeší, se seniory a s dospívajícími, s lidmi se závažným duševním onemocněním, s lidmi trpícími závislostí a s kombinacemi uvedeného.

S modelem CARE se v současnosti pracuje zejména v zemích východní Evropy, používán je například v Estonsku, Litvě, České a Slovenské republice, Maďarsku, Bulharsku, Gruzii, Rumunsku, Albánii, Kyrgyzstánu, Belgii i Dánsku.

V roce 2011 byla s podporou *Fund Storm Rehabilitation* založena organizace *The CARE Network*, která sdružuje vzdělávací a výzkumné instituce, národní asociace, poskytovatele služeb i samotné fyzické osoby. Tato platforma je mezinárodní, aktuálně zahrnuje členy z 16 zemí a spojuje dobrou praxi s výzkumem a vzděláváním.⁵⁸

V České republice proběhlo první setkání s modelem CARE okolo roku 2000. V roce 2016 byla založena *Platforma CARE ČR*, dle které je CARE nejrozšířenější metodikou psychosociální rehabilitace, zejména pak v komunitních službách. Aktuálně se v této oblasti aktivně realizuje také Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a Psychiatrická nemocnice Bohnice. Zaštitění *Platformou CARE ČR* umožňuje sdílet a rozšiřovat dobrou praxi, vzdělávání a spolupráci se zahraniční *The CARE Network*.⁵⁹

2.1.3 Model CARE a jeho budoucnost

Z hodnocení posledních dvaceti let vývoje a práce s modelem CARE vyplynulo, že tvorba a rozvoj takto rozsáhlé sady nástrojů může do jisté míry znemožňovat zaměřit se na podstatu a základní principy modelu CARE. Druhým závěrem je pak konstatování úspěchu v přeznačování modelu CARE z jakéhosi proti-hnutí institucionální psychiatrické péče na institucionalizovaný koncept. Model se stal součástí běžné praxe. Autoři uvádí, že zároveň s tím však mírně ztratil svou

⁵⁸ The Care Network. *Care membership*. 2022.

⁵⁹ CARE Česká republika: CARE neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. ©2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

schopnost kritického myšlení. Pro návrat modelu CARE zpět ke své podstatě je, dle autorů, třeba návrat ke zjednodušení do dvou hlavních principů: přístupu zaměřeného na přítomnost a práci se silnými stránkami.

V upravené metodice CARE se nyní doporučuje začínat pouze dvěma nástroji: Osobním profilem a Osobním plánem. Pro představu lze uvést pracovní stůl s šuplíky s nástroji. Jde o pomyslný první šuplík, v šuplíku druhém lze najít často užitečné nástroje, ve třetím pak nástroje pro specifické situace pro klienty i odborníky.

Změna základního východiska a nové paradigma péče směrem od *rehabilitace* k *zotavení* (*recovery*, *úzdava*) přinesla i změny ve vývoji modelu CARE.⁶⁰ Analogicky pak přinesla i změnu jazyka a rozepsání zkratky CARE. *Komplexní přístup k rehabilitaci* (*Comprehensive Approach to Rehabilitation*) nahrazuje formulace *podpůrný vztahový přístup*. V Nizozemsku se používá označení *Steunend Relationeel Handelen*, nikoliv již *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* (*SRH*). Místo pojmu *rehabilitace* autoři používají označení *péče podporující zotavení*, které lépe vystihuje změnu paradigmatu a zdůrazňuje význam vztahu, jež poskytuje rámec pro konkrétní podporu.⁶¹

2.1.4 Podpůrný vztahový přístup modelu CARE

Model CARE se na obecné rovině zaměřuje na klienty s psychosociálními obtížemi, směřuje ke zvýšení kvality jejich života a může významně napomoci jejich osobní cestě zotavení. Pracuje se silnými stránkami a zdroji podpory, využívá postoje klienta a jeho možnosti k práci s prostředím s cílem jeho maximálního začlenění. Základním východiskem je zotavení, zplnomocňování, znovuvytváření vlastní identity a hledání a nacházení osobního smyslu.

V nově zdůrazněném světle významu podpůrného vztahového přístupu se s klientem systematicky pracuje na jeho přáních a potřebách v hlavních oblastech jeho života, následně se stanovují cíle dílčí a postup k jejich

⁶⁰ CARE Česká republika: CARE neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. ©2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

⁶¹ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 10. ISBN 978-80-908458-5-5.

naplnění.⁶² Prioritní jsou tedy přání, potřeby i cíle, práce se zranitelností a dosažení souladu s jeho postoji k prostředí. Výhody lze najít také v komplexnosti prohlubující osobně-profesionální vztah, orientaci na osobní zkušenost klienta a jistou míru flexibility, spočívající v použitelnosti v komunitních službách i institucích, zahrnujících široké spektrum služeb.⁶³

2.2 Vize a základní principy

Následující subkapitola představuje základní vize, tři řídicí principy a hnutí, jež jsou nedílnou součástí modelu CARE a jeho kompaktní pracovní metody.

2.2.1 Tři řídicí principy

Pro práci na přáních a cílech směřujících k návratu do běžného života je potřeba se zaměřit na tři základní oblasti: orientaci na přítomnost, orientaci na zotavení a orientaci na silné stránky.⁶⁴ Splnění přání a cílů tedy souvisí s kvalitou života, schopností vypořádat se se svou zranitelností a posílením silných stránek, s přístupem do požadovaného prostředí. Poslední zmiňovaný princip zahrnuje nejen sociální síť, kterých je klient součástí, ale i vnější prostředí, tedy místo, kde žije, učí se, pracuje, tráví volný čas. Reflektována je vždy nejen momentální situace, ale také přání či představa. Mezi přáním a reálnými možnostmi, omezeními a kvalitou prostředí, existuje vždy spojení.

2.2.2 Vize a tři hnutí ovlivňující model CARE

Model CARE ovlivňují tři hnutí, jejichž nejdůležitější prvky do něj byly začleněny. Jde o zaměření na přítomnost, koncept zotavení a zplnomocňování a posilování silných stránek.

⁶² PÁV, Marek, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana a ŠTASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. In *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2017, **18**(2). s. 69.

⁶³ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 8. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁶⁴ WILKEN, Jean Pierre, Jean Pierre WILKEN a Sascha BRINK. *Methodebeschrijving Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen : Databank Effectieve sociale interventies*. *Narcis* [online]. 2013, s. 3. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:hokennisbank.nl:sharekit_hu%3Aoi%3Aasurfsharekit.nl%3A68a6e321-8245-433e-99e3-86a24ecfd3b

Zaměření na přítomnost

A. Baart definuje péči soustředěnou na vztah jako osobní soustředěnou přítomnost. Postoj plné pozornosti napomáhá rozvoji rovnocenné vazby mezi klientem a pracovníkem. Staví na první místo člověka a jeho lidství. Nemoc je vnímána jako jeden z aspektů jeho bytí. Formou intervence je pak poskytnutí podpory (morální, sociální, emocionální, praktické) tam, kde je to třeba z pohledu klienta. Tato přítomnost je opakem pasivního nezaujatého vztahování.

K tomuto přístupu se váže péče založená na vztazích, zplnomocňování, sociální inkluze a pozitivní psychologie. Klíčové činnosti zahrnují propojení, porozumění, posílení a potvrzení.⁶⁵ Zásadní roli hraje lidskost pracovníka, nikoliv jeho role odborníka. Pocit blízkosti může budít dojem odstranění hranic a pocitu ohrožení. Při hledání optimální rovnováhy vazby jménem vztah jde ale naopak o jejich obohacení. Hranice jsou stále přítomné a dle názoru nejen autorky by opak byl chybou. Chrání pracovníka před mnohými nechtěnými emocemi, cynismem, odosobněním či soustředěností na pouhý výkon při spolupráci.⁶⁶ Nejde však o vytvoření náhodného vztahu. Výstižný se jeví pojem „*profesionální blízkost*“.⁶⁷

Ocenění angažovanosti pracovníka a jeho obyčejné lidské blízkosti bývá jedním z hnacích motorů spolupráce. Takto budovaná důvěra lze následně uplatnit při práci s rizikem či krizí. Výstižně lze shrnout citací: „*Osobní historie nakonec vždy zvítězí nad odbornou anamnézou a akutní krizi lze správně pochopit pouze z hlediska komplexní biografie jedince.*“⁶⁸

Pro praktickou představu lze uvést charakteristické znaky přítomnosti pracovníka: otevřenost ve vnímání, vztahová práce, napojování

⁶⁵ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 24–27. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁶⁶ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000, s. 82. ISBN 80-7367-181-6.

⁶⁷ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 86. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁶⁸ HOLLANDER, Dirk den, PÁV, Marek a Jean Pierre LAMBERT. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 42. ISBN 978-80-260-9945-1.

a přizpůsobování tempa, nedistancování se od věcí, které nelze napravit, být přítomen, i když nelze nic vyřešit, nepracovat v úzkém zaměření.⁶⁹

Zplnomocňování a zaměření na posílení silných stránek

Teorie zplnomocňování posiluje silné stránky za pomoci kontroly a řízení situace klientem samým. Pracovník ho provází při hledání, pojmenovávání a posilování silných stránek, možností a příležitostí vlastních i svého okolí a vnějšího prostředí. J. Praško uvádí potřebu stigmatizovaných a sebestigmatizujících klientů zažít úspěch, na němž se přičinili oni sami. „*Jestliže ale převezme zodpovědnost postupně krok po kroku, přesvědčí se sám, že je toho schopen. Nikdo nikoho nepřesvědčí lépe než člověk sám sebe.*“⁷⁰ Princip zplnomocňování je v souladu s vulnerabilitou klienta. Napomáhá ji zmírňovat, hledat a nacházet nové cesty budoucích životních situací. Praktickým příkladem tohoto přístupu je práce s nástrojem Osobní profil.⁷¹

Zaměření na rozvoj a zotavení

Princip *zotavení (úzdrava, recovery)* je v posledních letech v praxi sociálních, psychoterapeutických i zdravotních služeb časté téma. Lze ho chápat jako proces, osobní cestu k životu, který je smysluplný a účelný. Tento opětovný návrat do života vede, i přes nemizující symptomy a dopady duševního onemocnění, k úspěšné životní adaptaci.⁷² Jinými slovy lze také konstatovat, že jde o obnovený občanský status.⁷³ Jak již uvedené vypovídá, nejedná se o rutinní nákup v samoobsluze a hloubka takového přerodu vyžaduje víru i vůli. Již v roce 1993 W. A. Anthony uvedl, že jde o „*hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností anebo rolí člověka. Je to o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným*

⁶⁹ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 88. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁷⁰ PRAŠKO, Ján. 2001. *Někteří pacienti zvládnou své problémy sami*. In HUČÍN, Jakub. *Hovory o psychoterapii: péče o duši současného člověka*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-525-3, s. 183.

⁷¹ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 45. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁷² PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 103. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷³ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 13. ISBN 978-80-908458-5-5.

nemoci. ⁷⁴ Tento jedinečný proces, při kterém se klient učí pracovat se svojí zranitelností a se svými zdroji, je nejlépe uskutečnitelný s podporou a pomocí nejbližších, profesionálů a lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.⁷⁵

Hnutí náležící ke konceptu zotavení spojuje mnoho významných osobností, peer odborníků⁷⁶, se zkušeností s duševním onemocněním z celého světa. Jmenovat lze P. Deeganovou, W. Boevinkovou. Psycholožka P. Deeganová zotavení reflektuje jako proces, který je z velké části vnitřní, často plný vzestupů a pádů. Pro relapsy a stagnace tato cesta není nikdy přímá a její přijetí závisí na aktivitě a úsilí člověka.⁷⁷ V procesu zotavení lze definovat souvislé fáze ochromení z postižení a zápas s ním, život s postižením a život postižení přesahující.⁷⁸ Pokud klient v počátečním krizovém stadiu nesetrvá dlouho, přechází do fáze reorientace. Zpracuje a přijme svou nemoc a zranitelnost, následně se může začít vyrovnávat s jejími dopady na svou minulost a hledá nový smysl a cestu. Cílovou fází je tedy reintegrace.⁷⁹

Dle J. P. Wilkena a D. Hollandera lze rozlišit čtyři procesy zotavení. Osobní zotavení provází vyrovnávání se s minulostí, práce se zranitelností a hledání jistot v přítomnosti a budoucnosti. Klinické zotavení se týká samotné nemoci, funkční zotavení pak obnovení fungování člověka. Klíčové pak je sociální zotavení, spojované s opětovným zapojením, participací jedince ve společnosti.⁸⁰

⁷⁴ ANTHONY, W. A. In PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 103. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷⁵ SLADE, M. 100 způsobů, jak podporovat zotavení – průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví. *Cmhcd* [online]. 2013 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/publikace/>

⁷⁶ Člověk se zkušeností s duševním onemocněním, jež je tuto zkušenost ve světle zotavení schopen předávat dál.

⁷⁷ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 22. ISBN 978-80-260-9945-1.

⁷⁸ SPANIOL, L. WIWIORSKI, N., GAGNE, C. and W. A. ANTHONY. The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 2002, **14**, s. 327–336.

⁷⁹ WILKEN, J. P. 2012 In HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 102. ISBN 978-80-260-9945-1.

⁸⁰ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 96. ISBN 978-80-908458-5-5.

Při práci s klientem s duševním onemocněním je třeba zvážit také podstatné faktory, jež zotavení ovlivňují. Jde o motivaci, identitu klienta, míru a schopnost jeho nezávislosti, znalosti a dovednosti a schopnost vyrovnat se s nemocí.⁸¹ Dále je třeba vzít v potaz status a tvoření smyslu, kontakt s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, a v neposlední řadě sociální a materiální podporu.⁸² Nejdůležitější zdroj spolupráce s klientem je jeho příběh zotavení, a to ať už se nachází v jakékoliv fázi tohoto komplexního procesu.

2.3 Metodika CARE a její nástroje

Tato kapitola představuje praktické rozpracování principů a vizí modelu CARE. Zabývá se jednotlivými kroky a činnostmi, z nichž následně vychází konkrétní nástroje práce. Je na místě reflektovat, že mapování a individuální plánování je základní metodický nástroj, nikoliv cíl poskytování podpory a služeb v procesu spolupráce s klientem.

2.3.1 Fáze činnosti

Praktickou aplikaci principů a vizí modelu CARE představují její jednotlivé fáze činností. Propojení je navázání důvěry, vytvoření a udržení osobně-profesionálního vztahu. Porozumění je sběr informací formou mapování Osobním profilem a formulací přání. Potvrzení je práce se zranitelností, rozhodování se a stanovení krátkodobých cílů. Posílení je tvorba Osobního plánu a pomoc při jeho uskutečnění a učení a přizpůsobování spolupráce monitorováním celého procesu.⁸³

Přestože uvedené činnosti mají určitou posloupnost, nejedná se o ostře vymezené a časově ohraničené kroky. Intenzita kontaktu i četnost se mohou lišit prostředím i osobou klienta. Utváření vztahu mezi pracovníkem a klientem je proces trvající po celou dobu spolupráce. Pracovník přizpůsobuje své jednání potřebám klienta, zároveň však zůstává orientovaný na budoucnost a rozvoj.⁸⁴

⁸¹ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 352. ISBN 80-7367-002-X.

⁸² HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 98. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁸³ Tamtéž, s. 31–34.

⁸⁴ Tamtéž.

2.3.2 Oblasti a domény

Kvalitu života klienta lze uchopit pomocí osobních a životních domén. Osobní domény jsou spojeny s klientem samým, životní domény pak s prostředím, ve kterém žije a kde naplňuje sociální role. Z nich pak vycházejí přání a cíle spolupráce. Mezi osobní domény spadají oblasti Péče o sebe a o druhé, Pocit pohody a zdraví, Bezpečí a Sociální vztahy. Mezi domény životní pak Bydlení, Práce, Učení se a Volný čas. Hlavní myšlenkou při určování priorit je smysluplnost oblasti spolupráce pro klienta.⁸⁵

2.3.3 Nástroje

Logika uspořádání nástrojů metodiky CARE vychází ze tří základních elementů klíčových pro zotavení. Vyhází také z tvorby osobní identity, tedy kdo klient je a co chce. Dále souvisí se smířením se s osobní zranitelností, tedy managementem nemoci a s budováním sociální identity (osobní a životní role klienta). Nástroje by měly být pouhým vodítkem, jak spolupráci s klientem zachytit. Jejich užití by mělo být smysluplné a přirozené. Je doporučeno pracovat v přirozeném prostředí klienta. Pracovník tak sám mnoho věcí vidí a nemusí se na ně ptát. Výhodné také je s klientem aktivně dělat jemu přirozené činnosti, jelikož i při nich se dá mnohé zachytit a není nutné klienta (a často i pracovníka) znepokojovat množstvím formulářů.

Mezi základní nástroje metodiky CARE patří Osobní profil a Osobní plán, jež mohou být následně rozvíjeny nástroji dalšími. Vzhledem k tomu, že uvedené nástroje jsou spolu s Plánem časných varovných příznaků – Semafor předmětem zájmu bakalářské práce, informace o nich uvedené jsou zevrubné. Pouze přehledově jsou pak uvedeny další nástroje metodiky CARE.

„Nástroj vycházející z klienta a určený pro klienta...“⁸⁶

Osobní profil

Dle posledního českého překladu Osobní profil silných stránek⁸⁷ vzniká na základě příběhu klienta a cílí na zmapování jeho přání, možností a zkušeností.

⁸⁵ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 16. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁸⁶ WILKEN, J. P. 2012 In HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 53. ISBN 978-80-260-9945-1.

⁸⁷ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 45. ISBN 978-80-908458-5-5.

Jak sám upravený název vypovídá, jde o zisk přehledu o silných stránkách a zdrojích, včetně podpory od okolí. Zaměřuje se jak na budoucnost (přání), tak na minulost i přítomnost. Vztahuje se k aspektům života, které jsou pro klienta něčím významné a oslovující. Osobní profil není anamnestického charakteru a byla by chyba jej takto nahlížet. Nemá ambici zachytit všechny dostupné informace o klientovi. Způsob vyplnění není pevně stanoven. Pořadí vyplnění sloupců a řádek moderuje klient. Pokud nemá preference, metodika doporučuje začít oblastí přání, ambicí. Další nabízený postup je ohodnotit jednotlivé oblasti pomocí škály (symbolu) dle subjektivního vnímání klienta. Metodika doporučuje s nástrojem pracovat postupně a dlouhodobě. Lze jej tedy chápat dynamicky.

Na základě Osobního profilu je s klientem ujasněna představa o nejdůležitějších přáních a je zaznamenána i na jeho konci. Osobní profil optimálně vyplňuje klient sám, alternativou je vyplnění pracovníkem, jenž si průběžně ověřuje, zda informace zachytil správně. Pokud s klientem v dané chvíli není možné navázat kontakt, může pracovník spolu s blízkým okolím klienta vypracovat tzv. Podpůrný osobní profil. Cílem celé této spolupráce je tedy zisk přehledu o významných oblastech a přáních klienta, určení priorit a nejvýznamnějších přání, na kterých se následně pracuje v rámci Osobního plánu.⁸⁸

Matice silných stránek

Nástrojem pro vizualizaci silných stránek je takzvaná matice silných stránek. Jde o výchozí bod mapování pomocí Osobního profilu.⁸⁹ Pojetí silných stránek je rozlišeno na pět typů:⁹⁰

1. Osobní vlastnosti (já jsem) – příkladem lze uvést *jsem vytrvalá a ráda objevuji nové věci*.
2. Talent a dovednost (já umím) – například *umím pilotovat bezmotorové letadlo a ráda vařím*.

⁸⁸ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 42–51. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁸⁹ Tamtéž, s. 44–45.

⁹⁰ Tamtéž.

3. Aspekty vnějšího prostředí a podpora, jinými slovy osobní a materiální zdroje (já mám) – například *mám skvělou mámu a syna, hezký pronajatý byt ve staré zástavbě, pozemek v Brdech a saxofon.*
4. Zájmy a očekávání, přání ambice a sny – například *chci si obnovit pilotní licenci a dostudovat školu.*
5. Znalosti a osobní zkušenosti – například *vím, co mám dělat a co mi pomáhá, když se cítím špatně, umím řecky.*

Specifické silné stránky by se daly popsat jako základní vlastnosti, které dělají z člověka toho, kým je. Pokud se má jedinec pozitivně sebe-definovat, jde o první informace, které by o sobě sdělil.

Přání v Osobním profilu

Jedním ze základních principů podpory je jednání v souladu s přáním klienta, jež lze vnímat jako vyjádření potřeb, ambicí či zájmů. Dle autorů má každé přání tři aspekty: obsah, význam a osobní preference klienta ve vztahu k němu.⁹¹ Může mít formu růstovou, zlepšující kvalitu života i udržovací. Metodika je rozvojově zaměřená a hledá příležitost ve všech oblastech života klienta, uvědomuje si sílu vnitřní motivace. Neklade si jako podmínku měnit okamžitě přání v cíl, neoznačuje přání za realistické nebo nerealistické. Nelze ho definovat ani jednou z daných kategorií. Přání je takové, jaké je, na rozdíl od cíle.⁹²

Cíle související se zotavením

Cíle nemusí být nutně formulovány jako konkrétní, měřitelné, přijatelné, realistické a časově ohraničené. Mohly by ztratit kontextuální dynamiku. Mohou být explorativního charakteru. Cíle a aktivity v navazujícím Osobním plánu však musí být formulovány realisticky, realizovatelně, jasně a konkrétně.

Pro uzavření této subkapitoly je třeba ještě přehledově vyjmenovat další nástroje určené k mapování. Již zmíněný byl Podpůrný osobní profil. Význam jednotlivých přání a cest, jak se dostat k již formulovanému cíli, mapuje Přehled

⁹¹ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 54–57. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁹² WILKEN, J. P. 2012 In HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 65. ISBN 978-80-260-9945-1.

osobních preferencí a Přehled možností volby.⁹³ Osobní profil je pro názornost součástí této práce formou přílohy (*Příloha J Osobní profil*).

„*Pocit uvíznutí, když se zastavíme, máme jenom tehdy, pokud si myslíme, že se musíme posouvat někam dál.*“⁹⁴

Osobní plán

Dle autorů je Osobní plán používán jako akční plán klienta, kdy jde o seznam úkolů a aktivit, které je třeba udělat v relativně krátkém časovém horizontu několika týdnů. Zahrnuje jak klienta, tak pracovníka, popřípadě několik pracovníků a z něj vyplývají závazky pro všechny strany.⁹⁵ Na obdobném základu je postaven i Akční plán zotavení a pohody (Wellness Recovery Action Plan) M. E. Copelandové.⁹⁶ Osobní plán, jež je uveden také jako samostatná příloha této práce (*Příloha K Osobní plán*), rozlišuje zápis činností týkajících se klienta, jeho okolí i pracovníka s konkretizací úkolů. Další sloupce jsou vyhrazeny pro plánování termínů, do kdy chce klient aktivitu uskutečnit a kdy byla skutečně dokončena. Zaznamenání splněného termínu je pro motivaci a další plnění plánu významným bodem. V posledním sloupci, určeném k poznámkám, se mohou vyskytovat zápisy a komentáře sloužící k vyhodnocování činností. Hlavním cílem je mít splnitelný plán. Doporučuje se tedy zaznamenávat jen několik výchozích činností a ty pak dále aktualizovat.⁹⁷

V praxi může být alternativou k Osobnímu plánu Plán osobní podpory. Cílí na pracovníka a pomáhá mu formulovat a vyjasnit spolupráci s klientem, dává metodickou podporu v situacích, kdy s klientem pracovat nelze. Příkladem takových situací může být neplánovaná hospitalizace, suicidální tendence či myšlenky, relaps nebo obecně nadužití návykových látek, nenavázaná vazba a důvěra, klient se pohybuje ve stabilizační fázi procesu zotavení: hledá se

⁹³ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 62–67. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁹⁴ APELLO, Martin. 2007. *Socratisch Motiveren*. Amsterdam: Boom. In HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 30. ISBN 978-80-908458-5-5.

⁹⁵ Tamtéž, s. 65–71.

⁹⁶ WRAP Is.... *Wellnessrecoveryactionplan.com* [online]. 2022 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.wellnessrecoveryactionplan.com/what-is-wrap/>

⁹⁷ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 69–73. ISBN 978-80-260-9945-1.

vhodná medikace, ambulantní psychiatr, klient je ve fázi nutné pro zajištění základních potřeb, popřípadě není motivován ke spolupráci z jiných důvodů.⁹⁸

Plán časných varovných příznaků

Klienti na své cestě zotavení směřují od své zranitelnosti k síle. Zranitelnost ovšem z jejich života nezmizí a tato vyšší vnímavost vůči stresu a dalším podnětům se manifestuje symptomy onemocnění. Projevuje se v oblasti duševní, tělesné i sociální, a pokud dojde k narušení rovnováhy poměru stresu, který klient musí snášet, a stresem, který ve skutečnosti dokáže unést, může dojít k různým problémům, od relapsu onemocnění po závislostní chování až k ohrožení sebe či jiných. Významným stresovým faktorem může být jakékoliv vytržení z osobních zvyků a rutiny, projevy emocí, fyzická zátěž, sociální tlak, složité činnosti, rutinní nepříjemné aktivity, nečekané události, halucinace i bludy.

Zátěž lze zvládnout vytvořením bazální ochrany typu naplnění základních potřeb. Druhá cesta směřuje k hledání účelných reakcí na konkrétní stresové faktory, jemuž předchází umění najít je a rozpoznat.⁹⁹ Jednou z možností, jak udržet nebo obnovit rovnováhu, je práce s Plánem časných varovných příznaků – Semaforem (*Příloha L Plán časných varovných příznaků – Semafor*). Souvztažnost této metody cílí na cyklické stavy bipolárních, psychotických i depresivních poruch. S výhodou se dá použít i v situacích, kde se stresor objeví v krátkém časovém intervalu.¹⁰⁰ V praxi komunitního týmu i v metodice CARE byla používána varianta modelu Semaforu. Zelená značí rovnovážnou oblast. Oranžová barva představuje hranice bezpečné zóny a červená jejich překročení, což může vést k možnosti vzniku krizové situace. Plán časných varovných příznaků je využitelný nejen pro klienta, ale i pro jeho okolí. Optimální doba pro jeho sestavení je období, kdy je klient ve stabilní situaci. Vhodné je začít přehledem příznaků charakteristických pro jednotlivé fáze. Mohou být rázu somatického: problémy se spánkem, bolesti hlavy, užití návykových látek, kognitivního: důvěra v okolí, sebepodceňování, problémy s pamětí, slyšení

⁹⁸ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016, s. 73–75. ISBN 978-80-260-9945-1.

⁹⁹ Tamtéž, s. 114–119.

¹⁰⁰ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 138. ISBN 978-80-908458-5-5.

hlasů, či emocionálního: neklid, popudlivost, mlčenlivost, jiné neobvyklé chování. Následně lze stanovit konkrétní kroky a opatření. Plán umožňuje uvést i další důležité informace, například podrobný soupis medikace, jména a kontakty na osoby blízké.¹⁰¹

Pro celkový přehled nástrojů metodiky do této kapitoly patří dále Krizový plán (Krizová karta), což je varianta Plánu časných varovných příznaků obsahující soupis informací klienta nacházejícího se v červené zóně. Dále lze v práci s klientem jmenovat Osobní akční plán, Plán prevence krizí či Osobní krizový plán.¹⁰²

Další používané nástroje metodiky CARE

Dalším z řídicích principů modelu CARE je práce s prostředím napomáhajícím zotavení. Chápáno je v kontextu klientova života, práce, učení se, odpočinku. Je v přímé souvislosti s jeho sociálními vazbami. Pro přehled lze doplnit výčet nástrojů s tímto prostředím pracujícím. Jde o Kruh sociální sítě, Analýza sociální sítě, Karta sociální sítě a Analýza institucionálního prostředí.

Efektivitu služeb vzhledem k podpoře zotavení lze hodnotit pomocí nástroje QUICK SCAN CARE model. Nástroj hodnotí několik faktorů charakterizujících úspěšné zavedení do praxe na základě měření na sebehodnotících škálách se nazývá ROPI (Recovery Oriented Practices Index). Poměrně hojně využívaný je dále nástroj pro hodnocení míry podpory, kterou klienti dostávají od pracovníků z pohledu klientů samotných, dotazník INSPIRE.¹⁰³

2.3.4 Implementace modelu CARE do praxe

Pokud má být model CARE zaveden účinně a dlouhodobě, je jeho důležitým kontextem širší rámec péče podporující zotavení. Jde o přemýšlení o osobních možnostech klienta namísto problémů a omezení. Tato změna perspektivy je

¹⁰¹ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 138–139. ISBN 978-80-908458-5-5.

¹⁰² Crisis Plan 2012: Manual. *Mentalhealthrecovery.com* [online]. 2012 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <http://www.mentalhealthrecovery.com/recovery-resources/documents/CrisisPlan2012Manual.pdf>

¹⁰³ WILLIAMS, J., LEAMY, M., BIRD, V. et al. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2015, **50**, s. 777–786.

však potřebná v celém systému, tedy v organizaci, nikoliv jen v týmu samotném. Jako podstatné se jeví nastartování změn v každodenních interakcích pracovníků, školení a zapojování peer pracovníků, zaměření na kulturu podporující zotavení, personalizovaná péče, systém zacházení s riziky, neboť i při práci s nimi lze uplatnit princip zotavení. „Zvládání rizik musí být proces, při němž se otevřeným a transparentním způsobem společně diskutuje o tom, co klientovi prospívá nejvíce.“¹⁰⁴ V praxi je doporučováno začít nejprve zajištěním rámcových organizačních podmínek, jako jsou principy, vize a struktura. Následně lze pokračovat jednoznačným vymezením úkolů a pracovních náplní a zajištěním zdrojů pomoci (čas, způsob práce, vedení, koučování). Až poté má následovat vlastní učení se práce s nástroji.¹⁰⁵

¹⁰⁴ HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022, s. 166. ISBN 978-80-908458-5-5.

¹⁰⁵ Tamtéž, s. 163–169.

3. Praxe komunitního týmu

Pro závěr teoretického podkladu k empirické části práce, jež se zabývá hodnocením nástrojů modelu CARE pohledem pracovníků, je třeba tuto praxi popsat. Kapitola zahrnuje souvislé pojmy poskytovaných sociálních služeb, case management a komunitní péče. Popisuje organizaci, její poslání, cíle a definuje praxi komunitního týmu. V závěru dává náhled do atmosféry této praxe ve světle probíhající reformy péče o duševní zdraví v České republice.

3.1 Poskytované sociální služby

komunitní týmy, stejně jako centra duševního zdraví¹⁰⁶, zahrnují jednu nebo několik sociálních služeb. Týmy popisované touto prací mají svou působnost v rámci Středočeského kraje a poskytují služby sociální rehabilitace a chráněné bydlení. Jak demonstruje například návrh Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na období 2023–2025 ve svém strategickém schématu, sociální rehabilitace a centra duševního zdraví budou mít vysokou rozvojovou prioritu. Komunitním týmům s ambicí transformace na centra duševního zdraví je doporučeno využívat právě tuto sociální službu.¹⁰⁷

3.1.1 Sociální rehabilitace

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 70, definuje sociální rehabilitaci následovně: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*“

V souhrnu jde tedy o soustavné a dlouhodobé zlepšování postavení a sociálních dovedností klienta v jeho přirozeném prostředí pomocí činností,

¹⁰⁶ Služba Centrum duševního zdraví byla jako § 70a vložena do zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. novelou č. 371/2021 Sb. s účinností od 1. 1. 2025.

¹⁰⁷ Středočeský kraj. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na období 2023–2025*. 2022. s. 88.

kteře směřují k jeho sociálnímu začlenění.¹⁰⁸ V komunitním týmu je po pracovnících požadována minimálně polovina jejich intervencí v rámci sociální rehabilitace formou terénní práce, častá je také návštěva psychiatrických nemocnic. Do praxe se začíná zobrazovat tato multidisciplinární spolupráce také ve formě virtuálních týmů.¹⁰⁹

3.1.2 Chráněné bydlení

Pro doplnění výčtu poskytovaných sociálních služeb komunitním týmem je třeba doplnit službu chráněné bydlení. Jde o pobytovou službu individuálního nebo skupinového bydlení, která je obecně poskytována lidem se zdravotním postižením s dopadem na jejich soběstačnost. Jejím cílem je také začlenění klienta do přirozeného prostředí s obnovením nebo získáním potřebných dovedností k samostatnosti, soběstačnosti a k plnohodnotnému životu mezi lidmi. Komunitní tým poskytuje chráněné bydlení v běžné zástavbě, s doporučeným počtem maximálně tří klientů v jednom bytě, samostatný pokoj a soukromí je již samozřejmostí.¹¹⁰

3.2 Case management

Přístupem případového vedení neboli case managementu komunitní tým pracuje s cílem lepší koordinace poskytovaných služeb ve fragmentovaném systému péče. Zároveň je to přístup dominantní při zavádění multidisciplinarity do péče ke klienty s SMI.¹¹¹ Jde o intenzivní formu klinického případového vedení.

¹⁰⁸ JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFFER, Jan a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 8–9. ISBN 80-7040-826-X.

¹⁰⁹ KRBCOVÁ-MAŠÍNOVÁ, Lenka, PFEIFFER, Johan, PAPEŽOVÁ, Simona a kol. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Evropská Unie, Evropský sociální fond, Operační program zaměstnanost, 2020, s. 7. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

¹¹⁰ "Bydlení v bytě, který je v ideálním případě v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí v něm jeden nebo více klientů, kteří se podle svých možností podílejí na vedení své domácnosti. Klienti jsou v pravidelném kontaktu s pracovníky sociální agentury." In MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 74. ISBN 80-7178-549-0.

¹¹¹ KRBCOVÁ-MAŠÍNOVÁ, Lenka, PFEIFFER, Johan, PAPEŽOVÁ, Simona a kol. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Evropská Unie, Evropský sociální fond, Operační program zaměstnanost, 2020, s. 4. Dostupné

Sociální pracovník tedy kromě přímé práce koordinuje péči v klientově přirozeném prostředí, to vše v rámci individuálního plánování. Z více než dvaceti randomizovaných studií lze hodnotit, že tato metoda (Assertive Community Treatment, ACT) snižuje celkovou délku hospitalizace a vede ke stabilizaci v oblasti bydlení. Případové vedení zahrnuje také práci s rodinným systémem. Komunitní tým i centrum duševního zdraví, jež jsou předmětem této práce, pracují upravenou metodou (Flexible Assertive Community Treatment, FACT).¹¹²

3.3 Komunitní péče

Téma psychosociální rehabilitace v České republice rámuje také model komunitní péče. Jde o spojnici zdravotních a sociálních služeb posouvající klienty co nejbližší jejich přirozenému prostředí. Tato péče integruje do sociální práce nové formy psychosociálních intervencí na obecném podkladu i postupy specializované, například case management a integrovanou léčbu duálních diagnóz a jiné.¹¹³

Komunitní péče využívá rehabilitační a terapeutický potenciál přirozeného lidského společenství. „...přesahuje klasické dělení péče na zdravotní a sociální. Vychází z přesvědčení, že je v silách přirozeného společenství napomoci závažně zdravotně oslabeným lidem vést život podle jejich představ – tedy i setrvat v přirozeném prostředí a udržet kvalitu života na úrovni srovnatelné se zdravou

z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

¹¹² Metoda cílená na klienty s SMI s vícečetnými problémy (repetitivní hospitalizace, nadužívání nebo naopak negativní vymezení vůči psychiatrické medikaci, nezapojení do systému psychiatrické péče, omezení k právním úkonům, dluhová problematika, trestná činnost).

¹¹³ PĚČ, Ondřej. *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008, s. 3. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3145960-4-psychiatricka-rehabilitace-a-komunitni-pecce-o-dusevne-nemocne.html>

populaci.“¹¹⁴ Péče je komplexní, dostupná, flexibilní a orientovaná na přizpůsobení se životu a kultuře daného klienta.¹¹⁵

3.4 Organizace a komunitní tým

Popisované komunitní týmy a centra duševního zdraví přináležejí k nestátní neziskové organizaci, jež po několik dekad poskytuje v České republice sociální, zdravotní a psychoterapeutické služby. Jde o největší organizaci tohoto charakteru v zemi. Jejím posláním je podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním na cestě zotavení. Provází ji víra v jejich schopnost vést plnohodnotný život s možností volby o sobě, o svých životních rolích a o postojích k nemoci. Organizace dále podporuje svépomocné aktivity těchto lidí, realizuje akreditovaná vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví a aktivně se účastní strategie reformy péče o duševní zdraví. Je zapojena do několika destigmatizačních kampaní.¹¹⁶

Komunitní tým poskytuje pomoc a podporu v nepříznivých sociálních situacích (sociální izolace, ztráta nebo riziko ztráty zaměstnání, neuspokojivé sociální vazby, hospitalizace, finanční obtíže a další). Profesní složení týmu by optimálně mělo odpovídat potřebám cílové skupiny a zastoupeny by měly být jak sociální, tak zdravotní profese (klinický psycholog, psychiatr, psychiatrická i všeobecná sestra, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, peer konzultant a IPS konzultant, ergoterapeut, adiktolog a další odbornosti).

3.5 Reforma péče o duševní zdraví v České republice

Reforma psychiatrické péče byla vyhlášena Ministerstvem zdravotnictví České republiky a následně byla přijata v roce 2013. Základním podnětem byla změna konceptu péče velkých psychiatrických nemocnic. Zahrnovala potřebu podpory pacientů při propouštění do jejich přirozeného prostředí, koordinaci služeb a péče jednotlivých neinstitucionálních pomáhajících zdravotně-sociálních

¹¹⁴ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 185. ISBN 978-80-262-0731-3.

¹¹⁵ MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, s. 134. ISBN 80-7367-002-X.

¹¹⁶ Hodnoty Fokusu Praha. *Fokus Praha* [online]. 2022 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/component/content/article/22-aktuality/398-hodnoty-fokusu-praha-ocima-hr?Itemid=509>

složek.¹¹⁷ Reforma deklaruje několik specifických cílů (zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování, zvýšení úspěšnosti začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti, zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a další).¹¹⁸ Staví na ambulantní péči, centrech duševního zdraví, psychiatrických odděleních nemocnic a na psychiatrických nemocnicích.¹¹⁹ Nově formulované hlavní směry vývoje péče o duševní zdraví v České republice obsahuje dále dokument Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030.

¹¹⁷ MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE DUBEN 2017. *Reformapsychiatrie.cz* [online]. 2017, s. 5. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

¹¹⁸ Strategie reformy psychiatrické péče. *MZČR* [online]. 2013, s. 30. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

¹¹⁹ Tamtéž, s. 35.

4. Přínosy a nedostatky nástrojů modelu CARE z pohledu pracovníka komunitního týmu

Dalším podkladem souvisejícím s možností naplnění cíle této práce je následující kapitola. Zprostředkováním hodnocení vybraných nástrojů modelu CARE pohledem pracovníků komunitního týmu vyhledává souvislosti, porovnává je s teoretickou částí této práce a pokouší se nabídnout jejich interpretaci, případně doporučení pro další praxi s nimi. Kapitola zahrnuje metodologii a postup, volbu vzorku respondentů, organizaci a etiku šetření. Následně se zaobírá interpretací získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky.

Z povahy hlavního cíle šetření vyplynula jako vhodná volba kvalitativní strategie. Zabývá se zkoumaným problémem v jistě komplexnějším rozměru než strategie kvantitativní. Dle M. Dismana jde o „*nenumerické šetření a interpretaci sociální reality*“¹²⁰ Vhodnost volby kvalitativní strategie pro účely této práce dokládá také popis stanovovaných cílů: „*Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.*“¹²¹ Dalším cílem je pak porozumět, což předpokládá podrobné pochopení jednotlivých rozměrů zkoumané problematiky s využitím induktivní logiky. Výzkumník nejprve sbírá data, následuje zkoumání pravidelností, které v nich existují, a hledání jejich významů a formulace do závěrů.¹²² M. Miovský akcentuje výhody kvalitativního šetření dále lepším pochopením a konkrétním charakteristikám specifických situací zkoumání, a to v souvislosti s jeho neopakovatelností a kontextem, při kterém je šetření prováděno inspirativně a jedinečně. Jeho výsledky lze následně jen těžce zobecnit. Zkoumaná hlavní otázka stejně obdobně nemá za cíl dát zobecňující odpověď. Ta by případně náležela mnohonásobně vyššímu reprezentativnímu vzorku respondentů a analýze kvantity. M. Miovský vnímání kvalitativního

¹²⁰ DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2011, s. 285–286. ISBN 978-80-246-0139-7.

¹²¹ Tamtéž, s. 285.

¹²² Tamtéž, s. 287–289.

šetření přidává další hodnotu, a tou je reflexivita výzkumníka, jelikož na zkoumaných procesech má podíl.¹²³

4.1 Cíl

Cílem daného šetření je pohledem sociálních pracovníků komunitního týmu zjistit, jaké mají vybrané nástroje (*Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor*) modelu CARE přínosy a nedostatky v práci s klienty se závažným duševním onemocněním a nabídnout doporučení ke zlepšení jejich využívání. Přínosy a nedostatky nástrojů modelu CARE jsou reflektovány skrze osy délky zkušenosti práce s nimi a hodnot modelu CARE. Pomocí dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky jsou porovnány, hypotézy z nich sestavené pak mohou vést také k vystižení výsledku implementace do praxe a nabídnout doporučení ke zlepšení a k zefektivnění práce sociálně-zdravotních služeb. V širším rozměru pak mohou napomoci lidem se závažným duševním onemocněním věřit v sebe a smysluplně žít svůj život.

4.2 Respondenti

Zkoumaný vzorek respondentů byl vybrán pro potřeby práce metodou prostého záměrného výběru.¹²⁴ Účelovost spočívá ve výběru pracovníků při stanovení kritérií, která jsou z hlediska šetření vhodná a zároveň s ním respondent souhlasí.¹²⁵

Žádoucími prvky, tedy kritérii výběru, byla práce s nástroji modelu CARE optimálně tři roky (minimálně dva roky) a zkušenost z oblasti práce s klientem se závažným duševním onemocněním alespoň dva roky, a to v sociálních, případně sociálně-zdravotních službách. Daný soubor kritérií a ochotu reflektovat a sdílet se zájmem o výsledky šetření projevilo celkem sedmnáct pracovníků. Vzhledem ke kvalitativní metodě, rozsahu a charakteru této práce bylo následně vybráno osm z nich, a to dle pořadí, ve kterém se do tohoto výzkumu hlásili. Osobní, případně citlivé osobní údaje, nebyly použity, jména

¹²³ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 17. ISBN 80-247-136-24.

¹²⁴ Tamtéž, s. 136.

¹²⁵ Tamtéž, s. 112.

respondentů byla pseudonymizována. Ochrana osobních a citlivých osobních údajů je nedílnou součástí příloh této práce (*Příloha M – Informovaný souhlas*).

Jak již bylo uvedeno dříve, v práci je použito zjednodušené označení komunitní tým, jehož členy jsou sociální pracovníci. Celá implementace modelu CARE probíhala od roku 2017 a jednotlivé komunitní týmy organizace se rozvíjely, případně měnily název a strukturu v optice reformy péče o duševní zdraví. Respondenti tedy přináležejí do dvou komunitních týmů a dvou center duševního zdraví téže organizace. Sociální pracovníci v týmech mají různé pozice: case manager, peer konzultant, IPS konzultant a vedoucí. Profilace respondentů dle kritérií je uvedena v příloze (*Tabulka I*).

4.3 Metoda sběru dat

Sběr dat probíhal formou rozhovoru jakožto vysoce interaktivního procesu získu dat zprostředkovaných další osobou. Konkrétně byla použita forma polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda předpokládá aktivitu zkoumajícího a zahrnuje předem daný soubor otázek, které nejsou zcela standardizované. Volit v něm lze kombinace otázek uzavřených a otevřených, s preferencí vyššího poměru otázek otevřených. Forma odpovědi je následně ponechána na respondentovi.¹²⁶ Tato forma rozhovoru dále umožňuje dojasnění formulované otázky i odpovědi.¹²⁷ Data byla k účelům šetření sesbírána během května a června roku 2022. Oslovení respondentů proběhlo formou telefonických rozhovorů a e-mailové komunikace s následným zasláním osnovy rozhovoru (*Příloha N – Osnova rozhovoru*). Popsaný postup je reakcí na dotaz několika potenciálních respondentů ohledně přesného obsahu rozhovoru. Ve zpětné vazbě se postup ukázal jako výhodný, neboť respondenti pozitivně hodnotili možnost sebereflexe před vlastním rozhovorem. Vzhledem k místní a časové dostupnosti všech zúčastněných (Středočeský kraj) byly hovory uskutečněny přes videokomunikační službu, aplikaci Google meet. Respondenti byli před jejich začátkem seznámeni s předpokládaným průběhem a souhlasili s jeho nahráváním prostřednictvím aplikace, stejně jako byli seznámeni

¹²⁶ FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010, s. 171–175. ISBN 978-80-736-7815-9.

¹²⁷ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 161. ISBN 80-247-136-24.

s informací, že záznamem nebude manipulovat nikdo další a bude sloužit výhradně k potřebám daného šetření, tedy že bude doslovně přepsán, analyzován a následně interpretován, případně citován v této práci. Informovaný souhlas byl respondentům zaslán dopředu spolu s osnovou rozhovoru.

Struktura rozhovoru byla dána rámcově, zároveň ponechávala prostor pro otázky doplňující či upřesňující. Rozhovor byl vymezen několika základními okruhy, jež byly rozvedeny v rozšiřujících otázkách. První okruh se zaměřoval na hodnocení jednotlivých nástrojů z perspektivy času, další pak na přínosy a nedostatky nástrojů samotných. Osnova rozhovoru byla závazná, pořadí a doba setrvání u jednotlivých okruhů nikoliv. Časová dotace na rozhovor tedy nebyla záměrně rigidně stanovena. Rozhovory probíhaly v rozmezí 30 až 80 minut, dle potřeb respondenta.

4.4 Získaná data

Následující kapitola obsahuje souhrn všech osmi uskutečněných rozhovorů se zaměřením na témata, která se jevila sociálním pracovníkům jako důležitá. V souladu s hlavní otázkou šetření a se záměrem jeho komplexnosti je každý hlavní okruh rozdělen na několik méně rozsáhlých celků tak, aby bylo možno data vhodně zařadit a této hlavní otázce se nevzdálit.

První tematický okruh rozhovorů se věnoval období seznámení se pracovníka s modelem CARE a jeho nástroji v teorii i praxi přímé práce s klientem. Další okruh pak tento stav nabádá hodnotit pohledem již nabyté praxe s nástroji, a poslední tematický okruh této části se věnuje reflexi práce s nástroji v období ukončení povinnosti práce s nimi. Od perspektivy časovosti odstupují další tři okruhy, které se zejména otevřenými a nenávodnými otázkami snaží zjistit, jaké výhody, nebo naopak limity a hranice možností nástroje v praxi pro pracovníky mají. Popsaná data jsou hodnocena v následující subkapitole práce.

4.4.1 Seznámení s modelem CARE a jeho nástroji v teorii i praxi

Tento okruh byl rozdělen na dvě podtémata. První z nich se týkalo teoretického seznámení s nástroji Osobní Profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor i s modelem CARE jako hodnotovým systémem.

Druhé podtéma se zaměřovalo na počáteční praktické zkušenosti s těmito nástroji práce s klienty. Otázky byly formulovány takovým způsobem, aby se z jejich odpovědí daly vysuzovat odpovědi na otázky obecnější.

První teoretické podtéma se zaměřovalo na zjišťování pocitů kompetentnosti respondenta v dané metodě: vstupní školení a zisk informací, jejich množství a hodnota, dovednost převést je do praxe. Dále se pak zaměřovala na důvěru v model CARE: naděje v dobrý výsledek, otevřenost a ochota učit se a přijímat nové věci a odpovědnost.

V odpovědi na otázku po dostatku informací a způsobu jejich zisku se respondenti různí. Polovina z nich se domnívá, že potřebných vstupních informací měli dostatek. Jako zdroje uvádí následující: školení od vedoucího týmu, akreditované školení modelu CARE, příručka metodiky CARE (opakovaně), týmové porady, zkušený kolega (opakovaně), náslechy, samostudium a intervize.

(Aneta: „*Ano, měla jsem dost informací, prošla jsem si příručku metody CARE, probíhaly konzultace v týmu a náslechy.*“)

(Ivona: „*...s metodou jsem se seznamovala pod vedením zkušeného kolegy, pomohly mi náslechy, samostudium a intervize. Uvítala bych i delší a systematičtější teoretickou přípravu, možná na to téma supervizi.*“)

Tito respondenti zároveň doplňují, že by uvítali pravidelné týmové porady se zaměřením na práci se zaváděnými nástroji a rozbor konkrétních vyplněných nástrojů, možnost reflexe práce s nimi.

(Sabina: „*...myslím, že jsem měla dost informací, teď si nepamatuju, jestli byla nějaká setkání celého týmu a sdílení hotových profilů... nad plánem myslím, že proběhly... které by mi tehdy v začátcích přišly užitečný...*“)

Druhá polovina respondentů hodnotí počáteční informace jako nedostatečné. Popisují nepochopení metody, málo vstupních školení a časté změny v pokynech vedení, případně je spojují s faktem, že byli v týmu ve zkušební době. Zároveň shrnují, že jim následně v jejich zisku pomohlo opakované zaškolení v metodě, tým, vlastní práce s nástroji v praxi, diskuse v týmu a příručka metodiky CARE.

(Karel: „*...no na začátku bylo těch informací málo, měli jsme asi jedno nebo dvě školení a pak jsme to začli dělat. Potom jsem si ještě četl nějaké pasáže v knížce o metodice CARE, to mi asi pomohlo nejvíc.*“)

(Jana: „*...na začátku jsem neměla vůbec dost informací, často se měnily pokyny, co a jak máme dělat. Ale měli jsme častěji v týmu na tohle téma diskuzi a zkoušeli jsme to.*“)

Nepřekvapivé je pak spojení výše uvedených shrnutí s výstupy z odpovědí na návaznou otázku, zda respondenti metodě důvěřovali. Důvěru projevíli všichni respondenti s pocitem dostatku vstupních informací, s jednou výjimkou

nedůvěry v nástroj Plán časných varovných příznaků – Semafor. Spíše nebo zcela nedůvěřivě se vyjádřili respondenti s pocitem nedostatku vstupních informací se zajímavým obratem v budoucí změnu.

(Jana: „Zpočátku jsem nevěřila, pak ano.“)

(Karel: „... nejdřív mi nebylo jasné, v čem je přínos pro klienta, když si povídáme o minulosti a současnosti... pro mě jako pracovníka to bylo dobré, pomohlo mi to ho poznat... nevěřil jsem tomu moc a pak se to změnilo.“)

Naději v konkrétní přínosy a funkčnost nástrojů respondenti hodnotí v celé škále odpovědí: od představy přehledného a konkrétního procesu individuálního plánování a cíleného mapování popisují dále důvěru ve funkčnost z důvodů zaměření na silné stránky, kompetence a odpovědnost klienta, důvěru v autory modelu CARE a jejich profesionální odbornost, až po odpovědi váhavé, nikoliv však zamítavé. Zde je zajímavé zhodnotit, že ti respondenti, kteří v předchozí obecné otázce „Důvěřovali jste metodě?“ odpověděli ano, nyní při stejné otázce položené jinak („Měli jste pocit, že bude mít metoda nějaké přínosy a konkrétní výsledky?“) již neodpověděli jednoznačně.

(Lada: „...záleží na využití získaných informací, ale doufala jsem ...“)

(Aneta: „To, že můžou fungovat ano, ale nedá se říct s jistotou vždycky, že budou...vždyť se všechno odvíjí od aktivity klienta a na ní se taky všechno zastavuje. Pokud žádná aktivita není.“)

(Karel: „Na začátku moc ne, až časem jsem zjistil, že to je pro klienta efektivnější než mluvení o rizicích, problémech a tak...“)

(Sabina: „Ze začátku ano, praxe ale ukázala, že některý nástroje můžou být nefunkční, tím myslím Semafor.“)

Na dotaz, zda respondenti věděli, jak převést teoretické znalosti do praxe, byly odpovědi spíše pozitivní. Odpověď rozšiřuje zkušenost v možnosti opřít se o postupně získanou praxi s nástroji.

(Lada: „... měla jsem informace ze školení, ale realita je pak jiná. Je to o tom to zkusit, zjistit, jak tomu rozumím a jak tomu rozumí klient. Pro mě bylo hlavní se nebát...důležité bylo věřit tomu a zkoušet. U někoho to šlo líp a u někoho hůř.“)

(Karel: „...po čase jsem se to už docela naučil. Musel jsem udělat hodně profilů, abych se to naučil.“)

(Dana: „...nejdřív jsem nevěděla. Zkoušela jsem radit se s kolegy, nebo nahlédnout do karty jiného klienta, který měl podobné potřeby, a tak se inspirovat. Pak jsem zjistila, že bude nejlepší se zeptat klienta znovu.“)

Otevřenost nové metodě a ochota přijmout odpovědnost na jedné straně a na straně druhé pocity povinnosti z nařízení používání nových nástrojů shrnovali respondenti následovně. První skupina respondentů s metodou korespondovala hodnotově, byli motivováni k práci s novými rozvojovými nástroji, případně do týmu nastoupili v době, kdy se s nimi již pracovalo delší dobu a byly součástí zavedené a fungující praxe, nebo neměli zkušenost s používáním jiných nástrojů.

(Sabina: *„Mně se metoda rozhodně líbila svým zaměřením, hodnotami, zároveň i pocity povinnosti jsem cítila, ale stejně jako u jakéhokoliv jiného dokumentu.“*)

(Lada: *„Metoda ladila i s mým přístupem k životu, takže v tomhle směru žádný problém.“*)

(Dan: *„Ano. Takové negativní pocity nepřevládaly. Rozhodně jsem nepoužíval a nepoužívám metodu, které nevěřím, nebo nerozumím.“*)

(Dana: *„Přicházela jsem do týmu, kde už metoda byla zavedená a fungovala, tím pádem pro mě bylo všechno jednodušší.“*)

Pocity nejistoty nebo povinnosti vyjadřuje další část respondentů. Někteří to uvedli v souvislosti s nedostatkem vstupních informací o modelu CARE nebo o motivaci k jeho zavedení, případně s nedůvěrou ke změnám.

(Karel: *„...bylo nám to nařízený, a tak jsem s tím asi nemohl nic moc dělat...nebavili jsme se myslím tolik o nějakým hodnotovým rámcí. Moc jsem nechápal, odkud to přišlo, nebo proč bychom to měli používat. Každopádně jsem to dělat začal a postupně pochopil, že je to dobrá, efektivní metoda.“*)

(Jana: *„...ze začátku jsem byla hodně nedůvěřivá, zavádělo se tenkrát moc změn a další změny jsem v té době už nechtěla.“*)

Druhé podtéma se zaměřovalo na počáteční zkušenosti s těmito nástroji práce s klienty.

Otázky zjišťují, co konkrétně se sociálním pracovníkům zdálo být přínosné a vyhovovalo jim, případně co pro ně bylo nejasné či nesrozumitelné. Odpovědi respondentů jsou již strukturovány nejen podle osy času, ale také podle konkrétních nástrojů: Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor.

Osobní profil

Počáteční nejistota s použitím nástroje se zde rozhodně objevila. Nejčastější byla pochyba, zda se pracovník dokáže správně zaměřit na silné stránky a zdroje klienta, zeptat se na ně, pojmenovat je a umět s nimi pracovat. Popisována byla

také nejistota přínosu mapování v oblasti minulosti a přítomnosti pro klienta, logika v řazení sloupců (minulost, přítomnost, budoucnost), otazníky kolem nutnosti používat Osobní profil jako formulář, otázky kolem vysvětlení práce s nástrojem klientovi, zejména pokud nedůvěru měl i pracovník. Objevily se i zkušenosti s tím, že klienti neměli žádné přání nebo představu a vizi do budoucna a pracovníkům se s tímto obtížněji pracovalo.

(Lada: „...ze začátku jsem se ale bála, jestli budu umět dobře najít a zjistit silný stránky...myslím, že obecně sociální pracovníci na tenhle způsob vedení rozhovoru nejsou zvyklí. A ani my jsme nebyli.“)

(Karel: „...zapomínal jsem se často ptát na to, co klient umí, ví, co dokáže a tak...přínosný mi přišlo bavit se o silných stránkách klienta, ale bál jsem se, jestli je třeba neurazím, když řeknu třeba, že nemaj kde bydlet a já to otočím do pozitivna. Že je to vlastně jako super, že se o sebe umí postarat i venku.“)

(Jana: „...oba nástroje bylo dost složitý na začátku vysvětlovat klientům, když já sama jsem nebyla s nima v pohodě a ztotožněná. Ale pak spokojenost se všema používanýma.“)

(Sabina: „...abych jenom nemapovala, bez dostatečného zaměření na silný stránky a zdroje. Což se mi na tom právě líbilo, že nejde jenom o mapování fakt, na které jsem byla do té doby zvyklá.“)

(Dan: „První schůzky s klientem jsou i pro mě vždycky nový, jedinečný, hodně důležitý v navázání dobrého vztahu...bylo pro mě ze začátku těžký poslouchat a dělat si poznámky do formuláře, bez ztráty koncentrace...“)

Respondenti dále jmenovali přínosy Osobního profilu. Popsali, že jim vyhovuje, že nejde jen o anamnestické mapování faktů, na které byli doposud zvyklí, opakovaně hodnotili kladně oblast přání, zřetelnější směřování spolupráce a práce na cíli, který patří klientovi a nikoliv pracovníkovi, jasnou strukturu formuláře, jeho vymezení na oblast minulosti, současnosti i budoucnosti, snadnější navázání vztahu a vytvoření důvěry. V praxi pak využívali možnosti chodit na setkání s klientem ve dvojici. V práci s Osobním profilem pomáhalo podívat se na hotový Osobní profil kolegy (opakovaně). Pozitivně hodnoceno bylo také jeho přijetí a srozumitelnost pro klienta, práce se silnými stránkami jako pomoc pro pracovníka v další spolupráci s klientem, zřetelné označení toho, co klient chce. Hodnotí, že se dobře nastavují cíle spolupráce a další směřování.

(Dan: „Je to bezesporu určitě dobrá první stopa nashromážděných informací...a myslím, že umí najít i slabé stránky, ale označí je jinak.“)

(Lada: „*Hodně mě to bavilo...vidíme i do minulosti, a to může spoustu věcí odhalit a pomoci pochopit. Pak se dobře nastavují cíle spolupráce, je to jasný a důležitý. Bez profilu by spolupráce nebyla tak strukturovaná.*“)

(Sabina: „*...taky bylo skvělé, že jsem se s klientem díky profilu dobře seznámila a věděli jsme pak, na čem máme spolu pracovat, a hlavně na čem chce pracovat on sám. Ráda bych se k profilu zase vrátila.*“)

(Dana: „*Libil se mi. Zvláště, když jsem ho viděla vyplněný od kolegů. Připadal mi obsáhlý a užitečný. Jen pro mě nemá logiku řazení sloupců.*“)

(Aneta: „*... přišlo mi to srozumitelný, nejlepší byla část zaměřující se na přání toho klienta, využívá maximální potenciál, a taky je podpůrný a přehledný, jako mapovák.*“)

Respondenti se vyjadřovali také k nejasnostem a negativům, se kterými se na počátku práce s nástrojem Osobní profil setkali. Pracovníci opět zmiňují nedůvěru, obavy, nechuť učit se něco nového, pocit absentujícího hodnocení rizik a limitů, nebo naopak příliš mnoho informací a obavy z jejich uchopení, samostudia, nutnost se něco nového učit. Dva respondenti projevují obavu z toho, jak vysvětlit práci s profilem klientovi. Nástroj jim přijde nesrozumitelný, nevidí cestu, jak klienta motivovat, nerozumí důvodům potřeby zjišťování množství informací.

(Lada: „*Byla jsem spokojená s délkou i obsahem, ale pro některý klienty to bylo únavný...dlouhý.*“)

(Karel: „*Měl jsem pocit, že je to takové sluničkové, nebylo to úplně návodné. Nelíbila se mi úplně představa, že se to asi budu muset hodně učit a hodně si o tom číst, abych to uměl udělat správně. Měl jsem dojem, že je důležitý zjišťovat hodně rizika a limity a řešit problémy.*“)

(Jana: „*...neměla jsem důvěru. Bála jsem se, že to nezvládnou. Ale pak jsem to nějak musela překonat a zjistila jsem, že mi to hodně vyhovuje. Získala jsem o klientovi zajímavé informace. Nejdůležitější pro mě bylo, že jsme se bavili o přání klienta. Mnohem líp se mi pak dělala individuální plán, a i klient si ho víc uvědomoval, byl víc jeho. Já měla dobrý pocit, že přání jsou od klienta. Dřív to bylo v tomhle složitější.*“)

(Ivona: „*...zatěžující, neuchopitelné, nesrozumitelné, myslím ve směru ke klientovi. U prvních kontaktů jsem měla opakovaně problém klientům vysvětlit důvody práce s profilem, motivovat je...tenhle sběr byl pro mě na začátku hodně limitující...*“)

Osobní plán

Vzhledem k tomu, že Osobní plán má jisté podobnosti s plánem používaným v týmech do zavedení Osobního plánu, část respondentů tento fakt vyjadřuje a práce s novým nástrojem se jim nezdá být tolik odlišná. Několik z nich hodnotí pozitivně návaznost Osobního plánu na Osobní profil, plán opakovaně popisují jako jasný a konkrétní, praktický a dobře strukturovaný, přehledný, užitečný a podrobný. Otevírá a akcentuje téma zapojení blízkých do spolupráce, vyvstávají otázky na způsob a formu. Hodnotí výhodu práce s krátkodobými i dlouhodobými cíli kvůli zřetelnosti posunů či stagnací ve spolupráci.

(Sabina: „...byl skoro stejný jako plán, který jsme používali do té doby, nevnímala jsem až tak velkou změnu nebo plusy a minusy. Zároveň bylo dobré, že navazoval na Osobní profil, ze kterého vzešly cíle klienta.“)

(Lada: „...byla pro mě nová otázka, jak víc zapojit do spolupráce tu sociální síť klienta a taky jak to mám udělat. Bylo dobře vidět na těch krátkodobých plánech, jaké tam jsou posuny, pokroky...“)

(Aneta: „...skvělý nástroj pro to, aby klient viděl jasně, jestli tam došlo ke změně v jeho životě. Co kdo bude dělat a že si řekne dobu, do kdy se to udělá. Pak je dobře taky vidět, jestli splnil cíl a je to strukturované.“)

Někteří respondenti negativně hodnotí změny v pravidlech i ve formuláři při zavádění nástroje, obtíže v navazování Osobního plánu na Osobní profil, problémy s tvorbou krátkodobých plánů, detailnost Osobního plánu. Jedna respondentka vyjadřuje nepochopení klientů nad opakováním otázek na přání, čeho chce klient ve spolupráci dosáhnout a proč je to pro něj důležité. Všechny tři dotazy vnímali dle jejího názoru klienti totožně. Respondenti dále popisují viditelné obavy klientů z nesplnění cíle a ze selhání. Někteří mají dojem, že klienti svůj cíl neznají a nejsou ke spolupráci motivováni, zatěžuje je také administrativa s úkony spojená. Jedna respondentka shrnuje, že pokud se celé plánování a hledání cílů odvíjí od daného klienta (navození spolupráce, jeho motivovanost a související míra aktivity), je obtížné v některých případech dostat povinnosti s klientem mít kontinuální a funkční individuální plán v průběhu celé spolupráce. Plán se pak může změnit v pouhý teoretický dokument pro dokument. Osobní plán klienta vnímá spíše jako krátkodobý praktický návod.

(Jana: „Ze začátku mi nevyhovoval...ale uvědomuju si, že pro práci s klientem je důležitý. Oba víme, na čem pracujeme, a jemu to dává pocit, že má odpovědnost na té spolupráci a že to má pro něj nějaký smysl.“)

(Ivona: „...nedařilo se mně propojit a navázat na Osobní profil, zaměřit se víc na konkrétní krátkodobé cíle“.)

(Dana: „...jen položka, proč je to pro mě důležitý, mi připadala nadbytečná...vím, že to jsou různé otázky, ale někteří klienti je vnímali jako úplně stejný. Plán byl taky pro některý klienty v určitých situacích až moc podrobný, jindy jsem zas podrobnost ocenila. Nějak jsem se s tím nakonec vypořádala.“)

(Dan: „na začátku jsem se v tom ztrácel. Bylo těžký pojmenovat konkrétní kroky...myslím, že je to tím, že se bojí, že selžou, nesplní cíl, anebo jsou z všech těch papírů potřebných ke vstupu do služby už prostě naštvaní...ale ten profil v tom pomohl, aspoň určit ten cíl hlavní.“)

Plán časných varovných příznaků – Semafor

Respondenti popisují jeho přínosy v dobré vizualizaci (barevné rozlišení) jak pro ně samotné, tak pro pracovníky. V počátcích práce s ním se lze v rozhovorech setkat s vyjádřenou nadějí na nový srozumitelný nástroj pro práci s krizí jak pro klienta, tak pro pracovníka, a na adekvátní schopnost následné reakce týmu, pokud krizi rozezná klient nebo pracovník. Obecně hodnotí potřebnost protikrizového plánu ve spolupráci.

(Dan: „...je to důležitý, už v první fázi, kdy se s klientem seznámíme, jako tým se ho zeptat, jak vypadá jeho krize, jak se prostě chová, a taky zjistit, jak se mám v té situaci chovat já...bohužel si pamatuju i situace, kdy by plán pomohl a on nebyl a špatně to skončilo...“)

Konkrétně s Plánem časných varovných příznaků – Semaforem pak popisují složitost pokládaných otázek pro ně samotné, jejich repetitivnost, nesrozumitelnost pro klienty. Také zmínili neochotu ke spolupráci, nemotivovanost, obtížnost v pojmenování a popisu stavů mezi jednotlivými barevnými fázemi, pro některé klienty pak i fáze samotné. Respondenti silně akcentují jako hlavní faktor náhled klienta samotného.

(Lada: „...jo, moc dobře působilo to rozdělení barevných stupňů...ale bylo dost nejasný, jestli dokážou rozeznat a popsat to nejdůležitější, tu hranici mezi jednotlivými barvama...bylo to těžký, zvlášť s klientama, co mysleli na sebevraždu, nebo to už zkusili.“)

(Karel: „...to mi přišlo dobrý, nevědomky jsem dřív používal něco podobnýho, akorát bez tý grafický úpravy. Ale pak v praxi s tímhle mi přijde, že to neodpovídá schopnostem klienta a asi ani našim s tímhle semaforem...“)

(Aneta: „...ten pro mě byl náročný, některý otázky byly zbytečný a klienti sami často nevěděli, jak mají odpovědět, složitě napsaný. Zdálo se, že se ptám pořád

na to samý...většinou klient rozlišoval mezi dobře a špatně a málokdo dokázal rozlišit ten stav mezi...“)

(Sabina: „...jako dělat plán s klientem, který říká, že nikdy neprožil krizi, a přitom se zkusil zabít asi šestkrát, je těžký. Pro jinou moji klientku bylo zas složitý popsat tu zelenou část. Říkala, že stav psychický pohody nezažila už hrozně moc let a co bylo před nemocí si nepamatuje...“)

(Ivona: „...rychle přišly pocity, že je matoucí. Ty otázky se tam hodně opakovaly, byly složité, těžko šlo rozlišit různé fáze...je to spíš pro okolí klienta.“)

(Dan: „...pro klienta i pro mě hodně složitý, pro klienta často nesrozumitelný. Musel jsem hodně vysvětlovat a pomáhat...když tomu klient nerozuměl, nechtěl pak často ani odpovídat...fakt jsem se musel ptát třeba pětkrát na to samý.“)

(Dana: „...bylo mi pak hloupý ptát se pořád na to samý, bylo to jen jinak položený. Zdá se mi, že pro klienty to nebylo moc nosný. Ještě jsem asi nepotkala klienta, který by si při nějaký krizi svůj plán vzal a řídil se tím.“)

4.4.2 Zkušenost a praxe s nástroji Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor

Vzhledem k tomu, že rozhovory s pracovníky nebyly vedeny longitudinálně, ale retrospektivně, někteří se částečně vyjadřovali i z hlediska svých zkušeností s nástroji již v první části rozhovorů. Otázka byla položena zároveň i samostatně a byla formulována z hlediska pocitu jistoty pracovníků v nabyté praxi s nástroji. Vyhodnocení časovosti autorka nechávala na pracovníkovi. Věnovala se pak opět samostatně všem třem nástrojům.

Osobní profil

Respondenti se shodují v jistotě s prací s Osobním profilem. Ve způsobu formulace otázek zaměřených na zdroje a silné stránky popisují, že s nástrojem pracují s oblibou a rádi.

(Sabina: „Určitě už bylo doptávání míň krkolomné, měla jsem pocit jistoty.“)

(Lada: „Umím se líp a stručněji ptát na ty zdroje a silný stránky, informace si dobře pamatuju. Mám jistotu v používání...nebyla nakonec žádná potíž.“)

(Karel: „Vytvořil jsem si takové univerzální otázky, co se mi osvědčily. Vím už, kdy a kde se mám na co ptát, takže ten rozhovor byl plynulejší, myslím, že líp postihl tu realitu.“)

(Aneta: „...používala jsem profil ráda. Hlavně kvůli tomu pozitivnímu rozhovoru, stal se běžnou součástí naší praxe.“)

(Dana: „...*tak určitě větší jistota a obliba.*“)

Jedna respondentka se zaobírá formou použití Osobního profilu.

(Sabina: „...*používala jsem ale pořád formulář. Myslím, že některým klientům to nevyhovuje, jako procházet a vyplňovat jakýkoliv formulář.*“)

Osobní plán

Někteří respondenti vzhledem k podobnosti s dříve používaným individuálním plánem nevidí stále žádný rozdíl, ani žádné výhody nebo nedostatky. Dva respondenti stále popisují nejistotu. Při bližším zaměření se na charakter této nejistoty bylo zjištěno, že pro ně znamená obavu z časté povinnosti plán revidovat (občas se jim stalo, že domluvený termín aktualizace plánu nestihli), případně jak správně formulovat potřeby v jednotlivých oblastech.

Plán časných varovných příznaků – Semafor

Většina respondentů projevuje stejné názory jako na začátku práce s tímto nástrojem.

(Lada: „*Ukázalo se, že mně ani klientům tohle nevyhovuje...je to pak frustrující pro ně i pro nás. Je to pořád o náhledu klienta. Když náhled nemaj, anebo hůř komunikujou, a to je častý, tak je to složitý, a ne úplně účinný.*“)

(Aneta: „*Pořád hrozný, přišlo mi fakt hloupý se na některý otázky ptát pořád znovu.*“)

(Sabina: „*Nedělal se mi dobře.*“)

4.4.3 Reflexe při ukončení povinnosti práce s nástroji Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor

Všechny komunitní týmy i centrum duševního zdraví na jaře roku 2022 dostaly pokyn k povinnému užívání jiného nástroje pro potřeby mapování, resp. jednání se zájemcem o službu a nástroje. Osobní profil a Osobní plán CARE byly ponechány pouze jako doporučené, či pouze jako doplňkové. S nástrojem Plán časných varovných příznaků – Semafor se již s koncem roku 2021 přestalo pracovat a je používán jiný nástroj protikrizového plánování. Tento okruh otázek v rozhovoru respondenty nabádal ke zpětnému ohlédnutí se za práci s nástrojem Osobní profil.

Mezi výhodami nástroje Osobní profil, i v perspektivě času, stále převládá zalíbení pracovníků v jeho zaměření na zdroje a silné stránky, dobrá struktura spočívající v rozlišení osobních a životních domén. Opakuje se také jeho pomocná role při seznámení se s klientem a s vybudováním vazby, s cíleností

a jasným zaměřením na obsah a formu spolupráce. Zmíněna je rychlost a jednoduchost při jeho vyplnění, srozumitelnost pro klienty (zde srovnávají s novým mapovacím nástrojem).

(Lada: „*Měl jen výhody a byl rychlejší na vyplnění, nebo doplnění, mohl se libovolně opakovat.*“)

Jako přínos lze také uvážit možnost nahlédnout do klientovy minulosti. Všichni pracovníci zmiňují, že jim při práci s aktuálním mapovacím nástrojem toto chybí a hodnotí, že to byla cenná oblast.

(Dan: „*Chybí mi teď pohled do minulosti...musím se pak hodně doptávat mimo, nestačí to a nemá takový záběr jako profil.*“)

(Lada: „*Tak třeba pro klienty do chráněného bydlení potřebujeme víc informací o minulosti v oblasti bydlení...i pro klienty je těžké vzpomenout si jen na poslední tři měsíce.*“)

(Karel: „*Metodika CARE byla mnohem obsáhlejší...takže trvalo dýl, než jsem se to naučil. Ale profil mi přišel přínosnější...záleželo hodně na mojich komunikačních schopnostech a jak se umím dobře ptát. Beru to za výhodu, CARE mě nutil, abych se učil líp komunikovat, a to je pro mě ve výsledku plus...naučil jsem se líp pracovat.*“)

(Jana: „*Profil by se měl dál používat. Vidím tam teď velké výhody, protože jsem získala potřebné informace pro spolupráci a moc dobře z něj vyplynuly přání klienta už na začátku spolupráce.*“)

(Ivona: „*CARE má širší záběr, s klientem jde víc do hloubky při hledání souvislostí, a to mi vyhovovalo.*“)

(Dana: „*Při práci s novým klientem považuju za mnohem užitečnější Osobní profil...*“)

(Aneta: „*CARE mi přišel víc komplexní a konkrétní v jednotlivých oblastech, víc přínosný pro mě jako pro pracovníka. I kvůli přáním, i pohledu na minulost...když vidím do jeho minulosti za delší dobu, víc pak rozumím jeho současnosti, můžem líp pojmenovat i rizika.*“)

Další tři oblasti vedených rozhovorů se zaměřovaly pomocí různě formulovaných otázek na stejné téma, nikoliv však perspektivou času. V první části šlo o jakousi volnou reflexi. Byli žádáni, aby volně asociovali adjektiva k jednotlivým nástrojům. Ta jsou pak uvedena v příloze (*Příloha O*).

Ve druhé části pak naopak konkretizovali pouze jeden přínos a jeden nedostatek uvedených. Respondenti v této části nejsou citováni, neboť často

popisovali obdobná hodnocení, případně opakovaně vyjadřují souhrn již výše uvedeného (*Tabulka 2*).

Poslední část nechávala, pro kaleidoskopické doplnění této oblasti, zcela otevřený prostor pro samotné pracovníky a jejich náměty k tématu. Do nedostatků doplnili povinnost časté aktualizace Osobního profilu

(Ivona: „...*to mi přijde nereálný a jsem pak pod tlakem, i kvůli tomu, že ne všichni klienti se se mnou setkávají jednou nebo víckrát týdně...*“)

Do přínosů pak uváděli zaměření na všechny oblasti klientova života, akcentaci osobně-profesního vztahu.

(Lada: „...*pomáhá mi nezapomínat a zapojovat práci s prostředím a se sociální sítí.*“)

(Dan: „...*pro mě je jasný, že je při mé práci důležitý vytvářet vztah mezi člověkem a člověkem o mnoho víc než mezi sociálním pracovníkem a klientem. Snažím se být přítomný a dobře poslouchám.*“)

(Ivona: „*Libí se mi maximální zaměření na zotavení s tím, že využívá práci tady a teď. Hodně cením ještě, že je důležitý soulad s přáními klienta.*“)

Poslední okruh dotazů se zaměřoval na pracovníky samotné. Důležité byly jejich zkušenosti s limity a hranicemi možností práce s nástroji. Respondenti popsali zkušenosti nejasných hranic, prolínajících se symptomů a osobnostních nastavení klientů. Jmenovali také obtížnost v nemotivaci, pasivitě, agresivitě, ve výrazné symptomatice závažného duševního onemocnění. Dotkli se rovněž profesně etických dilemat.

(Jana: „...*to bylo i tím asertivním kontaktem. Kdy on prostě nechtěl, anebo si nedokázal představit, že by měl něco měnit, anebo se fakt vehementně bránil vlastní odpovědnosti, nevím. Tam pak člověk má tendenci přebírat odpovědnost hodně a vlastně se tahle metoda nedá úplně používat.*“)

S klienty, kterým se dle Osobního profilu nezobrazily žádné cíle, nebo je neznali, respondenti zmiňovali překážku v používání tištěných formulářů.

(Sabina: „*Určitě jsem se potkala s klientem, který má odpor k práci s jakýmkoliv dotazníkem, anebo s klientem, kde z osobního profilu nevycházely prostě žádný cíle. Na většinu dotazů na budoucnost pak odpovídali, že neví.*“)

Další skupinou odpovědí byla práce v rámci protikrizového plánování a práce s klientem při hospitalizaci.

(Lada: „*Semafor nefunguje u klientů s těžkou formou deprese. Podle tohoto plánu nikdo nemá nic dělat, nikdo je nemá rušit. Ale oni jsou odříznutí od světa a víc se pak topí ve svojí nemoci. Tohle mi přijde nefunkční.*“)

(Ivona: „*U hospitalizovaných lidí je to potíž. Tam najednou CARE neCARE. Když má oddělení režimový opatření...nebo když je tam zavřený roky, to známe. Jak se pak má zotavovat, když už tam je sedm let a asi jich má ještě pár před sebou, to se pak dělá celý recovery hodně blbě.*“)

Poslední oblast rozhovorů se týkala vlivu modelu CARE na osobně-profesionální seberozvoj pracovníků, opět skrze optiku vnímání přínosů a nedostatků nástrojů. Pracovníci popsali změnu úhlu pohledu na silovou vazbu pracovník – klient, uvědomění si důležitosti práce s klientem, a ne pro klienta. Rovněž zaznělo zvědomění práce se schopnostmi, s možnostmi a se zkušenostmi klienta, pomoc pracovníkovi se strukturovaností a formulací otázek a zamýšlení se nad nimi.

(Sabina: „*...zaměřená na zdroje a silný stránky jsem sice byla už předtím, ale tak nějak nevědomě. Tohle hodně pomohlo. Taky jasně a srozumitelně se ptát. A vážím si důvěry, když mi klient říká někdy opravdu složitý a těžký věci.*“)

(Lada: „*Učí mě struktuře a dobrému pokládání otázek. Jinému uvažování o klientovi. O vzájemném partnerství. Zkusila jsem si udělat svůj osobní protikrizový plán a bylo dost zajímavý se nad tím zamyslet z toho druhýho úhlu pohledu, dalo mi to dobrý zrcadlo.*“)

(Jana: „*...uvědomění, jak důležité je pracovat s výbavou a zkušenostma klienta, s jeho zodpovědnostma a kompetencí.*“)

(Karel: „*Myslím, že jsem začal nad klienty přemýšlet trochu jinak. Předtím jsem na tuhle problematiku koukal víc z pohledu medicíny...pomohla mi najít nějakou inspiraci a nastartovat si změnu v uvažování.*“)

(Dan: „*Myslím si, že každé nástroj může na začátku vyvolat nedůvěru a pochybnosti, hlavně když je tým přetíženě... ale pochybnosti se změnila na pozitiva. Důležitý ale je, a to mluvím za sebe, nestavět se hned na začátku proti a nedělat zábrany. Někdy se mi to stává.*“)

(Ivona: „*Propojení terapeutické práce s prací case managera, jak to jde nejlíp uchopit ve prospěch klienta a spojit obě profese dohromady, aby to nešlo proti sobě. Potvrzení, že je správné pracovat se silnými stránkami, zaměření tady a teď.*“)

(Aneta: „*Cítím větší důvěru sama v sebe, nebát se projevit vlastní názor a ukázat i jiný pohled na situaci.*“)

(Dana: „*Určitě jak v profi, tak v osobním životě. Člověk se asi naučil líp komunikovat, trochu víc citlivě poslouchat a líp formulovat. Asi nejdůležitější mi*

přišlo, hlavně pro nás jako tým, naučit se nechat víc a víc odpovědnosti na klienta. Nechat jeho vést svůj vlastní život. Vracet mu tu odpovědnost.“)

4.5 Diskuse získaných dat

Při rozboru a interpretaci dat sesbíraných kvalitativní metodou jde zejména o jejich systematickou nenumerickou organizaci se záměrem odhalit pravidelnosti, kvality a vztahy formou smysluplného a užitečného zpracování.¹²⁸ Subkapitola se zabývá těmito daty a jejich komparací s podporou v teoretické části práce. Formuluje je do dvou základních okruhů a implikuje případná doporučení ke zlepšení využívání nástrojů v praxi.

A) Zavádění modelu CARE do praxe

Časová perspektiva práce s nástroji (subkapitoly 4.4.1, 4.4.2 a 4.4.3) ukázala související vztahy v prvním okruhu seznámení se pracovníka s modelem CARE a jeho nástroji v teorii i praxi (kapitola 4.4.1). Tematický okruh vychází ze zjišťování pocitů kompetentnosti pracovníka v dané metodě: vstupní školení a zdroje informací, jejich množství a hodnota a dovednost převést je do praxe. Obdobné vztahy zaznamenává i okruh zjišťování pocitů kompetentnosti pracovníka v dané metodě a důvěru v model CARE: naděje na dobrý výsledek, otevřenost a ochota učit se a přijímat nové věci a odpovědnost.

Bylo zjištěno, že při zavádění modelu CARE do praxe vstupní zdroje pracovníka souvisí s jistotou práce s nástroji. Míra otevřenosti a plné důvěry, kterou vyjádřila polovina respondentů, se však s konkretizací otázky snižuje. Autorka se domnívá, že tato výpověď shrnuje důvěru pracovníků v model CARE, a to bez praktického potvrzení tohoto jejich předpokladu. Jako zajímavé hodnotí, že druhá polovina respondentů, vyjadřujících v počátku práce s nástroji opak, tuto svoji pozici s nabytou praxí s nástroji zcela přehodnotí. Je tomu tak i přesto, že se metodicky a procesně u těchto týmů nic nezlepšilo. Respondenti uvádí, že je přesvědčena až samotná zkušenost při práci s nástroji. Nástroje tedy plnily svoji funkci. Zhodnocení a doporučení k další praxi lze shrnout přílohovou tabulkou (*Tabulka 3*), jež je nedílnou součástí této práce. Ta nabízí pohled zapojených respondentů v prvních dvou sloupcích. Třetí sloupec doplňuje autorka s podporou v teoretické části práce (subkapitola 2.3.4) a svou zkušeností.

¹²⁸ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 105. ISBN 978-80-7367-485-4.

B) Souhrn a rozbor přínosů a nedostatků nástrojů Osobní profil, Osobní plán, Plán časných varovných příznaků – Semafor a doporučení dobré praxe

Tematický okruh shrnuje a interpretuje zjištěné přínosy komentářem, pokud je ho třeba, a přehledové tabulky přínosů jsou přílohou této práce (*Tabulka 4, Tabulka 6, Tabulka 8*). Z rozboru dat vyplynulo, že pracovníky popisované přínosy jednotlivých nástrojů do značné míry korespondují s řídicími principy a vizí modelu CARE (kapitola 2.2). Zotavení, orientace na přítomnost, podpůrný vztahový přístup i silné stránky a zplnomocnění lze najít u všech hodnocených nástrojů, nejvýrazněji však u nástroje Osobní profil.

U popsáných nedostatků se zaměřuje na možnou příčinu a pokouší se nabídnout řešení pro další praxi. Tato řešení (nabídka možného odstranění nedostatku) mají své pravidelnosti, jakési klíče. Pro snazší orientaci v datech dále uvedených proto kapitola používá toto označení.

Klíč 1 koresponduje s nalezeným řešením v Metodice CARE (kapitola 2.3). Autorka se domnívá, že daný nedostatek by se dal odstranit metodickým doporučením. Tento klíč v kontextu dané práce a popisované praxe pracovníků souvisí samozřejmě vždy také s okruhem A) Zavádění modelu CARE do praxe a hledat lze i zde doporučení pro další praxi s nástroji, zároveň tedy může být také vysvětlující a umožňující odstranění daného nedostatku.

Klíč 2 Souvisí s praxí komunitního týmu a celé organizace. Řešením k odstranění nedostatku by byla úprava metodiky komunitního týmu/centra duševního zdraví. Zjištěno bylo, že pokud metodika, pokyny a pravidla týmu nekorespondují s Metodikou CARE, reprezentují se tyto následně jako nedostatky jednotlivých nástrojů. Doporučením by tedy bylo promítnout některá praktická data a informace do této metodiky.

Nejvýraznější příklad v této oblasti je frekvence revidování a aktualizace Osobního profilu a Osobního plánu, způsob vedení dokumentace (tištěná, nebo elektronická forma) a povinnost protikrizového plánování. Časové limity tvorby, aktualizací a hodnocení jednotlivých dokumentů jsou dána metodikou komunitního týmu, obvykle s frekvencí tří měsíců a jsou v nesouladu s dobrým chápáním a potřebami Metodiky CARE. Klíč v kontextu opět souvisí s okruhem A) Zavádění modelu CARE do praxe, a i zde lze opět najít doporučení pro praxi.

Klíč 3 – Zde se daný nedostatek, nefunkčnost či problém se vyřešily praxí a používáním nástroje. Lze usoudit, že je to dáno kombinací kvality nástrojů,

podporou přístupu zaměřeném na zotavení dané organizace, a v neposlední řadě lidsko-profesní kvalitou zapojených pracovníků.

Osobní profil

Odpovědi respondentů z hlediska nabyté praxe a z hlediska požadavku na vymezení nejvýznamnějšího přínosu nástroje jsou uvedeny v příloze (*Tabulka 4*). Následující tabulka (*Tabulka 5*) shrnuje odpovědi respondentů z hlediska nabyté praxe s nástrojem na jeho nedostatky a z hlediska požadavku na vymezení nejvýznamnějšího nedostatku nástroje s následným porovnáním s teoretickou částí této práce a s případným doporučením ke zlepšení.

Nástroj Osobní profil byl pracovníky celkově hodnocen velmi dobře, a to spolu s Osobním plánem. Při reflexi práce s ním zmínili respondenti významně více přínosů než na začátku. Volně asociovaná adjektiva byla všechna s pozitivní konotací a pracovníci projevili přání s nástrojem pracovat i nadále. Tento fakt podporuje také doporučení teoretického podkladu práce (kapitola 2.1.3).

Osobní plán

Vzhledem k tomu, že z výpovědí respondentů shodně vyplývá, že Osobní plán byl obdobného charakteru a struktury jako individuální plán používaný v období před zavedením nástroje do praxe, tabulky (opět uvedeny přílohou) shrnují jeho přínosy (*Tabulka 6*) a nedostatky (*Tabulka 7*) a zaměřují se na případná vysvětlení či doporučení do praxe.

Plán časných varovných příznaků – Semafor

Přínosy a nedostatky nástroje Plán časných varovných příznaků – Semafor (uvedeno přílohou *Tabulka 8*, *Tabulka 9*) s oporou v teoretické části práce a s případným vysvětlením a doporučením do praxe reflektují mimo jiné také fakt, že s uvedeným nástrojem nepracovali zcela všichni respondenti. Ti se tedy vyjadřovali čistě teoreticky a z hlediska hodnocení jakéhokoliv protikrizového plánovacího nástroje. Výhody obecně lze shrnout v možnosti včasného rozpoznání krize a nabízení pomoci při jejím předcházení a nejsou zahrnuty do dalšího popisu.

Hodnocení nástrojů Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor zobrazuje přínosy, jež jsou v souladu s řídicími principy a vizí modelu CARE. Paradigma zotavení, podpůrný vztahový přístup i orientace na přítomnost, silné stránky a zmocnění klienta lze v uvedených přínosech dohledat, dokonce u Osobního profilu a Osobního plánu výrazněji než u posledního hodnoceného nástroje. Přínosy i nedostatky pohledem pracovníků

zobrazují respekt k přání klienta, snahu o zaměřenost na jeho cíle s tendencí k jeho aktivnímu zapojení do běžného života. Viditelná je vůle i následná skutečná práce s rodinou, blízkými, ale i s širším okolím klienta. Zmíněno je také zaměření na práci s prostředím a s přirozenými zdroji, zaměření se na co nejvíce oblastí jeho života. V neposlední řadě sem patří i přirozené chtění a zvědavost poznat klienta a porozumět mu, vytvořit s ním podpůrný vztah.

Prezentované nedostatky nástrojů by mohly zrcadlit ambivalenci v přebírání odpovědnosti a kontroly (zejména v situacích potenciálního ohrožení zdraví a života klienta) umožnění vlastního sebeřízení a samostatnosti klienta. Viditelné jsou zejména u hodnocení nástroje Plán časných varovných příznaků – Semafor. Samotné úvahy pracovníků a aktivita při hledání řešení těchto jejich profesních dilemat lze hodnotit pozitivně. Zlepšení praxe v práci se zranitelností, ve vedení klienta k samostatnému zvládnání psychických problémů a s tím souvisejícím tématem přebírání odpovědnosti a nesoulad s přáními a cíli klienta, by mohlo být předmětem rozvoje těchto týmů do budoucna.

Vliv modelu CARE a práce s nástroji na osobně-profesionální seberozvoj pracovníků ukázal (jak bylo přehledově vidět i výše u přínosů jednotlivých nástrojů) u některých respondentů změnu úhlu pohledu na silovou vazbu pracovník – klient, vystupující zřetelnost a akcentaci práce s klientem a nikoliv pro/za klienta a potvrdil význam práce tady a teď. Vliv modelu také ukázal a posílil práci s klientovými schopnostmi, možnostmi a zkušenostmi. Rovněž zlepšil dovednosti pracovníků strukturovat a formulovat otázky a zároveň se nad nimi zamýšlet. V neposlední řadě dodal pracovníkům sebedůvěru.

5. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo v daném rozsahu zjistit, jaké mají vybrané nástroje (Osobní profil, Osobní plán a Plán časných varovných příznaků – Semafor) modelu CARE přínosy a nedostatky v práci s klienty se závažným duševním onemocněním a nabídnout doporučení ke zlepšení jejich využívání.

Tento cíl se autorka snažila naplnit jednak studiem odborných zdrojů, přičemž získané poznatky shrnuje teoretická část práce, zejména pak zprostředkováním pohledu sociálních pracovníků, jež byli vybráni předem určujícími kritérii, a to s akcentací délky kontinuální praxe práce s nástroji. Prezentace jejich hodnocení je výsledkem kvalitativního šetření, které spočívalo v rozboru osmi semistrukturovaných rozhovorů s těmito respondenty. Data byla následně porovnávána s teoretickou částí práce, byla formulována do dvou výsledných okruhů, které vedly k implikaci doporučení ke zlepšení využívání nástrojů v praxi.

Autorka se domnívá, že se jí, vzhledem ke konkrétnosti vyhodnocených dat, podařilo vytyčeného cíle dosáhnout. Zároveň si je vědoma faktu, že podpůrný vztahový přístup modelu CARE by bylo přínosné hodnotit rozsahově obsáhlejšími studii, či ještě lépe výzkumy, zaměřujícími se na péči podporující zotavení v České republice a doufá v posílení a rozvoj tohoto myšlenkového směru i do budoucna nejen kvůli samotným lidem se závažným duševním onemocněním, ale také kvůli pracovníkům pomáhajících profesí.

Seznam literatury

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). *ÚZIS* [online]. 2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>
- ANTHONY, W. A. a R. P. LIBERMAN. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* . Pub.Med.gov, 1986, **12**(4), 542-59. Dostupné z: doi:10.1093/schbul/12.4.542
- CARe Česká republika: CARe neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. ©2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>
- Crisis Plan 2012: Manual. *Mentalhealthrecovery.com* [online]. 2012 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <http://www.mentalhealthrecovery.com/recovery-resources/documents/CrisisPlan2012Manual.pdf>
- DEN HOLLANDER, Dirk. The Development of CARe Methodology in the Netherlands and other countries.: CARe Methodology: From The Eighties Into The New Century. *Thecare-network* [online]. ©2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.thecare-network.com/research>
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-4826-9.
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-736-7815-9.
- GIJZEL, van Sascha, Jean Pierre WILKEN a Cora BRINK. Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen: Werkblad beschrijving interventie. *Trimbos.nl* [online]. 2013 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.trimbos.nl/docs/f0df52f5-ccee-4358-974d-91f02ddf160d.pdf>
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena a Karel NEPRAŠ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

Hodnoty Fokusu Praha. *Fokus Praha* [online]. 2022 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/component/content/article/22-aktuality/398-hodnoty-fokusu-praha-ocima-hr?Itemid=509>

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. *Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022. ISBN 978-80-908458-5-5.

HOLLANDER, Dirk den, PÁV, Marek a Jean Pierre LAMBERT. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFFER, Jan a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-X.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-181-6.

KRBCOVÁ-MAŠÍNOVÁ, Lenka, PFEIFFER, Johan, PAPEŽOVÁ, Simona a kol. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Evropská Unie, Evropský sociální fond, Operační program zaměstnanost, 2020. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE DUBEN 2017. *Reformapsychiatrie.cz* [online]. 2017 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 8024711516.
- MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0018-5.
- Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. *MZČR* [online]. 2021 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-136-24.
- MURRAY, C. J., LOPEZ, A. D. *Global Burden of Disease*. WHO, 1996 In RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.
- NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020-2030. *MZČR* [online]. 2020 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
- PÁV, Marek, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJSZLOVÁ, Jana a ŠTASTNÁ, Jana. *Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici*. In *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2017, **18**(2). s. 69.
- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PĚČ, Ondřej. *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008. Dostupné z:

<https://docplayer.cz/3145960-4-psychiatricka-rehabilitace-a-komunitni-pece-o-dusevne-nemocne.html>

PEDERSEN, Geir and Sigmund KARTERUD. The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale, *Comprehensive Psychiatry*, **53**(3), 2012, s. 292-298, ISSN 0010-440X.

Podporované zaměstnávání metodou Individuální umístění a podpora (IPS): Metodický materiál. *Docplayer.cz* [online]. 2015 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1530860-Podporovane-zamestnavani-metodou-individualni-umisteni-a-podpora-ips-metodicky-material.html>

PRAŠKO, Ján. 2001. *Někteří pacienti zvládnou své problémy sami*. In HUČÍN, Jakub. *Hovory o psychoterapii: péče o duši současného člověka*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-525-3.

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

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.

RUGGERI, M., LEESE, M. THORNICROFT, G., BISOFFI et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 2000, **177**, s. 149-155.

SLADE, M. 100 způsobů, jak podporovat zotavení – průvodce pro odborníky působící v oblasti podpory duševního zdraví. *Cmhcd* [online]. 2013 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/publikace/>

SPANIOL, L. WIWIORSKI, N., GAGNE, C. and W. A. ANTHONY. The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 2002, **14**, s. 327-336.

Strategie reformy psychiatrické péče. *MZČR* [online]. 2013 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na období 2023-2025. 2022. Středočeský kraj. s. 88.

THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

Přílohy

Příloha A: Profilace respondenta	67
Příloha B: Nejvýznamnější přínosy a nedostatky nástrojů pohledem pracovníka	68
Příloha C: Zavádění modelu CARE do praxe	70
Příloha D: Přínosy Osobního profilu pohledem pracovníka	72
Příloha E: Nedostatky Osobního profilu pohledem pracovníka a řešení.....	73
Příloha F: Přínosy Osobního plánu pohledem pracovníka	76
Příloha G: Nedostatky Osobního plánu pohledem pracovníka a řešení	77
Příloha H: Přínosy Plánu časných varovných příznaků – Semafor pohledem pracovníka	78
Příloha I: Nedostatky Plánu časných varovných příznaků – Semafor pohledem pracovníka a řešení.....	79
Příloha J: Osobní profil	80
Příloha K: Osobní plán	81
Příloha L: Plán časných varovných příznaků	82
Příloha M: INFORMOVANÝ SOUHLAS	83
Příloha N: Osnova rozhovoru	84
Příloha O: Volná asociace adjektiv – přepisy rozhovorů.....	85
Příloha P: Přepisy rozhovorů.....	86

Příloha A: Profilace respondenta

Tabulka 1

Lada	- 43 let, sociální pracovnice (VŠ sociální práce) - vedoucí - praxe s cílovou skupinou 17 let - praxe s nástroji 6 let	Rozhovor 1
Sabina	- 33 let, sociální pracovnice (VOŠ sociálně-právní, aktuálně studentka adiktologie) - case managerka - praxe s cílovou skupinou 10 let - praxe s nástroji 5 let	Rozhovor 2
Dan	- 61 let, sociální pracovník (VŠ sociální práce) - case manager - praxe s cílovou skupinou 20 let - praxe s nástroji 6 let	Rozhovor 3
Jana	- 70 let, sociální pracovnice (SŠ sociální práce) - case managerka (plus zaměření na práci s rodinou) - praxe s cílovou skupinou 47 let - praxe s nástroji 6 let	Rozhovor 4
Karel	- 31 let, sociální pracovník (VŠ sociální a pastorační práce) - case manager (v minulosti peer konzultant) - praxe s cílovou skupinou 4,5 roku - praxe s nástroji 4,5 roku	Rozhovor 5
Dana	- 49 let, právnička – sociální pracovnice (VŠ) - case managerka - praxe s cílovou skupinou 2 roky - praxe s nástroji 2 roky	Rozhovor 6
Ivona	- 53 let, speciální pedagožka/psychoterapeutka – sociální pracovnice (VŠ) - case managerka - praxe s cílovou skupinou 5 let (zejména duální diagnózy) - praxe s nástroji 2 roky	Rozhovor 7
Aneta	- 38 let, sociální pracovnice (VŠ) - peer konzultantka - praxe s cílovou skupinou 9 let - praxe s nástroji 6 let	Rozhovor 8

Příloha B: Nejvýznamnější přínosy a nedostatky nástrojů pohledem pracovníka

Tabulka 2

Osobní profil přínos	<ul style="list-style-type: none"> - formuje důvěru, podporuje vztah - klíčový nástroj podporující práci se zdroji a silnými stránkami - informační hodnota: umožňuje široké mapování i do minulosti klienta a jeho hlubší poznání - nabízí sebereflexi pro klienta (potřeby, cíle, zdroje, možnosti) - zobrazuje příběh klienta, což je cenné i pro pracovníka - vyhledává přání - není anamnestický sběr dat, ale dialog, má rozhovorovou formu, a to pomáhá vztahu (není otázka a odpověď typu dotazníkového šetření)
Osobní profil nedostatek	<ul style="list-style-type: none"> - pro některé klienty zatěžující opakování informací o sobě - chybějící mapování závislostní problematiky a krizových situací (bylo doplněno metodičkou, ale v profilu není) - mapování rizik s dopadem neschopnosti rychlého a efektivního řešení týmu - nelogické řazení sloupců (minulost by měla být vlevo) - chybějící forma jednoduché vizualizace
Osobní plán přínos	<ul style="list-style-type: none"> - konkretizuje case managementovou práci a navádí k vycházení z přání klienta - dobrá časová ohraničenost a cílenost: jasně pojmenovává a časuje spolupráci - návaznost na Osobní profil a jednoduchost - posouvá klienta - přenáší na klienta odpovědnost a dává mu možnost spolupodílet se s pracovníkem na společné práci
Osobní plán nedostatek	<ul style="list-style-type: none"> - riziko přebírání odpovědnosti za plánování pracovníkem: v minoritních případech se obtížně formuluje tak, aby byl opravdu plánem samotného klienta - každý klient má své tempo plnění cílů a do například tříměsíční lhůty hodnocení se nevejdou - obtížné vydefinování plánu pro pracovníka nebo klienta
Plán časných varovných příznaků – Semafor přínos	<ul style="list-style-type: none"> - jasná informace pro tým co dělat a nedělat v případě zhoršení stavu klienta - návodná grafická úprava - včasné rozpoznání a pomoc při předcházení krize - převzetí do péče před případným zhoršením stavu s důsledkem hospitalizace

Plán časných varovných
příznaků – Semafor
nedostatek

- nesrozumitelnost otázek pro klienta
- obtížně vyplnitelný pro pracovníka z důvodů vystižení a formulování svého stavu klientem
- klient s ním nepracuje, ani jeho strukturu nevidí jako přínosnou
- složitost v rozlišení jednotlivých stupňů a schopnosti popisné sebereflexe
- klient, který nemá dostatek životních zkušeností a sebepoznání často neví, jak poznat zhoršení příznaků nemoci.
- obtížná domluva při výrazném zhoršení nad „nepopulárními“ kroky (návštěva psychiatra, hospitalizace)
- vyžaduje vysokou schopnost popisu a reflexe klienta

Příloha C: Zavádění modelu CARE do praxe

Tabulka 3

Hodnocení pracovníků	Co dalšího by jim mohlo pomoci	Co dále navrhuje autorka
- akreditované školení modelu CARE (účastnil se pouze jeden pracovník)	- důkladnější porozumění modelu CARE a důvody jeho zavedení	- akreditované školení modelu CARE. Optimálně dva pracovníci za tým (jeden z nich by měl být vedoucí/zástupce vedoucího/peer konzultant), tzv. „ambasadoři“ CARE - diskuse v týmu na téma hodnot modelu CARE - aktivní zapojení peer konzultanta při zavádění modelu CARE do praxe - podpora organizace v zavádění praxe zaměřené na zotavení do praxe
- školení od vedoucího týmu	- neměnit u nově zavedených nástrojů opakovaně pokyny pro jejich použití	- nastavení přípravné fáze před zavedením modelu CARE do praxe: alespoň dva měsíce před zavedením: diskuse v týmu o tvaru používaných nástrojů s prevencí jejich časté následné reformulace - základní metodické ukotvení nástrojů a principů do metodiky týmu s možností následné revize - korespondující ukotvení hodnot a principů v dokumentech organizace
- seznámení pracovníka s praktickou příručkou modelu CARE - prostor a podpora pro samostudium		- zajištění materiálně-technické: praktická příručka modelu CARE, příprava nástrojů a jejich propojení s evidenčním systémem týmu a s vedením dokumentace klienta - zajištění času pro pracovníky na studium a samostudium

- opakované zaškolení	- více než 1–2 vstupní zaškolení	- podpora pracovníků „ambasadorů“, vedením, peer konzultantem - koordinace a zajištění pravidelných vzdělávání
- intervize	- supervize	- intervize, supervize - metodická podpora koučování a intervize certifikovaným koučem modelu CARE
- týmové porady na dané téma	- pravidelné týmové porady se zaměřením na práci s nástroji (rozbor, reflexe)	- „ambasadorů“ vedené tematické porady se zaměřením na práci s nástroji (rozbor, reflexe) - řízení porad a zajištění jejich pravidelnosti
- zkušený kolega, tým - náslechy		- podpora pracovníků „ambasadorů“: náslechy, sdílení a reflexe dobré praxe se zapojením peer konzultanta
- vlastní práce s nástroji v praxi		- pravidelná reflexe a sdílení dobré praxe práce s nástroji mezi pracovníky

Příloha D: Přínosy Osobního profilu pohledem pracovníka

Tabulka 4

Začátek práce s nástrojem	Praxe a reflexe práce s nástrojem
- cílené mapování	- cílenost mapování - informační hodnota: umožňuje široké mapování i do zdrojů v minulosti klienta a jeho hlubší poznání
- obsahuje přání	- vyhledává přání
- směřuje práci na cíli a umožňuje jejich dobré nastavení	- jasné zaměření na obsah a formu spolupráce
- pomáhá zvědomit pracovníkovi, že cíl patří klientovi	- zřetelné označení toho, co klient chce
- umožňuje snadnější navázání vztahu a vytvoření důvěry	- klíčová role při seznámení se s klientem a vybudováním vazby - formuje důvěru mezi klientem a pracovníkem, podporuje jejich vztah
- zaměřenost na silné stránky, kompetence a odpovědnosti	- práce se zdroji a silnými stránkami jako pomoc pro pracovníka v další spolupráci s klientem
- není anamnestický	- není anamnestický sběr dat, ale dialog. Tento rozhovor pomáhá vztahu
- práce dvojice pracovníků	
- jasná struktura formuláře - vymezení na oblast minulosti, současnosti i budoucnosti	- přínosy v práci s časovými doménami - možnost nahlédnout do klientovy minulosti
	- rychlost a jednoduchost při jeho vyplnění
	- dobrá struktura spočívající v rozlišení osobních a životních domén
	- dobrá srozumitelnost pro klienta a
	- přijetí nástroje klientem
	- zobrazuje příběh klienta což je cenné pro klienta i pracovníka
	- nabízí sebereflexi pro klienta (potřeby, cíle, zdroje, možnosti)

Příloha E: Nedostatky Osobního profilu pohledem pracovníka a řešení

Tabulka 5

Začátek práce s nástrojem	Praxe a reflexe práce s nástrojem	Řešení
- pochyba, zda se pracovník dokáže správně zaměřit na silné stránky a zdroje klienta: zeptat se na ně, pojmenovat je a zda s nimi bude umět pracovat	- shoda v jistotě v práci, ve způsobu formulace otázek zaměřených na zdroje a silné stránky, vyjadřují oblibu nástroje a radost z práce	- <i>klíč 3</i> pracovníkům se podařilo praxi s nástrojem otevřít možnosti práce se zdroji a silnými stránkami, osvojili si techniky vedení rozhovoru - <i>klíč 1</i> praktické nácviky pracovníků s maticí silných stránek dle metodiky. Zahrnuje také okruh A) doporučení v důsledné přípravě před zavedením nástrojů do praxe
- nejistota v přínosu mapování v oblasti minulosti a přítomnosti pro klienta	- přeškálování pracovníků do výhod, viz předchozí tabulka	- <i>klíč 3</i> lze nabídnou vysvětlení praxi práce s nástroji. Pracovníci zjistili, že se jedná o Osobní profil silných stránek, nikoliv anamnestický sběr dat
- logika řazení sloupců (minulost, přítomnost, budoucnost)	- minulost by měla být vlevo - chybějící forma jednoduché vizualizace	- <i>klíč 1</i> dle metodiky nezáleží na řazení sloupců, vybírá klient, stejně jako oblasti (lze hodnotit s klientem jednotlivé oblasti body a až následně vybírat, případně je doporučeno začínat budoucností, pokud je klient bez preferencí)
- nutnost používat osobní profil jako formulář jak z hlediska klienta, tak pracovníka (pracovník nestihá a nepamatuje si všechny oblasti, pracuje se ve dvojici)	- používání formuláře pracovníkem nevyhovuje některým klientům (stejně jako jakýkoliv jiný formulář)	- <i>klíč 1</i> dle metodiky Osobní profil klienta nemusí být složitý, záleží na klientovi. Formulář nemusí vyplňovat pracovník, ale optimální je, pokud jej vyplňuje klient - <i>klíč 2</i> - lze upravit metodiku týmu s vymezením jakou podobu a formu mapování může mít

<p>- obtížnost vysvětlení práce s nástrojem klientovi (nedůvěra pracovníka)</p>		<p>- <i>klíč 1</i> zahrnující také oblast A)</p>
<p>- klient nemá žádné přání, představu a vizi do budoucna</p>		<p>- <i>klíč 1</i> zahrnující také oblast A) popisuje možné způsoby hledání silných stránek: životní příběh, příběh zotavení. Pokud je klient ochotný tuto svoji schopnost začít znovu aktivně objevovat, a i pracovník věří v klienta. Lze využít plán Osobní podpory. Zde lze doporučit důslednější práci s metodikou, která na tyto situace myslí a popisuje je</p> <p>- <i>klíč 2</i> propojení s metodikou týmu v popisu situací, kdy pracovník má povinnost s klientem mít mapování (jednání se zájemcem) a smlouvu a plán a kdy nikoliv. Vzniká tak zbytečný tlak na pracovníka na „výkon“ a následně může být přenášen na klienta</p>
<p>- klient s paranoiou</p>		<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A)</p> <p>- <i>klíč 2</i>, bylo by vhodné také zahrnout do metodiky týmu: doporučení v této fázi tedy profil nedělat, zaměřit se na podpůrný vztahový přístup a navázání důvěry. Opět zde tlak na zmapování klienta do určitého času (výstupy), práce by měla obsahovat rysy přítomnosti – ne vždy je nutno něco dělat</p>
<p>- absentujícího hodnocení rizik a limitů</p>	<p>- chybějící mapování rizik s dopadem neschopnosti rychlého a efektivního řešení případně nastalé situace</p> <p>- chybějící mapování závislostní problematiky a krizových situací</p>	<p>- <i>klíč 1</i> zahrnující také okruh A v souvislosti s tímto také souvisí s problematikou nástroje protikrizového plánování (Plán časných varovných příznaků – Semafor). Doporučeno by mohlo být sestavení</p>

		<p>podrobného přehledu příznaků stresu</p> <p><i>klíč 2</i> doporučené postupy práce komunitního týmu, lze vymezit situace ohrožení zdraví či života klienta, krizovou intervenci, asertivní kontakt a následně formulovat základní postupy, např. supervizně se v týmech více zaměřit na práci s úmrtím klienta a možnostmi jeho preventování. Popis limitů a hranic. Zapojovat v této souvislosti ambulantní psychiatry, případně psychiatrické nemocnice.</p>
- velký rozsah formuláře pro klienty	- pro některé klienty je zatěžující opakování informací o sobě mnoha pracovníkům	<p>- <i>klíč 1</i> zahrnující také okruh A) Osobní profil nemá a nemusí být vyplněn jako „formulář“, během jednoho setkání, je třeba se také přizpůsobit tempu klienta</p> <p>- <i>klíč 2</i> zahrnout postup také do metodiky týmu</p>

Příloha F: Přínosy Osobního plánu pohledem pracovníka

Tabulka 6

Začátek, praxe a reflexe práce s nástrojem
- je podobný dříve používanému plánu, funguje
- přehledné a konkrétní individuální plánování, které navádí k vycházení z přání klienta
- dobrá časová ohraničenost a cílenost: jasně pojmenovává a časuje spolupráci
- konkretizuje práci case managera
- návaznost Osobního plánu na Osobní profil
- otevírá a akcentuje téma zapojení blízkých do spolupráce
- je výhodný v práci s krátkodobými i dlouhodobými cíli kvůli zřetelnosti posunů či stagnací ve spolupráci.
- akcentuje zapojení a odpovědnost klienta
- zmocňuje klienta a dává mu možnost podílet se s pracovníkem na společné práci

Příloha G: Nedostatky Osobního plánu pohledem pracovníka a řešení

Tabulka 7

Začátek, praxe a reflexe práce s nástrojem	Řešení
<p>- obava z nadměrné administrativní zátěže pracovníka: obava z časté povinnosti plán revidovat a nedodržení této povinnosti problémy s tvorbou krátkodobých plánů detailnost Osobního plánu riziko přebírání odpovědnosti za plánování pracovníkem (klient má své tempo) pod tlakem povinnosti plán revidovat každé tři měsíce obava pracovníka i zkušenost z nedodržení povinnosti mít s klientem kontinuální a funkční individuální plán v průběhu celé spolupráce</p>	<p>- <i>klíč 2</i> úprava metodiky týmu tak, aby korespondovala jak s metodikou CARE, tak se zákonem č. 108/2006 Sb., sladit povinnost aktualizace Osobního plánu jednou za tři měsíce se skutečnými potřebami klienta a s metodikou CARE. Administrativně by se pracovníci dali odbřemenit vedením pouze elektronických záznamů a nikoliv tištěných. Rizikem neřešení této situace je, že se Osobní plán změní v pouhý teoretický dokument. Pracovník pak plánuje práci s klientem do intervencí, jež má povinnost zapisovat a může se od cíle spolupráce snadno odchýlit. Dokumentaci tak vede zároveň duplicitně, což zátěž zvyšuje. Návrh řešení by tedy mohl zahrnovat jednak pouze elektronicky vedenou dokumentaci a dále sjednocení záznamu o průběhu intervence s Osobním plánem (nedocházelo by k duplicitám)</p>
<p>- jak správně formulovat potřeby v jednotlivých oblastech.</p>	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A)</p>
<p>- způsob a forma zapojení blízkých do spolupráce</p>	<p>- <i>klíč 2</i>, zapojení rodiny a blízkých do spolupráce a vedení evidence o nich tak aby bylo v souladu s cílem spolupráce s klientem</p>
<p>- změny v pravidlech i ve formuláři při zavádění nástroje</p>	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A)</p>
<p>- obtíže v navazování Osobního plánu na Osobní profil</p>	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A)</p>
<p>- nepochopení klientů nad opakováním otázek na přání, čeho chce klient dosáhnout a proč je to pro něj důležité (vnímání otázek jako totožných)</p>	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A)</p>
<p>- obavy klienta z nesplnění cíle a ze selhání, neznalost cíle klienta, nemotivovanost ke spolupráci</p>	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A), využití Plánu osobní podpory</p>

Příloha H: Přínosy Plánu časných varovných příznaků – Semafor pohledem pracovníka

Tabulka 8

Začátek, praxe a reflexe práce s nástrojem
- dobrá vizualizace (barevné rozlišení) funkční jak pro klienty, tak pro pracovníky
- jasná informace pro tým co dělat a nedělat v případě zhoršení stavu klienta
- zaměření péče před případným zhoršením stavu s důsledkem hospitalizace

Příloha I: Nedostatky Plánu časných varovných příznaků – Semafor pohledem pracovníka a řešení

Tabulka 9

Začátek, praxe a reflexe práce s nástrojem	Řešení
<p>Otázky</p> <ul style="list-style-type: none"> - složitost a nesrozumitelnost pokládaných otázek jak pro klienty, tak pro pracovníky - jejich repetitivnost - obtížná vyplnitelnost pro pracovníka z důvodů vystižení a formulování svého stavu klientem 	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A), použít před vytvořením plánu s klientem podrobný přehled příznaků stresu a toho, jak na ně reaguje. Příznaky tělesné, kognitivní, emocionální. Případně seznam všech příznaků, které se přiřadí k barvám semaforu.</p>
<p>Popis</p> <ul style="list-style-type: none"> - obtížnosti v pojmenování a popisu stavů mezi jednotlivými fázemi, pro některé klienty pak i popis fází samotných a celkově schopnost popisné sebereflexe 	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A)</p>
<p>Chybějící náhled klienta</p> <ul style="list-style-type: none"> - akcentace hlavního faktoru bez kterého tento nástroj dle pracovníků nefunguje - neochota ke spolupráci, nemotivovanost - klient s nedostatkem životních zkušeností a sebezpoznaní a v důsledku často ani neví, jak zhoršení příznaků nemoci pozná - klient s nástrojem nepracuje, nevidí přínos 	<p>- <i>klíč 1</i>, zahrnující také oblast A) s dalším doporučením toho konzultovat s certifikovanými kouči modelu CARE</p> <p>- <i>klíč 2</i>, v metodice týmu zdůraznit, že není povinností (pokud to v danou chvíli není vyhodnoceno jako možné a přínosné) dělat s klientem tento plán a zároveň rekapitulovat jeho přínosy pro klienta: podpora ve zvládnání psychických problémů samostatně.</p>

Příloha J: Osobní profil

OSOBNÍ PROFIL © J.P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)	Jméno:	
Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti	Přání a ambice	Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti
	Bydlení	
	Práce, zaměstnání	
	Učení se – vzdělávání se	
	Rekreace – volný čas	
	Zdraví a pocit pohody	
	Péče o sebe a o ostatní	
	Vztahy	
	Bezpečí	
Která přání jsou pro mě nejdůležitější?		

Příloha K: Osobní plán

OSOBNÍ PLÁN © J.P. Wilken a D. den Hollander (2010)		Jméno:		
		Datum:		
<i>Čeho chci dosáhnout (cíl):</i>				
<i>Proč je to pro mě důležité:</i>				
Co dělám já	Co dělají ostatní	Kdy chceme cíle dosáhnout	Datum, kdy jsem cíle dosáhl	Poznámky
1.				
2.				
3.				
4.				

Příloha L: Plán časných varovných příznaků

PLÁN ČASNÝCH VAROVNÝCH PŘÍZNAKŮ © J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011; založeno na Van der Werf e. a., 1998)		Jméno: Datum sestavení plánu: Datum vyhodnocení:		
<i>Fáze</i>	<i>Příznaky, jak je vnímám já</i>	<i>Příznaky, jak je vidí ostatní</i>	<i>Co mám udělat já</i>	<i>Co mají udělat ostatní</i>
Zelená				
Oranžová				
Červená				
<i>Důležité informace</i>				

Příloha M: INFORMOVANÝ SOUHLAS

V souladu se zásadami etické realizace šetření pro účely bakalářské práce *Model komplexní psychosociální rehabilitace CARE v praxi komunitního týmu organizace pracující s lidmi s duševním onemocněním* Vás prosím o souhlas s účastí v něm.

Niké Christodulu

Souhlas respondenta:

Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí v šetření a jsem si vědom/a faktu, že již zpracovaný a odevzdaný rozhovor není možné po vypovězení souhlasu odstranit. O cíli a postupu tohoto šetření jsem byl/a dostatečně informován/a. Moje účast je dobrovolná a řádně uvážena. Měl/a jsem možnost s předstihem získat všechny podstatné informace o šetření a byly mi zodpovězeny případné otázky. Tematická osnova rozhovoru mi byla zaslána před jeho samotným uskutečněním.

Svým podpisem dávám souhlas se správou, zpracováním i uchováním svých osobních, popřípadě citlivých osobních údajů za výše uvedeným účelem a následným publikování výsledků. Pro účely zveřejnění šetření budou data anonymizována.

Jméno a příjmení:

Datum: Podpis:

Příloha N: Osnova rozhovoru

<p>Profilace respondenta</p>	<p>- Jaká je Vaše profese (vzdělání) a kolik je Vám let? - Jaká je Vaše pozice v týmu? - Kolik let pracujete s lidmi se závažným duševním onemocněním a kolik let s vybranými nástroji modelu CARE?</p>
<p>Nástroje – přínosy a nedostatky</p>	<p>1. Seznámení s modelem CARE a jeho nástroji, první zkušenosti s klienty. 1. A Zkuste se vrátit k momentům prvního seznámení se s metodikou CARE a s jejími používanými nástroji (Osobní profil, Osobní plán, Plán časných varovných příznaků – Semafor). Jaké to pro Vás bylo? - Měli jste dostatek informací a jak jste je získali? - Věřili jste jí? - Měli jste pocit, že bude mít nějaké výsledky při Vaší práci s klientem? - Věděli jste, jak převést Vaše teoretické znalosti do praxe? - Byli jste nové metodě otevření a ochotní přijmout odpovědnost, nebo převládaly pocity povinnosti z nařízení používání nových nástrojů? Jinak? 1. B Vzpomeňte si na začátky práce s nástroji s Vašimi klienty. Co Vám vyhovovalo, zdálo se být přínosné? Co naopak působilo nejasně či nesrozumitelně? Byli jste s nástroji v nějakém ohledu v nesouladu? 2. Jak byste popsal situaci v období, kdy jste již měli s nástroji, dle Vás, dostatečnou praxi? 3. V průběhu letošního roku se v organizaci začal pro mapování používat jiný povinný nástroj, nahradil tedy Osobní profil a ten zůstal pouze jako doplňkový, doporučený. Zkuste popsat, v čem nacházíte výhody a nevýhody Osobního profilu ve srovnání s novým nástrojem? 4. Můžete volně asociovat několik adjektiv k níže uvedeným nástrojům? Osobní profil... Osobní plán... Plán časných varovných příznaků... Můžete uvést u každého z nástrojů alespoň jeden přínos a jeden nedostatek? 5. Co dalšího se Vám vybavuje při reflexi práce s metodikou CARE z hlediska jejích přínosů a nedostatků? 6. Setkali jste se v průběhu práce s nástroji s nějakými limity? Došli jste někdy na hranice možností, případně za ně?</p>

Příloha O: Volná asociace adjektiv – přepisy rozhovorů

Volná asociace adjektiv k nástroji Osobní profil

(Sabina: „*Zaměřený na zdroje a silné stránky, komplexní a zvědomující.*“)

(Dana: „*Přehledný, užitečný, obsáhlý.*“)

(Jana: „*...důkladné mapování...*“)

(Lada: „*Rychlý, stručný, názorný, seznamující, mapující, navazující.*“)

(Karel: „*Důstojný, citlivý, zplnomocňující.*“)

(Dan: „*Skvělý, bohatý, přínosný, hravý i logický.*“)

(Aneta: „*Funkční, přehledný, srozumitelný, vypovídající, nápomocný, pestrý a rozmanitý.*“)

(Ivona: „*Individuální, konkrétní, kvalitní, vystihující, respektující, klíčový.*“)

Volná asociace adjektiv k nástroji Osobní plán

(Sabina: „*...výstižný, konkrétní, strukturovaný...*“)

(Jana: „*...je konstruktivní, posunující klienta...*“)

(Lada: „*krátkodobý, dlouhodobý, cílený, schodový, provádějící...*“)

(Dan: „*Nutný, integrální, metodický.*“)

(Aneta: „*Konkrétní, jasný, jednoduchý, měřitelný.*“)

(Ivona: „*Konkrétní, jasný, stručný, výstižný, aktuální, aktivizující, podpůrný.*“)

(Dana: „*Podrobný a rozkrokováný.*“)

Volná asociace adjektiv k nástroji Plán časných varovných příznaků – Semafor

(Sabina: „*Otravný, matoucí, nechtěný.*“)

(Jana: „*... je preventivní, bohužel nutný, důležitý, užitečný...*“)

(Lada: „*...podpůrný, pojmenovávající, upřímný, preventivní...*“)

(Karel: „*...když to klient vidí, tak v podstatě hned chápe, o co jde....*“)

(Dan: „*Složité.*“)

(Ivona: „*Potřebný, důležitý, odpovídající, relevantní, nápomocný.*“)

(Aneta: „*Nevhodný pro naši cílovou skupinu“.*)

Příloha P: Přepisy rozhovorů

Rozhovor 1: respondentka Lada (L), tazatelka (T)

T: „Můžeš mi říct, kolik let už seš ve Fokusu a jak dlouho děláš s CAREm? Taky doplníme, kolik je Ti let, cos studovala a že vedeš tým.“

L: „Jasný. Ve Fokusu jsem už strašně dlouho, ani nepamatuju kolik, asi sedmnáct roků. S CAREm dělám od začátku, a to bude kolik, od roku sedmnáct, takže šest let. Je mi teď 43 a dodělávala jsem školu na dálku. Vystudovala jsem v Příbrami, mám bakaláře sociální práce a pak jsem ještě zdravotní sestra, ale nemám certifikát, nedělám to už dlouho...No a vedu mělnickej tým. Taky už dost dlouho, osm let.“

T: „Vím, že je to už delší doba, ale když se zkusíš zamyslet nad tím, jaký pro Tebe bylo první setkání se s modelem CARE, jaký jsi z toho měla dojmy, jak to na Tebe působilo? Z teorie nebo třeba z nástrojů.“

L: „Tak začnu profilem, bylo to něco úplně novýho, prostě super...oproti dosavadnímu mapováku. Vybavuju si, že se mi líbilo, že to bylo hodně zaměřené na zdroje a silný stránky a že to pokrývalo všechno. Jak to má klient tady a teď a co by si přál do budoucna. Hodně mě to bavilo, že taky vidíme i do minulosti, a to může spoustu věcí odhalit a pomoci pochopit. Pak se dobře nastavují cíle spolupráce, je to jasný a důležitý. Bez profilu by spolupráce nebyla tak strukturovaná.“

T: „A co třeba Plán a Semafor? Jak to vypadalo tam?“

L: „Tak my jsem svým způsobem takhle pracovali v rámci plánování už dřív, ale byla pro mě nová otázka, jak víc zapojit do spolupráce tu sociální síť klienta a taky jak to mám udělat...hlavně když jim jdou zakázky proti sobě, anebo když klienti nechtějí. Dost jsme na to předtím zapomínali, nebo ne, ale nebyl čas a když nebyl aktivní klient, nedělo se moc nic...to se pak změnilo. U Semaforu to byla spíš taková nějaká naděje na něco novýho, pro klienty srozumitelnějšího. Kde se budou líp orientovat a budou umět líp pracovat s krizí. Jo a nejenom klienti, i pracovníci.“

T: „A co metodika, máš pocit, žeš měla dost informací do začátku, jaký to pro Tebe bylo?“

L: „Já myslim, že jsem měla velikou výhodu a jinou pozici v tom, že jsem mohla být na velkym školení od CRPDZ. To byl hnací motor všeho pak a informací bylo hodně. Pak bylo těžší to zavádět a vysvětlovat do týmu, ale tak

to už je jiná otázka, na to se mě neptáš. Taky vlastně byly fajn materiály, co nám dali, a hlavně příručka.“

T: „Věřilas tomu?“

L: „No určitě! Moc se mi to líbilo a byla to fakt výzva, jak to postupně předávat do týmu.“

T: „Měla jsi pocit, že výsledky budou při práci s klientem nějak hmatatelný, dost konkrétní a že to bude fungovat?“

L: „Právě že jo, protože je to zaměřený na silný stránky klienta, na jeho kompetence a zvládání zodpovědnosti. Přemýšlela jsem, jak to budou mít lidi v týmu, že záleží na využití získaných informací, ale doufala jsem, že to výsledky mít v praxi bude, jinak bych do toho nešla.“

T: „A jak Ti šlo, když se zamyslíš, nad opravdu začátky práce s CAREm, to, co ses naučila na školení pak dělat v praxi?“

L: „Měla jsem informace ze školení, ale realita je pak jiná. Je to o tom to zkusit, zjistit, jak tomu rozumím a jak tomu rozumí klient. Pro mě bylo hlavní se nebát a mít v hlavě, že když se na něco zapomenu zeptat, nebo něco klientovi říct, nějakou informaci, můžu to klientovi říct nebo udělat na další schůzce. Důležité bylo věřit tomu a zkoušet. U někoho to šlo líp a u někoho hůř. Pro mě byla třeba taky dost velká otázka, jak to předat do týmu. Hlavně jsem řešila to, jak to udělat, aby byli lidi tomu otevřený, aby se nějak nezablokovali. A to se myslím, aspoň z většiny dost i nakonec povedlo.“

T: „Mám dojem, že už to zaznělo, že už jsi o tom mluvila, ale můžeš mi ještě doplnit, jak to u Tebe bylo s otevřeností k metodě? Na pocity povinnosti se Tě ptát nebudu, když jsi v jiný roli a Tys nástroje vlastně zaváděla.“

L: „No jasný, já byla právě ta hodně otevřená. Metoda ladila i s mým přístupem k životu, takže v tomhle směru žádný problém...ale pokud by to bylo jinak, možná s CAREm nikdy nezačneme pracovat. Byla jsem tím, kdo to u nás v týmu předával dál. Opravdu jsem věřila tomu, že to pro holky bude cenný a pomůže jim to trochu si rozšířit obzory a způsoby, jak pracovat s klientama. Hlavně se mi líbilo zaměření na zotavení, ono je stéle někdy těžký, pro některý kolegyně, nehledat jen problémy a potíže, ale dělat to právě naopak a tohle hodně pomáhá.“

T: „Teď se budu ptát na začátky práce s jednotlivýma nástrojema. Můžeš mi popsat, co Ti vyhovovalo, co bylo přínosné? A pak taky jestli byly nějaké nejasnosti, nebo něco nesedělo. Jestli můžeš, zkus se zaměřit na každý nástroj zvlášť.“

L: „Vzpomínám si, že profil mi celkově dost vyhovoval od začátku a zdál se mi být hodně přínosnej. Právě tím, že pracuje se zdroji a silnýma stránkama. Klienta dobře zmapuje...jak minulost, tak přítomnost, a taky jsou z toho zřejmý přání. Dívá se do budoucnosti. Pro nás je to pak směrodatný, můžeme se začít soustředit na nějaký cíle. Byla jsem spokojená s délkou i obsahem, ale pro některý klienty to bylo únavný...dlouhý. Když si na to teď vzpomenu, neuměli jsme si asi dobře rozložit ten čas. Jinak pozitivní vlastně...ze začátku jsem se ale bála, jestli budu umět dobře najít a zjistit silný stránky...myslím, že obecně sociální pracovníci na tenhle způsob vedení rozhovoru nejsou zvyklí. A ani my jsme nebyli. K plánu platí, co jsem řekla na začátku, s podobnou strukturou jsme už pracovali a necítla jsem žádnou změnu. Líbilo se mi, že pracuje s dlouhodobýma i krátkodobýma cílema. Bylo dobře vidět na těch krátkodobých plánech, jaké tam jsou posuny, pokroky...anebo naopak bylo rychleji vidět, pokud klient něco nezvládal, něco bylo složité...“

T: „A co plán časných varovných příznaků?“

L: „...jo, moc dobře působilo to rozdělení barevných stupňů, ta zelená, oranžová a červená. Pro mojí představivost i pro klienta, aby mohl popsat svůj zdravotní stav. Ale bylo dost nejasný, jestli dokážou rozeznat a popsat to nejdůležitější, tu hranici mezi jednotlivýma barvama, stupněma. Hlavně v případě dlouhodobý stabilizace, nebo naopak, když je dlouhodobě nestabilní...nevím, jak to říct. Ale bylo to těžký, zvlášť s klientama, co mysleli na sebevraždu, nebo to už zkusili. Pak popsat, jak se cítím, kdo a jak mi pomůže, co udělám a tak. A pro pracovníka pak taky hodně složité.“

T: „Jak tahle situace vypadala v době, kdys měla už s nástroji nějakou zkušenost a praxi a cítila ses při práci s nimi pevně, znalas je. Můžeš zkusit popsat zase všechny tři nástroje?“

L: „Profil je nejlepší. Umím se líp a stručněji ptát na ty zdroje a silný stránky, informace si dobře pamatuju. Mám jistotu v používání, prostě tak nějak přirozeně, nebyla nakonec žádná potíže. Je to nástroj, který mi dává smysl a vnímám ho jako potřebný. Je dobře mapující a pro klienta dobře shrnující jeho život, zkušenosti, co umí...u plánu to vnímám stejně. Dobrý nástroj, který se stal součástí práce s klienty a běžnou zavedenou praxí. Potíž vnímám u Semaforu. Ukázalo se, že mně ani klientům tohle nevyhovuje. Někteří nebyli schopní rozeznat mezi těma stupněma a mají pocit, že mluví pořád o tom samým. Je to pak frustrující pro ně i pro nás. Je to pořád o náhledu klienta. Když náhled nemají, anebo hůř komunikují, a to je častý, tak je to složité, a ne úplně účinný.“

T: „Letos profil nahradil IROC a profil už je jenom doporučený, ne povinný nástroj. Když máš teď srovnání, můžeš mi popsat, v čem vidíš výhody a nevýhody profilu?“

L: „Měl jen výhody a byl rychlejší na vyplnění nebo doplnění, mohl se libovolně opakovat. Taký názorně zobrazuje pro klienta a vidí do minulosti...to je dobrý k doplnění informací. Tak třeba pro klienty do chráněného bydlení potřebujeme víc informací o minulosti v oblasti bydlení. Když mapujeme s novým klientem teď, mapujeme jenom tři měsíce a nic víc. To mi nevyhovuje, a i pro klienty je těžké vzpomenout si jen na poslední tři měsíce.“

T: „Můžeš zkusit volně asociovat k jednotlivým nástrojům přídavná jména...co Tě napadne? Třeba osobní profil je...“

L: „Profil je rychlý, stručný, názorný, seznamující, mapující, navazující. Plán bych řekla krátkodobý, dlouhodobý...pak asi cílený, schodový, provádějící. Semafor mě napadá, ale to je spíš teoretický jako podpůrný, pojmenovávající, upřímný, preventivní. Ale pak ta praxe je složitější.“

T: „Zůstaneme ještě u hodnocení jednotlivých nástrojů, můžeš u každého z nich vybrat jeden nejvýznamnější přínos a jeden nejvýznamnější nedostatek?“

L: „Tak osobní profil přínos by byl, že je to obsáhlý mapování s hledáním zdrojů a silných stránek klienta...nedostatek nevim. Plán je cílený a časově ohraničený. Nedostatek asi taky nevim...jedině že je potřeba myslet na to, aby šlo o plán klienta. To se někdy stalo a stávat asi i bude, ale myslím za sebe, že jde o situace, když je klient v nějakým vážným ohrožení, v krizi. To je jiná situace asi...tam to považuju za žádoucí a nutný. Ale stalo se mi to taky i jindy, když jsem se zaměřila víc na to, co by bylo podle mě pro klienta lepší. Zapomněla jsem na to, co chce on, že on si rozhoduje o svym životě. Ale bylo to jenom na chvílku...buď jsem si to uvědomila sama, anebo mi to připomněl tým. A u Semaforu je přínos asi jedině ta prevence. Nedostatek jsem říkala, to bude stejný...složitost rozlišení jednotlivých stupňů a popsání toho, jak se cítí.“

T: „Co dalšího se Ti vybavuje při reflexi práce s metodikou, když uvažuješ o plusech a mínusech?“

L: „Celkově je pro mě práce s CAREm hodně nosná a obohacuje. Líbí se mi, že myslí na všechny oblasti klientova života a při spolupráci s ním musíme tím pádem na to myslet i my...pomáhá mi nezapomínat a zapojovat práci s prostředím a se sociální sítí. Nedostatky nevnímám.“

T: „Narazilas někdy v průběhu práce s nástroji na nějaký limity nebo hranice...anebo jestlis někdy šla až za ně?“

L: „Nevím o nich. Nebo vlastně když přemýšlím, tak o Semaforu. Semafor nefunguje u klientů s těžkou formou deprese. Podle tohoto plánu nikdo nemá nic dělat, nikdo je nemá rušit. Ale oni jsou odříznutí od světa a víc se pak topí ve svojí nemoci. Tohle mi přijde nefunkční.“

T: „A poslední otázka, co Tvůj osobně-profesní seberozvoj a práce s nástrojema CARE, vnímáš nějaký vliv, změnilo se něco, ať už v pozitivním anebo negativním smyslu?“

L: „Nevím...ale asi jo, v tom, že mi to dalo uvědomění, jak je důležitý pracovat s tou výbavou a zkušenostmi klienta...s jeho možnostma, a i se zodpovědností. Učí mě struktuře a dobrému pokládání otázek. Jinému uvažování o klientovi. O vzájemném partnerství. Zkusila jsem si udělat svůj osobní protikrizový plán a bylo dost zajímavý se nad tím zamyslet z toho druhého úhlu pohledu, dalo mi to dobrý zrcadlo.“

Rozhovor 2: respondentka Sabina (S), tazatelka (T)

T: „Můžeš popsat, jaká je Tvoje profese, kolik je Ti let a cos studovala? Pak také prosím řekni, na jaké pozici pracuješ teď v organizaci, jak dlouho děláš s lidmi s vážným duševním onemocněním?“

S: „Je mi 33 a jsem vystudovaná sociální pracovnice, na sociálně právní vyšší odborný škole. Teď ještě dělám dálkově adiktologii, bakaláře. Pracuju jako case, i s Bonou je to už deset roků.“

T: „A s CAREm jak dlouho?“

S: „Od té doby, co jsem ve Fokusu, takže pět let.“

T: „Můžeš se zamyslet nad tou dobou tenkrát? Když se s CAREm začínalo. To období spíš informační okolo metody a nástrojů, jaké to pro Tebe bylo?“

S: „V prvních momentech jsem vnímala nejistotu, jestli budu s profilem pracovat správně a abych jenom nemapovala, bez dostatečného zaměření na silný stránky a zdroje. Což se mi na tom právě líbilo, že nejde jenom o mapování fakt, na které jsem byla do té doby zvyklá. Co se týče plánu, tak vzhledem k tomu, že byl skoro stejný jako plán, který jsme používali do té doby, nevnímala jsem až tak velkou změnu, nebo plusy a mínusy. Zároveň bylo dobré, že navazoval na Osobní profil, ze kterého vzešly cíle klienta.“

T: „Měla jsi pocit, že máš o CARu na začátku dost informací? Jak se s k nim dostala?“

S: „Už je to delší čas, ale myslím, že jsem měla dost informací, teď si nepamatuju, jestli byla nějaká setkání celého týmu a sdílení hotových profilů,

pak když už jsme začli...nad plánem myslím, že proběhly nějaký porady. S profilem by bylo fajn, když by také byly, porady, které by mi tehdy v začátkách přišly užitečný, asi určitě. O CARu jsem se dozvěděla skrze školení od vedoucí týmu a četla jsem knihu metodika CARE. „

T: „Věřilas metodě a věděla jsi, jak teorii převést do praxe?“

S: „Ze začátku ano, praxe ale ukázala, že některé nástroje můžou být nefunkční, tím myslím Semafor. Jinak asi ano...“

T: „Bylas nové metodě otevřená a ochotná přijmout odpovědnost, nebos měla pocit povinnosti, nařízení? Nebo to bylo ještě nějak jinak?“

S: „Mně se metoda rozhodně líbila svým zaměřením, hodnotami, zároveň i pocity povinnosti jsem cítila, ale stejně jako u jakéhokoliv jiného dokumentu. Asi hlavně ten časový interval tří měsíců pro aktualizaci jsem vnímala jako hodně častý.“

T: „Vzpomeň si prosím na svoje začátky práce s klienty. Co Ti na nástrojích vyhovoval, přišlo Ti cenné a co naopak. Mělas nějaký nejasnosti, nebo se Ti něco nezdálo?“

S: „Vyhovoval mi jasný formulář. Bylo i fajn, že tím, že na některé schůzky chodíme po dvojicích, mohla jsem schůzku vést a někdo další se mohl doptávat. Líbilo se mi, že profil sleduje jak současnost, tak i minulost a přání do budoucnosti. Pomohlo taky rozřikání jednotlivých oblastí přímo v profilu. Určitě bylo doptávání v začátkách krkolomnější než později. Přínosný pro mě bylo i podívat se na hotový profil kolegů...taky bylo skvělé, že jsem se s klientem díky profilu dobře seznámila a věděli jsme pak, na čem máme spolu pracovat, a hlavně na čem chce pracovat on sám. Ráda bych se k profilu zase vrátila.“

T: „O osobním plánu jsi už mluvila, můžeš si zkusit vzpomenout ještě na Semafor?“

S: „No ten je právě nefunkční, jako dělat plán s klientem, který říká, že nikdy neprožil krizi, a přitom se zkusil zabít asi šestkrát je těžký. Pro jinou mojí klientku bylo zas složitý popsat tu zelenou část. Říkala, že stav psychický pohody nezažila už hrozně moc let a co bylo před nemocí si nepamatuje, co bylo za tím dál, nevím.“

T: „Jak se Ti hodnotí nástroje přibližně po roce, nebo ještě líp v době, kdy jsi si byla už jistá při práci s nimi? Co třeba Osobní profil?“

S: „Určitě už bylo doptávání míň krkolomné, měla jsem pocit jistoty. Používala jsem ale pořád formulář. Myslím, že některým klientům to nevyhovuje, jako procházet a vyplňovat jakýkoliv formulář.“

T: „A co Semafor?“

S: „Nedělal se mi dobře. Pak jsem používala i náš původní, k doplnění, s klientem jsme jen zmapovali, co mu pomáhá ve zhoršeném stavu z jeho vlastní zkušenosti. Třeba poslech hudby, procházka, rozhovor...a pak jsem ho v tom podporovala, byla to taková zjednodušená varianta.“

T: „Když vidíš teď Osobní profil, který už je jen doporučený a není povinný, na rozdíl od IROCu, je něco, co bys k profilu chtěla ještě doplnit?“

S: „Určitě že profil je schopný hledat silný stránky a poznávat klienta dýl do minulosti, nezůstane to u posledních tří měsíců. Pak taky má lepší záběr v rozřikání a pozastavení se nad jednotlivými oblastmi. IROC má zajímavější formulář a pro některé klienty může pomoci i škálování, ale zas je dost až moc návodný. Víc podpoří k přítomnosti.“

T: „Můžeš u každého nástroje CARu shrnout nebo doplnit jeden pro Tebe nejdůležitější přínos a jeden nedostatek?“

S: „U profilu to bude podpora zvědomění silných stránek a chybělo mi mapování závislostní problematiky a krizových situací. Tys to tam doplňovala, ale v profilu to samo o sobě není. U plánu asi největší přínos, že je konkrétní a vychází, anebo může vycházet z přání z osobního profilu. Nedostatek mě nenapadá. k semaforu jsem myslím říkala.“

T: „Když se řekne Osobní plán, jaká adjektiva se Ti vybaví? Můžeš zkusit u všech tří nástrojů vyjmenovat?“

S: „Tak Osobní profil. Zaměřený na zdroje a silné stránky, komplexní a zvědomující. Plán bych řekla výstižný, konkrétní, strukturovaný. Otravný, matoucí, nechtěný. To bude Semafor.“

T: „Co dalšího se Ti vybavuje z hlediska plusů a mínusů nástrojů, nebo obecně modelu CARE?“

S: „U profilu nedostatek častého opakování, jednou za tři měsíce. I kvůli tomu, že ne u všech klientů probíhá spolupráce jednou a víckrát týdně a pak by opakování zabralo opravdu dost času. Přínos byl ten, že jsme se u jednotlivých oblastí mohli s klienty víc zastavit, nešlo jen o otázku-odpověď. K plánu mě napadá plus u cílů klienta. Když jsme hodnotili, mluvili jsme taky ohledně smysluplnosti cíle a některé dříve stanovené a nesplněné cíle jsme z plánu vyškrtli, protože po nějakém období pro klienta už nedávaly smysl. Bylo fajn, když se v plánu objevovaly opravdu jen aktuální a realistické cíle. Ještě co se týče nějakého zmocnění klienta, to mi vyhovovalo, tak by se mělo pracovat všude, pokud se nejedná o pečovatelské nebo nějaké udržovací služby. Obecně

je to velký téma v sociálních službách. Za sebe to mám, že mnohdy se mi daří vést klienta k soběstačnosti a zplnomocnění, ale taky jsou momenty, kdy ať už vědomě anebo nevědomě převezmu kontrolu a zodpovědnost. Asi jako rodič, což je blbě. Jinak se mi ještě vybavilo, že práce s rodinou je taky hodně důležitá. Ale občas narazíme, protože mi přijde hodně důležitý, aby s tím v tomhle ohledu klient souhlasil.“

T: „Setkala ses v průběhu práce s metodikou s nějakými limity, potkalas nějaké hranice, anebo šla až za ně?“

S: „Určitě jsem se potkala s klientem, který má odpor k práci s jakýmkoliv dotazníkem, anebo s klientem, kde z osobního profilu nevycházely prostě žádný cíle. Na většinu dotazů na budoucnost pak odpovídali, že neví. A pak protikrizový plánování, pro nás je přínos a důležitý s touhle oblastí pracovat...mapovat minulé zkušenosti. Ne všude si ale klient ať už vybavuje, co pomohlo v krizových situacích anebo uvádí, že nepomáhá skoro nic. U některých klientů se s nemocí a zranitelností pracuje špatně, pomaleji, protože nevnímají, že by byli nemocní.“

T: „Měla práce s nástroji vliv na Tvůj seberozvoj? Myslím tím osobně profesionální seberozvoj, ať Tě už napadne něco pozitivního i nebo negativního?“

S: „Tak zaměřená na zdroje a silný stránky jsem sice byla už předtím, ale tak nějak nevědomě. Tohle hodně pomohlo. Taky jasně a srozumitelně se ptát. A vážím si důvěry, když mi klient říká někdy opravdu složitý a těžký věci.“

Rozhovor 3: respondent Dan (D), tazatelka (T)

T: „Prosím řekneš mi, jak dlouho už děláš s lidma s vážným duševním onemocněním a jaké máš vzdělání a když budeš chtít, tak i kolik Ti je let?“

D: „Je mi 61 a pracuju v sociálních službách tady, a i v zahraničí asi dvacet let. Byly to i závislosti, ale skoro vždycky kombinace s těžkou formou duševní nemoci, komunity a tak. Mám vysokou školu a pracuju jako sociální pracovník, case manager. Plus dělám provoz, starám se o byty, o auta a takový.“

T: „S Profilem, Plánem a Semaforem děláš od jejich zavedení ve Fokusu?“

D: „Ano.“

T: „Zkusím se k tomuhle období vrátit. Vzpomínáš si na dobu, kdy se s CAREm a nástroji začínalo, jaký pro Tebe bylo tohle první seznámení? S teorií i s praxí. Můžeš mi zkusit popsat u všech tří nástrojů?“

D: „Nejvíc výrazný pro mě je z CARu profil, taky proto, že patří na začátek spolupráce. První schůzky s klientem jsou i pro mě vždycky nové, jedinečný,

hodně důležitý v navázání dobrého vztahu a nějakého naslouchání. Používání formuláře pro mě nebylo jednoduchý, měl jsem technický potíže...bylo pro mě ze začátku těžký poslouchat a dělat si poznámky do formuláře, bez ztráty koncentrace, nebo bez toho, abych přerušil, co klient říká. V tom mi pomohla spolupráce s kolegyněma, ony zapisovaly a já poslouchal. Po čase se to zlepšilo, ale protože považuju první kontakty za jedny z nejdůležitějších ve spolupráci s klienty, bylo to pro mě důležitý mít dobrou atmosféru a nebýt ve stresu. Jinak je profil dobrý a přehledný nástroj, jak zmapovat nejenom aktuální situaci a přání. Dává to pohled do minulého života člověka, a to může spoustu věcí odhalit a pochopit. A pak se dobře nastavují cíle spolupráce. U plánu se mi pak líbilo, že byl jasný a jednoduchý. Takový důležitý nástroj toho směřování a bez něj by ta spolupráce nebyla tak strukturovaná. Jinak mi to přišlo skoro stejný, i když nějaký potíže byly. Obecně je pro mě komplikovaný a myslím, že i pro klienta, když je zakázka na socializaci, jak to formulovat, někdy se snažíme vymýšlet různý složitosti, a přitom to komplikujeme sobě i klientům a mohlo a mělo by to být jednoduchý. U Semaforu na začátku to byl dojem, že bude dobrý na sebepoznávání klienta. Nástroj i pro nás, abychom mohli včas reagovat na tu přicházející krizi.“

T: „Měls o metodě dost informací, než jsi s ní začal pracovat? A odkud?“

D: „První informace o metodě byly víc než dostatečné, aspoň pro mě. Měl jsem týmový školení od kolegů a pak taky z náslechu.“

T: „Věřils metodě?“

D: „Ano.“

T: „Měl jsi pocit, že to bude při práci s klientem fungovat, budou nějaké konkrétní výsledky a výstupy?“

D: „Asi ano, řekl bych. Často se mi stalo, že už v informacích od klienta z prvních rozhovorů, právě při sepisování profilu, se už tam začalo ukazovat to hlavní téma spolupráce, nebo nějaký nástin problému.“

T: „A stalo se Ti, že bys neuměl převést ty teoretické znalosti do praxe? Stále mluvím o nástrojích CARu.“

D: „Ne, to se mi myslím nestalo, spíš jde o mojí obecnou nechuť k byrokracii všeho druhu.“

T: „Co Tvoje ochota začít pracovat s něčím novým a otevřenost tomu, jak jsi vnímal fakt, že to bylo zavedený jako povinný?“

D: „Ano. Takové negativní pocity nepřevládaly. Rozhodně jsem nepoužíval a nepoužívám metodu, které nevěřím, nebo nerozumím. Aspoň ne u profilu,

s jeho používáním jsem neměl žádné zvláštní problémy. Když se podívám zpátky, vlastně bych ani neřekl, že jsem měl v začátku spolupráce s klientem pocit, že hned musím profil použít, teď si vybavuju problémy jen s klienty s paranoiou, ale tak tam je to jasný, anebo nemotivovaný klient, to jsou situace, který se stanou s jakýmkoliv nástrojem. Ale tak ještě k tomu profilu. Je to bezesporu určitě dobrá první stopa nashromážděných informací...a myslím, že umí najít i slabé stránky, ale označí je jinak. Zjistím o klientovi jeho osobní historii a ukáže mi to jeho základní rysy a stránky, i ty slabý, ale silný jsou důležitější.“

T: „Zkusíš si vzpomenout, jak se Ti začínalo s Plánem a se Semaforem?“

D: „Na začátku jsem se v tom ztrácel. Bylo těžký pojmenovat konkrétní kroky...myslím, že je to tím, že se bojí, že selžou, nesplní cíl, anebo jsou z všech těch papírů potřebných ke vstupu do služby už prostě našťvaný...ale ten profil v tom pomohl, aspoň určit ten cíl hlavní. A plán pak šel dělat líp. Ale ono i pro mě, já jsem měl vždycky větší problémy s jistotou udělat dobrý a přesný individuální plán, a to je moje slabá stránka. V tomhle CARE dost pomáhá a všechno zjednodušuje, tím profilem.“

T: „A jaký pro Tebe bylo začínat se Semaforem?“

D: „Úplně na začátku ok asi, ale ono obecně, je to důležitý, už v první fázi, kdy se s klientem seznámíme jako tým, se ho zeptat, jak vypadá jeho krize, jak se prostě chová, a taky zjistit, jak se mám v té situaci chovat já...bohužel si pamatuju i situace, kdy by plán pomohl a on nebyl a špatně to skončilo. Ta klientka je teď už rok v nemocnici a má takový somatický problémy, že není jistý, že bude někdy ještě moct chodit. Ale ono je těch případů víc. Když víme aspoň něco, z krizového plánu klienta, může to někdy být životně důležitý, a to i pro to okolí. Takže já si myslím, že je pro mě důležitý udělat i jen takový první návrh plánu, nejsem v tom žádný borec, ale snažím se ho dělat s klientem vždycky, mít to černý na bílým. Jemu to zase otevře možnost se mnou mluvit o svých složitostech, ví a naučí se, že tohle je normální součást naší práce a patří to k tomu. Že se nemusí stydět, nebo tak.“

T: „Jak se Ti pracovalo s nástroji v době, kdys s nimi měl už bohaté zkušenosti a znal jsi je dobře?“

D: „Profil se stal takovým normálním a běžným pracovním nástrojem, byl absorbován a to dobře. Plán pro mě byl taková opora spolupráce s klientem, teploměr dosahování cílů. Trochu jsem bojoval a stále bojuju s aktualizací plánů, když mám v casu třicet klientů, což je náročný a dlouhodobě to nejde, tak potom

každý z nich má nějaký balík papírů a všechny se musí aktualizovat a ty termíny se nedají respektovat, jsem pak z toho ve stresu, že to nemám hotový a dělám přesčas.“

T: „Chápu, zkus se prosím ještě vrátit k poslednímu, k Semaforu. Třeba po roce práce s ním. Jaký to pro Tebe bylo?“

D: „Protikrizový plán obecně je nepostradatelný a určitě důležitý nástroj spolupráce. Semafor byl pro klienta i pro mě hodně složitý, pro klienta často nesrozumitelný. Musel jsem hodně vysvětlovat a pomáhat, nebylo to jednoduchý. A když tomu klient nerozuměl, nechtěl pak často ani odpovídat a já se mu vůbec nedívám. Někdy fakt jsem se musel ptát třeba pětkrát na to samý. Snažím se s ním probírat jeho zranitelnost už při mapování a pak i pozděj, při revizi protikrizového plánu, pak otevřeně o zranitelnosti mluvíme a o rizikových oblastech jeho nemoci. Záleží hodně na důvěře. Když si je schopný přiznat, že nějakou zranitelnost má a mluvit o tom se mnou, můžeme z toho pak těžit oba. Pak se dá dělat s rizikem a podpořit ho, jinak to je těžký.“

T: „Osobní profil zůstal už jenom jako doporučený nástroj práce, nahradil ho jiný. Když s ním teď tolik nepracuješ, napadá Tě, jaký má třeba výhody a nevýhody ve srovnání s tím teď používaným? Zkus se prosím zaměřit na Profil, ne na IROC.“

D: „Řekl bych, že Profil má hodně širokou investigativní slovní zásobu a pomáhá vidět takový zlomky života klienta, každodenního, který někdy třeba jinak nejsou při prvních kontaktech vidět a zapadnou. Přehlízíme je, a právě profil pomáhá k tomu to nedělat. A už nemám stížnosti na formulář Profilu, protože IROC má desky z tvrdýho kartonu, který sice vypadají hezky barevně, ale člověk s tím musí pořád nějak manipulovat a používat to a oční kontakt jde taky do háje. Profil umí hezky pracovat s minulostí, na rozdíl od IROCu. Chybí mi teď pohled do minulosti...musím se pak hodně doptávat mimo, nestačí to a nemá takový záběr.“

T: „Vrátím se ještě k nástrojům CARE. Můžeš mi ke každému říct, co Tě napadne, nějaký adjektivum? Vidím, že to máš napsané dopředu.“

D: „Jo, Osobní profil je skvělý, bohatý, přínosný, hravý i logický.“

T: „A Plán a Semafor?“

D: „Nutný, integrální, metodický. Složitý. Taky ale obecně potřebný, užitečný a důležitý, jako protikrizový plán.“

T: „Popíšeš mi prosím u každého nástroje jeden přínos a jeden nedostatek, ten nejdůležitější?“

D: „Profil je široký mapování i do minulosti, která k člověku prostě patří a soustředí se na klienta, poznáme ho tak. Nevýhody nevím. Semafor by bylo pozitivum, že dává, anebo spíš by měl dávat důležitý informace, a tak je to možná i ta nevýhoda, že je nesrozumitelná, měl by být víc konkrétní, možná i zaškrťovací. Někdy klienti neumí dobře vystihnout a formulovat svůj stav. A ani já nejsem schopný jim v tom pomoci. Plán je konstruktivní, takový konkrétní a časově ohraničený, nevýhodu taky nevidím...nebo, někdy se špatně sestavuje tak, aby to byl opravdu plán klienta.“

T: „Co dalšího bys ještě chtěl k nástrojům říct?“

D: „Vyhovuje mi ta vztahovost. Pro mě je jasné, že je při mé práci důležitý vytvářet vztah mezi člověkem a člověkem o mnoho víc než mezi sociálním pracovníkem a klientem. Snažím se být přítomný a dobře poslouchám.“

T: „Setkal ses v průběhu práce s nástroji CARE s nějakými limity, nebo se Ti někdy stalo, že ses musel i překročit?“

D: „U CARu je jednodušší pro mě spadnout do větší blízkosti s klientem, než by mělo být tak, aby to neohrožovalo tým, nebo kolegy v týmu. Většinou mi jde pracovat na osobní i té pracovní nebo profesní rovině. Je to hodně důležitý, tyhle dvě úrovně umět balancovat. Pro klienty je cenný zažívat nás jako lidi, pomáhá to se přiblížit a mít blízký a normální vztah. Ale protože je tohle i moje vlastnost v soukromém životě. Někdy se může zdát, že jdu s klientem až moc blízko, a právě pak je to špatný pro tým. Ale vždycky se to dá řešit rozhovorem, nebo na supervizi a tak.“

T: „Mám pro Tebe poslední otázku. Když se podíváš na těch posledních šest let, měla práce s nástroji nějaký vliv na Tvůj osobní a profesní rozvoj?“

D: „Myslím si, že každé nástroj může na začátku vyvolat nedůvěru a pochybnosti, hlavně když je tým přetíženej...ale pochybnosti se změnila na pozitiva. Důležitý ale je, a to mluvím za sebe, nestavět se hned na začátku proti a nedělat zábrany. Někdy se mi to stává. Možná hraje roli i to, že některý rozhodnutí se dělají shora, třeba teď IROC... a přijdou jako blesk a je těžký je hned vstřebat, i když si myslím, že jsem flexibilní člověk. Teď to mám tak, že třeba Profil, i když je to papír navíc, je pro mě tak cenný, že si s ním pomáhám a pracuju s ním dál, i když by stačil jenom IROC, abych to měl splněný administrativně. Ale jde mi o klienta, a i pro mě je to lepší.“

Rozhovor 4: respondentka Jana (J), tazatelka (T)

T: „Na začátku Tě poprosím, abys mi řekla něco o sobě. Vidím, že máš vyplněnou osnovu rozhovoru s otázkama dopředu. Můžeš se teda představit?“

J: „Je mi 70 let, i když věk by se neměl počítat. A tady v Čechách jsem zaváděla case management, před tak třiceti lety, ve Fokusu, byli jsme tenkrát první a hezky na to vzpomínám, i na celou tu nadšenecku dobu. Pak tady mám, že jsem sociální pracovnice, ve Fokusu teda od roku 1990, leta jsem pak vedla tým. Asi od roku 1975 předtím jsem začínala jako sociálka ve stacionáři a na psychiatrickém oddělení, v Mostě, a pak jsem se přestěhovala do Prahy. Ted' pracuju na zkrácený úvazek jako case managerka a zaměřuju se na rodiny. Dělán i anonymní skupiny pro rodiče a blízké, taky pracujeme s rodinou jako se systémem, často jsem přizvaná do spolupráce, kdy case má klienta a já jeho rodiče, abychom nedělali duplicity a křížový vazby v těch vztazích. S CAREm dělám od roku 2017. Co mi přijde pořád stejný, jenom v CARu výraznější, je práce s motivací klienta a taky oceňování. Ale to trvá delší dobu, jelikož je důležitý navázat vztah a získat první klientovu důvěru. Myslím, že každý klient je ojedinělý a je potřeba opravdu ke každému přistupovat hodně individuálně. Ono s tou důvěrou je to tak, že každý člověk má nárok na svůj názor. Já vždycky klienta upozorňuju, že náš vztah je partnerský a on má nárok na svůj názor, který já respektuju. Pokud ale mezi klientem a mnou vzniká nedůvěra, domlouvám s týmem předání jinému kolegovi se souhlasem klienta. Někdy se samozřejmě stane, že já nedokážu překročit svoje já, a to se taky v týmu dohodnu s odůvodněním předání.“

T: „Zkus se prosím vrátit trochu v čase do doby, kdy jste začínali s nástroji CARE, s metodikou a tak. Můžeš mi zkusit nějak konkrétně popsat, jaký to pro Tebe bylo? Můžeš se klidně držet té připravené struktury, kterou tady máš.“

J: „Tak já začnu Osobním profilem, když tahle metoda byla u nás zaváděná, neměla jsem důvěru. Bála jsem se, že to nezvládnou. Ale pak jsem to nějak musela překonat a zjistila jsem, že mi to hodně vyhovuje. Získala jsem o klientovi zajímavé informace. Nejdůležitější pro mě bylo, že jsme se bavili o přání klienta. Mnohem líp se mi pak dělala individuální plán, a i klient si ho víc uvědomoval, byl víc jeho. Já měla dobrý pocit, že přání jsou od klienta. Dřív to bylo v tomhle složitější a pozděj jsem to viděla jako přínos ve spolupráci. Pak ten Plán. Ze začátku mi nevyhovoval, jelikož se měnily pravidla, formulář, ale uvědomuju si, že pro práci s klientem je důležitý. Oba víme, na čem pracujeme, a jemu to dává pocit, že má odpovědnost na té spolupráci a že to má pro něj nějaký smysl. Oba

nástroje bylo dost složitý na začátku vysvětlovat klientům, když já sama jsem nebyla s nima v pohodě a ztotožněná. Ale pak spokojenost se všema používanýma. Co se týká protikrizového plánu, tak tam já to vnímám obecně, že záleží na přístupu pracovníka, aby dokázal zhodnotit míru zranitelnosti klienta. Když s ním mám udělaný plán, kde je dané, co může on udělat, když se mu zhorší psychický stav. A ve zhoršeném stavu pak s tím pracujeme. Taky využíváme k pomoci jeho okolí, hlavně rodinu. Někdy se teda stává, že klient odmítá, jelikož nevěří svému okolí a třeba ztratil veškeré kontakty a vyhledává spíš služby, kde jsou lidi, co maj stejné problémy. Ale když pak třeba s náma ve spolupráci zjistí svoje klady nebo úspěchy, je ochoten něco měnit. Taky někdy funguje, když zdůrazňujeme, že spolupráce s jeho okolím nemusí být pro něj škodlivá a ohrožující a mluvíme o pozitivěch, jaký by to pro něj mohlo být.“

T: „Když se zase vrátíš zpátky o těch asi šest roků, mělas tenkrát pocit, že máš dost informací o CARu a odkud jsi je měla?“

J: „Tak na začátku jsem neměla vůbec dost informací, často se měnily pokyny, co a jak máme dělat. Ale měli jsme častěji v týmu na tohle téma diskuzi a zkoušeli jsme to.“

T: „Věřilas metodě?“

J: „Zpočátku jsem nevěřila, pak ano.“

T: „A co pocity kolem konkrétnosti a funkčnosti metody při práci s klientem, očekávání, že budou konkrétní výsledky. Jak to bylo u Tebe?“

J: „Už jsem popsala, nebylo to na začátku dobrý.“

T: „A věděla jsi, jak to, co víš o CARu převést do praxe, nebo to bylo taky složitý?“

J: „Musela jsem se je naučit a přisvojit si. Pak jsem je používala.“

T: „Jaký to pro Tebe bylo, převažoval pocit povinnosti z nařízení, nebo byla ještě nějaká otevřenost k CARu, nebo jaks to měla Ty?“

J: „Bylo to hodně složitý období, pracovně. V týmu probíhaly různé procesy a se změnou vedení to bylo taky komplikovaný a jak tam nebyla podpora od vedení úplně, tak ze začátku jsem byla hodně nedůvěřivá, zavádělo se tenkrát moc změn a další změny jsem v té době už nechtěla. Byla jsem asi i vyčerpaná z toho.“

T: „Jak tato situace vypadala přibližně po roce práce s nástroji CARE s klienty, nebo v době, kdys s nima měla již praxi?“

J: „Osobní profil byl pro mě i pro klienty přínosný a vyhovoval mi. Cíleně jsem se na silný stránky a možnosti neptala, ale spíš jsem je pozorovala přímo

v terénu a pak mu o tom řekla, co jsem viděla a s tím jsme pak pracovali. Klient si je začne uvědomovat a pak je sebevědomější a má větší aktivitu a motivaci na sobě pracovat. Klienta podporuju a vždycky se snažím oceňovat jakýkoliv úspěchy a když má nezdary, tak je překlomit do kladů. Pokud se nepodaří, společně přehodnotíme jeho cíle a přání a pak domlouváme jiné kroky, aby byly pro klienta víc realistický a uchopitelný. Někdy se teda stává, že je klient netrpělivý a chce svojí situaci řešit hned. Odmítá třeba mapování a individuální plán. Pak je na pracovníkovi, aby pečlivě a trpělivě vysvětlil ty důvody, nebo hlavně zjistit proč. Ale stává se to hodně málo, že klient odmítl a hledal jinou službu. Samozřejmě pokud to situace vyžadovala, tak řešíme hned akutní a ohrožující situace. Myslím, že se snažíme dávat klientovi odpovědnost a řešíme taky, aby se měl co nejlíp a zapojujeme ho do spolupráce. Taky využívám ke spolupráci hodně rodinu, asi nejvíc. Musím ale přiznat, že klienti často odmítají spolupracovat i s rodinou nebo s jiným zdrojem a až po delší době se spolupráci podaří domluvit. Nebo se stává, ale ne moc často, že prostě tak trochu dojdou možnosti. Ale snažím se být s klientem pozitivní a hledám další možnosti pomoci. Měla jsem případy, kdy jsme si musela sama uvědomit malé možnosti nebo kapacity klienta a preferovat umístění do nějakého zařízení. Což беру jako poslední možnost, ale těch je málo. A musím říct, že mě to stejně vždycky tak trochu sebere, že to nešlo jinak.“

T: A jak se Ti pracovalo, v době, kdys už měla zkušenosti, se Semaforem?“

J: „Pracuju se soběstačností a odolností, aspoň se snažím. Když je klient v ohrožení, nabízím možnost zavolat mimo pracovní dobu, zvyšuju kontakt a využívám samozřejmě naší pohotovost. Občas používám filtrovaný svoje zkušenosti, nebo zkušenosti jiných, pak je patrný, že klient víc vnímá pomoc a vidí, že i ostatní můžou mít problémy. A taky mám zkušenost, že mi víc věří. Někdy se ale stane, že musím převzít kontrolu a odpovědnost za klienta. A to hlavně právě když je zhoršenej psychicky, nebo v nějaký jiný ohrožující situaci. Krizový plán je nutný a pomáhá.“

T: „V průběhu letoška se ve Fokusu začal pro mapování používat jiný nástroj než Osobní profil. Můžeš mi popsat, v čem vidíš teď výhody profilu, oproti třeba IROC?“

J: „V CARE vidím velké výhody, jelikož jsme získali hodně informací o klientovi na začátku spolupráce a dobře z něj vychází přání. Nevýhoda je, že se moc neslučuje se současným trendem Recovery. Ale myslím, že záleží, jakým způsobem rozhovor s klientem vedu. Když to porovná, tak IROC je dobrý tam,

kde už s klientem spolupracujeme na individuálním plánu, a pak můžu ten nástroj podle pravidel používat. Osobní profil je určitě lepší na začátek. Profil by se měl dál používat. Vidím tam teď velké výhody, protože jsem získala potřebné informace pro spolupráci a moc dobře z něj vyplynuly přání klienta už na začátku spolupráce.“

T: „Zkus mi doplnit, jaký podle Tebe je: Osobní profil, plán a Semafor, nějak je charakterizovat a popsat, třeba jednoslovně. Vybereš nějaké adjektivum?“

J: „Profil mám, že je důkladné mapování. Osobní plán je konstruktivní, posunující klienta a Semafor je preventivní, bohužel nutný, důležitý, užitečný.“

T: „Už jsi o tom mluvila, ale když by ses měla zamyslet nad jedním, pro Tebe nejdůležitějším přínosem těch nástrojů a nad jedním mínusem, co by to bylo?“

J: „ Tak profil získávání přání klienta, jeho uvědomění, co potřebuje. Plán že klient získává pocit, že má odpovědnost a možnost se podílet na spolupráci. Semafor asi ta prevence, víc nevím.“

T: „Vybavuje se Ti ještě něco dalšího, cos zažila nebo Tě napadá při práci s CAREm, co bylo fajn a co ne?“

J: nevím.

T: „Setkala ses v průběhu práce s metodikou s nějakými limity, došla někdy na hranici možností nebo až za ní?“

J: „Složitější byly ty časový limity, jelikož se často nedaly plnit. Každý klient potřebuje svůj čas. A pak krizovky, a to bylo i tím asertivním kontaktem. Kdy on prostě nechtěl, anebo si nedokázal představit, že by měl něco měnit, anebo se fakt vehementně bránil vlastní odpovědnosti, nevím. Tam pak člověk má tendenci přebírat odpovědnost hodně a vlastně se tahle metoda nedá úplně používat.“

T: „Měla práce s nástroji nějaký vliv na Tvuj osobně profesionální seberozvoj? Ať už v pozitivním anebo negativním smyslu.“

J: „Asi uvědomění, jak důležité je pracovat s výbavou a zkušenostma klienta, s jeho zodpovědnostma a kompetencí.“

Rozhovor 5: respondent Karel (K), tazatelka (T)

T: „Můžeš se prosím představit?“

K: „Jsem case manager v komunitním týmu a s cílovkou pracuju čtyři a půl roku, nástrojema CARu taky. Nastupoval jsem jako peer a asi po roce, když jsem si pak i dodělal školu, jsem začal dělat case. Je mi 31.“

T: „Zkus si vzpomenout na svoje začátky, když ses seznámil s nástroji i s metodikou, celým modelem CARu. Jaký to pro Tebe bylo?“

K: „Měl jsem pocit, že je to takové sluníčkové, nebylo to úplně návodné. Nelíbila se mi úplně představa, že se to asi budu muset hodně učit a hodně si o tom číst, abych to uměl udělat správně. Měl jsem dojem, že je důležitý zjišťovat hodně rizika a limity a řešit problémy. A CARE o těchto aspektech moc nemluvil. U Osobního plánu to bylo asi podobně. Ještě u toho profilu, moc jsem se v tom neorientoval, zapomínal jsem se často ptát na to, co klient umí, ví, co dokáže a tak. Hodně jsme zabíhali, v oblasti budoucnosti jsme se často dostávali do situace, že klient neměl nějakou konkrétní představu nebo přání. Přínosný mi přišlo bavit se o silných stránkách klienta, ale bál jsem se, jestli je třeba neurazim, když řeknu třeba, že nemaj kde bydlet a já to otočím do pozitivna. Že je to vlastně jako super, že se o sebe umí postarat i venku.“

T: „A co Semafor?“

K: „Jo, to mi přišlo dobrý, nevědomky jsem dřív používal něco podobného, akorát bez té grafický úpravy. Ale pak v praxi s tímhle mi přijde, že to neodpovídá schopnostem klienta a asi ani našim s tímhle Semaforem...a používal jsem spíš jiný typ protikrizovýho plánování.“

T: „Měl jsi pocit, že máš dost informací a odkud jsi je měl?“

K: „Nevím, no na začátku bylo těch informací málo, měli jsme asi jedno nebo dvě školení a pak jsme to začli dělat. Potom jsem si ještě četl nějaké pasáže v knížce o metodice CARE, to mi asi pomohlo nejvíc.“

T: „Věřil jsi tomu?“

K: „Moc ne a nejdřív mi nebylo jasný, v čem je přínos pro klienta, když si povídáme o minulosti a současnosti...pro mě jako pracovníka to bylo dobrý, pomohlo mi to ho poznat...nevěřil jsem tomu moc a pak se to změnilo.“

T: „Měl jsi pocit, že při práci s klientem to bude fungovat?“

K: „Na začátku moc ne, až časem jsem zjistil, že to je pro klienta efektivnější než mluvení o rizicích, problémech a tak...“

T: „Věděls, jak převést svoje teoretický znalosti o nástrojích a modelu CARE do praxe?“

K: „Ze začátku moc ne, až po čase jsem se to už docela naučil. Musel jsem udělat hodně profilů, abych se to naučil.“

T: Jaký pocity u Tebe v té době převládaly, byls tomu otevřený anebo jsi cítil spíš tu povinnost, z toho, že je to nařízený, nebo to měl jinak?“

K: „Nepamatuju si to úplně, na začátku mi to nepřišlo úplně dobrý, bylo nám to nařízený, a tak jsem s tím asi nemohl nic moc dělat, ty školení byly krátký a praktický, čistě o tom, jak se používají ty nástroje, nebavili jsme se myslím tolik o nějakým hodnotovým rámci. Moc jsem nechápal, odkud to přišlo nebo proč bychom to měli používat. Každopádně jsem to dělat začal a postupně pochopil, že je to dobrá, efektivní metoda.“

T: „Jak tahle situace vypadala v období, kdy sis byl s nástrojema jistý?“

K: „Vytvořil jsem si takové univerzální otázky, co se mi osvědčily. Vím už, kdy a kde se mám na co ptát, takže ten rozhovor byl plynulejší, myslím že líp postihl tu realitu. Taky někdy vyplyne z rozhovoru, že klient má nějaký zdroj. Když je má, tak o nich začne sám mluvit a pak je na něm, jak moc je chce do spolupráce zapojovat. Setkával sem se ale taky s tím, že okolí klienta bylo rádo, že klient dochází do služby k nám a měli dojem, že jejich péče se může upozadit, že už není potřebná. U krizovýho plánu se snažim zaměřovat na to pozitivní, co už klient umí, co mu funguje nebo fungovalo, hodně o tom s klienty mluvím, proč je důležitý, aby si uměli sami pomoci a nespolíhali se na pomoc ostatních. S přáníma a očekávaníma klienta jsem se naučil, že neexistuje jeden scénář. Každý klient má úplně jiný očekávání i přání a respektuju ho, pokud je realistický, když není, tak se snažim s klientem mluvit, snažim se asertivně jednat. Vždycky ho nějak podpořit, ale myslím, že je nutný o přáních a ambicích mluvit realisticky, s ohledem na zdravotní stav člověka a limity, který s tím jsou spojený. Když klient přijde s nějakým přáním který není realistický, snažim se to přerámovat tak, aby se to toho přání nějak týkalo. Třeba chci být automechanik, ale mám dodělanou jenom základku, práci automechanika mi nikdo nedá, studovat jít nechci, a tak se snažim s klientem třeba mluvit o tom, jestli by nechtěl třeba pomáhat uklízet v autodílně, nebo něco takovýho.“

T: Když srovnáš Osobní profil s IROCem, v čem vidíš výhody a nevýhody profilu teď?“

K: Metodika CARE byla mnohem obsáhlejší než u IROCu, takže trvalo dýl, než jsem se to naučil. Ale profil mi přišel přínosnější pro práci s klientem. IROC se musí každé tři měsíce opakovat, takže když mám hodně klientů, musím si to víc hlídat, abych to dodržel. U Osobního profilu jsem neaktualizoval ten profil tak často, víceméně jenom když se udály nějaký opravdu výrazný změny. U CARE záleželo hodně na mojich komunikačních schopnostech a jak se umím dobře ptát. U IROCu má člověk návod, takže když si nevím rady, podívám se do manuálu, kde mám napsaný konkrétní otázky, na který se můžu ptát. Ale nemůžu

říct, že by to byla nějaká nevýhoda CARE, naopak. Beru to za výhodu, CARE mě nutil, abych se učil líp komunikovat, a to je pro mě ve výsledku plus a prospěšný a naučil jsem se líp pracovat. K tomu profilu si myslím ještě, že je důležitý během mapování zjistit, jaké limity ten klient má a podle toho pak volit tempo. Často se ptám, co by klienti chtěli ve svym životě změnit, aby byli spokojenější a mluvíme o tom, jak to udělat. Často to trvá delší dobu, než pochopí, že je na soběstačnosti potřeba vědomě dělat.“

T: „Můžeš volně asociovat několik adjektiv k jednotlivým nástrojům?“

K: „Profil. Důstojný, citlivý, zplnomocňující. K Plánu nevím. A k Semaforu mi napadá, že když to klient vidí, tak v podstatě hned chápe, o co jde. Pěkně udělané, návodné, nevím, jaký použít adjektivum.“

T: „Můžeš mi u každého nástroje říct jeden nejvýznamnější přínos a jeden nedostatek?“

K: „U Profilu že se klient nad svojí situací může nějak komplexně zamyslet a vymyslet si pro sebe nějaký cíle, kterých chce dosáhnout. Když se člověk zaměří jenom na silný stránky, může zapomenout zmapovat rizika a dostat se potom do situace, kterou nebude schopný rychle a efektivně vyřešit. U Plánu nevím. Semafor má návodnou grafickou úpravu pro klienta, nevýhoda myslím je, že pokud je klient mladý, a ještě nemá tolik životních zkušeností a sám sebe tolik nezná, tak je to těžký udělat, protože často neví, jak to vypadá, když se mu začnou příznaky horšit. Taky bývá těžký se domluvit, že při nějak výrazným zhoršení bude nutný podniknout nějaký nepopulární kroky. Třeba hospitalizace, nebo návštěva psychiatra.“

T: „Co dalšího se Ti vybavuje při reflexi práce s metodikou z hlediska přínosů a nedostatků?“

K: „Klienti většinou nechtějí mluvit o tom, v čem jsou dobrý, čeho si na sobě vážej. Často se stává, že opakujou takový to rčení, že smaochvála smrdí. Ohledně problémů a toho, co jim nejde, dokážou často mluvit hned a obsáhle. Pozitivní vlastnosti, i když je maj a já je můžu vidět třeba i po krátký době, si často neuvědomujou, anebo se o nich stydí mluvit. Myslím, že je to zas spojený se sebestigmatizací. Jinak jako metoda mi to přijde opravdu efektivní a přínosný pro klienty, o vyložených nedostatcích asi nevím. Zajímavý je pracovat s cílem klienta, když vlastně chce být nemocný. Hodně záleží na klientovi, jak moc je ochotný statutu nemocnýho se zbavit. Jsou klienti, kterým vyloženě vadí, že jsou za nemocné považovaní a snaží se dělat všechno pro to, aby se na ně takhle nikdo nedíval, ale pak jsou klienti, kteří sou se svojí diagnózou natolik sžitý, že

nechtějí, aby si o nich někdo myslel, že jsou zdraví. To asi není vědomý rozhodnutí, ale sebestigma, s cílema se pak dělá vlastně úplně na jiným levlu práce.“

T: „Setkal ses v průběhu práce s metodikou s nějakými jejími limity, hranicemi možností?“

K: „Asi s výrazně nerealistickým, nebo nemotivovaným klientem.“

T: Můžeš to rozvést?“

K: „Ne vždycky se mi daří si zachovat naději a pozitivní očekávání, snažím se ale, aby to nešlo úplně poznat. Klienta podporuju hodně v našich rozhovorech, snažím se ho podpořit, aby pracoval na svých cílech, když je má. I když třeba s jeho pohledem na tu situaci nesouhlasím, tak většinou pomůžu. Hodně se mi to děje, když mladý lidi chtějí žádat o invalidní důchod a ještě nepracovali. Pokud už si upřímně řeknu, že naději už nevidím, mluvím s týmem o předání klienta někomu jinému. Pak někdy přemýšlím, jak to mají klienti s duálkou, myslím si, že existuje hranice, kdy už je opravdu hodně náročný vůbec přemýšlet o remisi onemocnění nebo o zotavení. Když to teda neberu z pohledu medicíny a vnímám zotavení spíš uživatelsky. Tak pokud jsou takhle se svým životem spokojení, že užívají návykové látky a trochu blázní a nic jim v podstatě nechybí, a tak o tom mluví, je pro mě trochu těžký si říct, že je vlastně spokojený a není třeba ho někam posouvat. Každý má nějaký svůj limit, kam dokáže v tom procesu zotavení dojít a někdy je pro mě těžký přijmout, že ten limit úplně neodpovídá mojí vlastní představě o spokojeném životě. Když je třeba klient přesvědčený o tom, že odkrajování povinností a třeba nechození do práce sou pro něj lepší než opak. Když podá v práci výpověď po nějaký racionální úvaze s tím, že má plán si najít práci jinou, tak ho v tom podpořím, ale stávalo se mi, že si klient třeba řekl, že nechce a bude žít jenom z důchodu a bude doma. Mám zkušenost, že po nějaký delší době, když jsou jenom doma, se jim horší psychický stav. Situaci řeším tak, že jim řeknu svůj názor a popíšu zkušenost u jiných klientů. Taky mám třeba klientku, která se při sebemenším výkyvu nechává hospitalizovat, což je v tu chvíli její přání, ale se i s jejím okolím shodujeme, že jí to dlouhodobě neprospívá.“

T: „Měla práce s nástroji nějaký vliv na Tvůj pracovní-osobní rozvoj? Můžeš jakýkoliv nápady.“

K: „Myslím, že jsem začal nad klienty přemýšlet trochu jinak, předtím jsem na problematiku duševního onemocnění nahlížel více z pohledu medicíny. Nemůžu ale říct, že by v tom hrála tahle metodika nějak klíčovou roli, spíš mi pomohla načerpat inspiraci a nastartovat změnu v uvažování.“

Rozhovor 6: respondentka Dana (D), tazatelka (T)

T: „Můžeš mi říct, na jaké pozici pracuješ v týmu, jak dlouho tu jsi a cos vystudovala, případně kolik je Ti let?“

D: „Je i 49 a jsem právnička, defacto sociální pracovnice. V týmu pracuju dva roky jako case managerka.“

T: „Pojďme se spolu podívat na začátek Tvojí práce a první zkušenosti s CAREm, ať už teoretický nebo praktický, při práci s klientem. Jaký pro Tebe bylo to teoretický seznámení s nástrojema Osobní profil, Osobní plán a Semafor, můžeš to nějak konkrétně popsat?“

D: „Osobní profil musím říct, že se mi líbil. Zvláště, když jsem ho viděla vyplněný od kolegů. Připadal mi obsáhlý a užitečný. Jen pro mě nemá logiku řazení sloupců. Osobní plán mi přišel pak přehledný, taky dost podrobný a užitečný. Jen položka, proč je to pro mě důležitý, mi přišla nadbytečná.“

T: „Měla jsi o metodě dost informací do začátku, jak si se k nim dostala?“

D: „Při zaučení mi metodu vysvětlila kolegyně garantka. Měla jsem možnost doptat se i dalších kolegů.“

T: „Věřila jsi metodě?“

D: „Ano.“

T: Měla jsi pocit, že bude mít výsledky, že bude fungovat? Že budou nějak konkrétně vidět výsledky?“

D: „Ano.“

T: „Věděla jsi, jak převést teorii do praxe při práci s klientem?“

D: „U některých klientů to bylo takové nekonkrétní a nejdřív jsem nevěděla. Zkoušela jsem radit se s kolegy, nebo nahlédnout do karty jiného klienta, který měl podobné potřeby, a tak se inspirovat. Pak jsem zjistila, že bude nejlepší se zeptat klienta znovu. Téma pro mě na začátku bylo, jak s Osobním plánem pracovat a dobře ho vytvořit.“

T: „Byla jsi metodě otevřená, ochotná jí dělat, anebo spíš jinak? Cítila jsi pocit povinnosti nebo nařízení?“

D: „Přicházela jsem do týmu, kde už metoda byla zavedená a fungovala, tím pádem pro mě bylo všechno jednodušší. A ty nástroje mi připadaly užitečné, jen u některých klientů a situací mi Osobní plán připadal až moc podrobný, ale nakonec jsem se s tím vypořádala.“

T: „A co samotný začátky práce s nástroji, co Ti vyhovovalo a přišlo Ti přínosný a co bylo nejasný a nesrozumitelný. Mělas s něčím v nástrojích nějaké nesoulad?“

D: „Profil mi připadal užitečný, opravdu přínosný. Jeho dobrý chápání jsem vnímala i u klientů. Pracuju s ním ráda. U Osobního plánu jsem měla z klientů dojem, že je trochu mate, že se vyptávám opakovaně na téměř stejnou věc. Za mě to bylo v pořádku, jen položka, proč je to pro mě důležitý, mi připadala nadbytečná...vím, že to jsou různé otázky, ale někteří klienti je vnímali jako úplně stejný. Plán byl taky pro některý klienty v určitých situacích až moc podrobný, jindy jsem zas podrobnost ocenila. Nějak jsem se s tím nakonec vypořádala. U Semaforu se otázky taky hodně opakovaly, bylo mi pak hloupý ptát se pořád na to samý, bylo to jen jinak položený. Zdá se mi, že pro klienty to nebylo moc nosný. Ještě jsem asi nepotkala klienta, který by si při nějaký krizi svůj plán vzal a řídil se tím.“

T: „Jak bys zhodnotila nástroje přibližně po roce jejich používání, nebo v době, kdys měla pocit jistoty s nima?“

D: „...tak určitě větší jistota a oblíba. U Osobního plánu přetrvávala občasná nejistota, jak potřeby formulovat v rámci těch jednotlivých položek. A Semafor nahradil jiný krizový plán. Plán mi přijde cenný i při jiné než jen akutní práci s klientem, ta práce se zranitelností může vypadat například tak, že klient je přehnaně důvěřivý vůči cizím lidem, kdy pak to na něj má určitý finanční dopady. V jiném případě pracuju s pocitem viny, kdy klientka jako matka má tendence ochránit své dospělé dítě za všech okolností, i na úkor vlastního zdraví. Tak jen pro ukázkou, co si je za mě možné představit pod prací se zranitelností a s vypracováním následně nějakého krizového plánu. Myslím, že se v týmu používá opravdu spíš jen pro riziko ohrožení života a zdraví, a to je škoda.

T: „Letos se u nás začal používat k mapování jiný nástroj. Když máš teď srovnání, jaký výhody a nevýhody bys mohla popsat u Osobního profilu teď?“

D: „Při práci s novým klientem považuju za mnohem užitečnější Osobní profil, dozvím se informace o jeho minulosti a o zkušenostech a na tom pak můžu stavět. IROC nepovažuju za vhodný pro klienta, kterýho ještě neznám, hlavně proto, že se zaměřuje jen na poslední tři měsíce a dál proto, že ten nástroj sleduje jen úhel pohledu klienta, což jak jsem zjistila, může být někdy dost odlišný od reálný situace. Profil s tímto umí zacházet líp, mám větší prostor pro svojí objektivizaci.“

T: „Můžeš u každýho nástroje říct jeden přínos a jeden nedostatek, nějaký nejvýznamnější pro Tebe?“

D: Osobní profil jako přínos informační hodnota a nedostatek nelogické řazení sloupců, minulost vnímám vlevo. U Plánu taky informační hodnota a nedostatek přílišná svazující podrobnost a u Semaforu teď už nevím.

T: „Co dalšího se Ti v souvislosti s hodnocením práce s nástroji vybavuje z Tvoji praxe?“

D: „Ještě jeden přínos, že podporuje sledování silných stránek. Dělala jsem to tak, že jsem klientům připomínala, že nějakou záležitost v životě už v minulosti zvládli, a že jí dokáží zvládnout znovu a nabízela jsem víc podpory. Hlavně v průběhu spolupráce. Pak to jde hezky využít, třeba vytrvalost, tvořivost a tak dále. Při spolupráci s klientem myslím na jeho zdroje. Pokud jde o způsob a obsah té podpory, uvědomuju si, že některý klient potřebuje spíš ocenit, jiný dodat jistotu, že uvažuje o záležitosti správně, anebo krok, který zvažuje udělat, že je v pořádku. Další potřebuje společně vymyslet další možné kroky. Myslím, že jde o kvalitu života klienta, a ta otázka se táhne snad všema konzultacema. Často se s klienty dostávám k tomu, jak jsou spokojeni s různými oblastmi života, hlavně s tou, které jsme se společně věnovali. Řešila jsem taky motivaci ke spolupráci s nástroji a s plněním pak jejich cílů. Byla důležitá. Tam, kde se klienti chtěli v životě skutečně posunout, šla spolupráce na cílech moc dobře. Pak byli klienti, kteří měli cíle kolem stabilizace zdraví a stabilizace jejich situace předtím, než jim byla omezená svéprávnost a jejich podpora nebyla až tak o aktivizaci, byla spíš o nezhoršení jejich situace, spolupráce je pak spíš dlouhodobějšího charakteru, ale jsme na cestě.“

T: „Setkala ses při práci s nástroji a s metodikou s nějakými limity, nebo byla podle Tebe za hranicí možností?“

D: „Nevzpomínám si, že bych se setkala vyloženě s limity. Napadají mě spíš složitosti, například u klienta se snažím, aby byl soběstačný, a ten přístup považuju za smysluplný a užitečný pro klienta. Ne všichni klienti to ale oceňují, někteří se téhle zvýšené soběstačnosti obávají a já se pak jen snažím je motivovat a podporovat.“

T: „Napadají Tě k nástrojům nějaký volný asociace, adjektiva, jakýkoliv?“

D: „Osobní profil je přehledný, užitečný a obsáhlý. Plán zase podrobný a rozkrokový. Dál asi bych nehodnotila.“

T: „A co Tvůj osobně profesionální rozvoj a práce s nástroji, zaznamenala jsi nějaký vliv?“

D: „Určitě jak v profi, tak v osobním životě. Člověk se asi naučil líp komunikovat, trochu víc citlivě poslouchat a líp formulovat. Asi nejdůležitější

mi přišlo, hlavně pro nás jako tým, naučit se nechat víc a víc odpovědnosti na klienta. Nechat jeho vést svůj vlastní život. Vracet mu tu odpovědnost. Klienty taky vnímám teď ve větších souvislostech, rozšířilo mi to jejich vnímání.“

Rozhovor 7: respondentka Ivona (I), tazatelka (T)

T: „Řekneš mi na úvod něco o sobě prosím, třeba i kolik Ti je let? Jaká je Tvoje původní profese a co děláš v týmu, máš nějakou specializaci?“

I: „Je mi 53 a jsem speciální pedagožka, to jsem dělala dlouho, a pak se dala na psychoterapii. Teď pracuju jako sociální pracovník a tady v týmu jsem case. Plus dělám klientský skupiny a soustředím se na lidi se závislostma, tam mám taky bohatý zkušenosti.“

T: „Ještě mi pověz, jak dlouhý máš zkušenosti s klienty s vážným duševním onemocněním a jak dlouho pracuješ s nástroji CARE?“

I: „S cílovkou tak pět let, když počítám i komunitu a duálky. A s CAREm, co jsem tady, takže dva roky.“

T: „Jaký pro Tebe bylo seznámení se s metodikou CARE, jak v teorii, tak pak s nástroji v praxi?“ Zkusíš mi konkrétně popsat jaký to pro Tebe bylo, třeba u Osobního profilu?“

I: „Tak musím se přiznat, že zatěžující, neuchopitelné, nesrozumitelné, myslím ve směru ke klientovi. U prvních kontaktů jsem měla opakovaně problém klientům vysvětlit důvody práce s profilem, motivovat je. Jako terapeut jsem dřív pracovala s klientem jako s nepopsanou tabulí, bez zjišťování informací o něm a tenhle sběr byl pro mě na začátku hodně limitující a nedařilo se mně propojit a navázat na Osobní profil, zaměřit se víc na konkrétní krátkodobé cíle.“

T: „Měla jsi o modelu CARE a nástrojích dostat informací na začátku? Odkud?“

I: „Tak s metodou jsem se seznamovala pod vedením zkušeného kolegy, pomohly mi náslechy, samostudium a intervize. Uvítala bych i delší a systematičtější teoretickou přípravu, možná na to téma supervizi. Pak taky samostudium. Seznamování probíhalo v počátcích pandemie, uvítala bych delší a systematičtější přípravu, která vzhledem k okolnostem nebyla možná.“

T: „Věřila jsi metodě?“

I: „Ze začátku příliš ne.“

T: „Měla jsi pocit, že bude fungovat při práci s klientem, že bude mít konkrétní výsledky?“

I: „V začátcích používání jsem měla o výsledcích pochybnosti“.

T: „Jak se Ti dařilo převádět svoje teoretický znalosti o metodě a nástrojích do praxe, věděla jsi jak?“

I: „Taky ne, ze začátku.“

T: „A co otevřenost metodě, ochota přijmout zodpovědnost, nebo spíš to bylo o pocitu povinnosti, nebo ještě jinak?“

I: „Já bych řekla, že ty pocity byly dost smíšený a vzájemně se prolínaly.“

T: „Vzpomeň si prosím na začátky práce s nástroji s Tvými klienty. Co Ti vyhovovalo a co naopak, nebo bylo nejasný a nesrozumitelný. Můžeš zkusit konkrétně k jednotlivým nástrojům?“

I: „Práce s osobním profilem mi pak s klientem vyhovovala, teď s ním pokládám práci za přínosnou. Osobní plánování a hledání cílů se odvíjelo od daného klienta, možností a navození nějaké spolupráce. Záleželo na jeho motivovanosti, míře aktivity a zapojení. U semaforu zas rychle přišly pocity, že je matoucí. Ty otázky se tam hodně opakovaly, byly složité, těžko šlo rozlišit různé fáze...je to spíš pro okolí klienta. Za mě je potřebné v takové situaci pomoci klientovi se v daném zorientovat, společně to pak nějak analyzovat a najít jeho zdroje a vhodné způsoby, jak psychické problémy zvládnout, motivovat ho přitom k aktivnímu řešení.“

T: „Popíšeš mi teď, jak ta situace s nástroji vypadala v době, kdys měla s nimi už jistotu, v tom smyslu, že se staly součástí Tvojí praxe v týmu?“

I: „Bylo to stejný.“

T: „Letos se v týmu začal používat IROC místo mapovacího Osobního profilu. Jaký vidíš teď, když máš to srovnání výhody a nevýhody Osobního profilu, můžeš nějak popsat?“

I: „Ta zkušenost s IROCEm je hodně krátkodobá teď, nedokážu na to asi relevantně odpovědět a popsat ty výhody a nevýhody ve srovnání. Ale zkusím to. CARE má širší záběr, s klientem jde víc do hloubky při hledání souvislostí, a to mi vyhovovalo. IROC je zaměřený na to období posledních tří měsíců, klient si líp vybaví a propojí jednotlivé oblasti, ale nejde vůbec do hloubky. Pak taky jednodenní proběhlý seminář k používání IROC mapování nepokládám za dostačující seznámení s tím nástrojem a se zavedením do praxe.“

T: „Můžeš asociovat několik adjektiv ke všem nástrojům, první k Osobnímu profilu?“

I: „Individuální, konkrétní, kvalitní, vystihující, respektující, klíčový. K Osobnímu plánu mám konkrétní, jasný, stručný, výstižný, aktuální,

aktivizující, podpůrný. A k semaforu spíš teoreticky, jako k nástroji krizového plánování. Potřebný, důležitý, odpovídající, relevantní, nápomocný.“

T: „Když se teď zaměříš na jeden nejdůležitější přínos a jeden nedostatek u každého nástroje, co Tě napadá?“

I: „Osobní profil jako klíčový nástroj spolupráce a že mapuje silný stránky a přání klienta, to je plus. Mínus nevidím. U plánu pak plus návaznost na profil, když z něj vychází, že to má spojitost a souvislosti a taky že je možný pak stavět akční plán zotavení. Mínus taky nevidím. U Semaforu zase spíš bez vyjádření, krizák, co teď používáme je určitě plus včasný rozpoznání a taky možnost předejít krizi a převzetí do péče, před tím, než se případně zhorší stav. Mínus taky žádný.“

T: „Co dalšího se Ti vybavuje při reflexi práce s metodikou CARE z hlediska jejích přínosů a nedostatků?“

I: „Líbí se mi maximální zaměření na zotavení s tím, že využívá práci tady a teď. Hodně cením ještě, že je důležitý soulad s přáními klienta. A taky posilování silných stránek. Tohle zaměření na silný stránky pokládám za hodně užitečné a často klíčové pro další spolupráci. Jeho možnosti, co má rád, v čem je dobrý, co se mu dařilo v minulosti. Myslím, že hledání a popis silných stránek může směřovat ke změně pohledu. ten klient si pak může líp uvědomit, že kromě určitých problémů má řadu schopností a dovedností, že něco už v minulosti dokázal a překonal, má kvality, který stojí za to ocenit. Pak se díky tomu aktivizují vnitřní zdroje a je pravděpodobný, že bude víc motivovaný ke spolupráci. Myslím, že je to oblast, která se dá úspěšně rozvíjet, aspoň do určitý míry a může to být základ na kterém se dá stavět dál. Tahle práce k sebeuvědomění, směřování k péči o sebe a respektu k sobě je jedna z cest, jak společně s klientem najít i zdravější vztah k sobě a uvědomit si, co se v životě děje. Ještě mi přijde zajímavá práce se systémem, včetně sociálního prostředí a je dobře, že to děláme, je to stěžejní. Když spolu rodina komunikuje, vznikají problémy ve vztazích a pak je potřeba je do toho zapojit, pokud se má problém vyřešit, pokud to tedy klient chce.“

T: „Narazila jsi v průběhu práce s metodikou nebo s nástroji na nějaké limity, došlo něco někde za pomyslnou hranici možností, z Tvého úhlu pohledu?“

I: „U hospitalizovaných lidí je to potíž. Tam najednou CARE neCARE. Když má oddělení režimový opatření a ta metodika a její využití s tím není vůbec v souladu. Střídání oddělení, ošetřujících lékařů nebo sester anebo když je tam zavřený roky, to známe. Jak se pak má zotavovat, když už tam je sedm let a asi

jich má ještě pár před sebou, to se pak dělá celý recovery hodně blbě. Pozitiva vidím jenom v prostoru využití času hospitalizace pro navazování spolupráce, když tam nejdou právě ty překážky.“

T: „Napadá Tě ještě něco?“

I: „Aktualizace a ta potřeba mít každé tři měsíce doplnění s klientem, prostě to mi přijde nereálný a jsem pak pod tlakem, i kvůli tomu, že ne všichni klienti se se mnou setkávají jednou nebo víckrát týdně, cítím se pak blbě, že nemám hotovu svojí práci. Ale radši dám někdy přednost s klientem být bez papírů, taky to nemám ráda.“

T: „Měla práce s nástroji nějaký vliv na Tvůj rozvoj v profesně-osobní rovině? Míním opravdu jakýkoliv, pozitivní, negativní...“

I: „Určitě. Propojení terapeutické práce s prací case managera, jak to jde nejlíp uchopit ve prospěch klienta a spojit obě profese dohromady, aby to nešlo proti sobě. Potvrzení, že je správné pracovat se silnými stránkami, zaměření tady a teď.“

Rozhovor 8: respondentka Aneta (A), tazatelka (T)

T: „Můžeš se prosím představit, nebo jestli chceš, i nějak přechíst co sis připravila? Budu se kdyžtak doptávat.“

A: „Je mi 38 a v týmu dělám peerku, jsem teda i vystudovaná v sociální práci. Tuhle práci dělám asi šest let, s pauzou, pak by to bylo dohromady osm. A s lidma se zkušeností myslím devět roků.“

T: „Vzpomeň si prosím na začátky práce s CAREm, jaký pro Tebe bylo seznamování s metodikou i s nástrojema práce?“

A: „Bylo to srozumitelné, hlavně se mi líbila část zaměřující se na přání.“

T: „Měla jsi pocit, že máš do začátku dost informací a odkud jsi je čerpala?“

A: „Ano, měla jsem dost informací, prošla jsem si příručku metody CARE, probíhaly konzultace v týmu a náslechy. A pak hlavně od kolegů.“

T: „Věřila jsi metodě?“

A: „Nejdřív mi nebylo jasné, v čem je přínos pro klienta, když si povídáme o minulosti a současnosti. Pro mě jako pracovníka to přínosný bylo, pomohlo mi to poznat klienta. Vůči klientovi jsem vnímala jako nejdůležitější kolonku mapující jeho přání.“

T: „Měla jsi pocit, že to bude fungovat? Že budou vidět konkrétní výsledky při práci s klientem?“

A: „To, že můžou fungovat ano, ale nedá se říct s jistotou vždycky, že budou...vždyť se všechno odvíjí od aktivity klienta a na ní se taky všechno zastavuje. Pokud žádná aktivita není.“

T: „Věděla jsi, jak pracovat s teoretickými znalostmi pak v praxi?“

A: „Pracuju částečně i intuitivně, ale ano. Bylo důležité správně vést hovor na téma silných stránek.“

T: „Byla jsi nové metodě otevřená anebo spíš jsi měla pocit povinnosti z nařízení používání CARu, nebo ještě jinak?“

A: „Od začátku tady pracuju s CAREm, neměla jsem vlastně moc srovnání a předtím si úplně nevybavuju. Brala jsem to jako daný fakt. Ale myslím, že je důležitý vyzkoušet nový nástroje, když můžou vést k lepší spolupráci.“

T: „Vzpomeň si prosím na začátky práce s nástrojema s klienty. Jaký to pro Tebe bylo a co si vybavíš k jednotlivým nástrojům, co bylo přínosné a co naopak anebo co bylo nesrozumitelné?“

A: „Pamatuju si nejlíp profil, přišlo mi to srozumitelný, nejlepší byla část zaměřující se na přání toho klienta, využívá maximální potenciál a taky je podpůrný a přehledný, jako mapovák. Přínosný a bylo důležité zaměřit se na silné stránky. Plán taky jasný a konkrétní, skvělý nástroj pro to, aby klient viděl jasně, jestli tam došlo ke změně v jeho životě. Co kdo bude dělat a že si řekne dobu do kdy se to udělá. Pak je dobře taky vidět, jestli splnil cíl a je to strukturované. Dobře jdou vidět zdroje a časový rozmezí, kdy si klient specifikuje dobu, do kdy se má cíl naplnit. Co se týče Semaforu, ten pro mě byl náročný, některé otázky byly zbytečné a klienti sami často nevěděli, jak mají odpovědět, složitě napsané. Zdálo se, že se ptám pořád na to samý... většinou klient rozlišoval mezi dobře a špatně a málokdo dokázal rozlišit ten stav mezi, ale ze začátku se mi zdál dobrý, podrobný. Na základě zkušenosti pak byl matoucí. Je to nástroj pro okolí klienta, kteří vědí, jak se mají chovat a co klient v krizi potřebuje, a naopak co mu nedělá dobře.“

T: „V době, kdy jsi měla s nástrojema už praxi, změnilo se to nějak, ta situace?“

A: „Pracuju celou dobu částečně intuitivně, s mapováním jsem hodně pomáhala a používala jsem profil ráda. Hlavně kvůli tomu pozitivnímu rozhovoru, stal se běžnou součástí naší praxe. Plán je za mě furt stejný, je to funkční a vede to k naplnění cílů klienta. A Semafor se mi nedělal dobře, nebyl funkční na základě toho, že klienti mu nerozuměli, žádný zlepšení. Pořád hrozný, přišlo mi fakt hloupý se na některé otázky ptát pořád znovu.“

T: Letos se začal místo Osobního profilu používat IROC. Zkusíš mi popsat, v čem teď vidíš, při tom srovnání, výhody a nedostatky profilu?“

A: „CARE mi přišel víc komplexní a konkrétní v jednotlivých oblastech, víc přínosný pro mě jako pro pracovníka. I kvůli přáním, i pohledu na minulost, nejen poslední tři měsíce, který mohou být ovlivněný třeba hospitalizací a tudíž jaký mi to pak dává obrázek o jeho životě, pak když vidím do jeho minulosti za delší dobu, víc pak rozumím jeho současnosti, můžu líp pojmenovat i rizika. Líp to definuje tu spolupráci a cíle a taky se skrz něj líp navazuje vztah.“

T: „Můžeš vyjmenovat nějaké adjektiva k nástrojům, jaké podle Tebe jsou, ať už pozitivní anebo i negativní?“

A: „Funkční, přehledný, srozumitelný, vypovídající, nápomocný, pestrý a rozmanitý. Osobní plán. Konkrétní, jasný, jednoduchý, měřitelný. K Semaforu myslím, že mě nenapadá to správné slovo. Nevhodný pro naši cílovou skupinu“.

T: „A napadá Tě k nástrojům jeden nejvýznamnější přínos a jeden nedostatek?“

A: „U Osobního profilu vidí klient svůj vývoj v čase, nebo by mohlo být plus budování vztahu spíš. Mínus nevidím asi žádný. Osobní plán je plus jasný a zřetelný časový dělení, jednoduchost, mínus taky ne. A semafor teoreticky by měl předcházet krizi. Mínus je ta složitost.“

T: Co dalšího se Ti vybavuje, když se zamyslíš nad prací s nástroji, co bylo dobré a co ne?“

A: „Je to taková praktická věc, ale Osobní profil šel zpracovat i v době covidu po telefonu.“

T: „A co nějaký limity při práci s nástroji, nebo hranice možností, které by byly překročený, stalo se Ti někdy něco takového?“

A: „Jenom s klientkou, která byla tak paranoidní, že o sobě nechtěla říct vůbec nic.“

T: „Vnímala jsi nějaký vliv práce s nástroji, ať už pozitivní nebo negativní, na Tvůj rozvoj jako pracovníka a jako člověka?“

A: „Cítím větší důvěru sama v sebe, nebát se projevit vlastní názor a ukázat i jiný pohled na situaci. Trochu jinak taky uvažuju o klientech, pomohlo mi i k navázání vztahu a důvěry.“