

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut Sociologických studií

Katedra Veřejné a sociální politiky

Bakalářská práce

2019

Johana Prokopová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut Sociologických studií

Katedra Veřejné a sociální politiky

**Multidisciplinární tým v implementaci Center duševního
zdraví**

Bakalářská práce

Autor práce: Johana Prokopová

Studijní program: Sociologie a Sociální politika

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D

Rok obhajoby: 2019

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 30. 7. 2019

Johana Prokopová

Bibliografický záznam

PROKOPOVÁ, Johana. *Multidisciplinární tým v implementaci Center duševního zdraví*. Praha, 2019. 61 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut Sociologických studií. Katedra Veřejné a sociální politiky. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rozsah práce: 97 097 znaků

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá multidisciplinárními týmy Center duševního zdraví, která jsou budována v rámci implementace Reformy psychiatrické péče v České republice. Cílem práce je zjistit, jaká je role a funkce Center duševního zdraví a jejich multidisciplinárních týmů v systému péče o osoby s duševním onemocněním a jak tento nový prvek psychiatrické péče funguje v praxi. Na implementaci a fungování multidisciplinárních týmů je nahlíženo perspektivou jejich členů, se kterými bylo v rámci výzkumu uskutečněno sedm polostrukturovaných rozhovorů. Na základně výpovědí dotazovaných práce předkládá výhody práce v multidisciplinárním týmu s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním, ale rovněž komplikace, které pracovníci v pilotním provozu Center duševního zdraví pocítují.

Annotation

This bachelor thesis deals with multidisciplinary teams of Centres of Mental Health, which are built within the implementation of the Reform of the psychiatric care system in the Czech Republic. One of the aims of this work is to find out the role of Centres of Mental Health and their multidisciplinary teams in the system of care for people with mental illness. The thesis also aims to find out how this new element of psychiatric care system in the Czech republic works in practice. The implementation and functioning of multidisciplinary teams are viewed from the perspective of their members, with whom seven interviews were conducted. Based on the testimonies of the interviewees, the theses presents the benefits of working in a multidisciplinary team with a target group of people with mental illnesses. In addition to the benefits of working in such teams, also the complications, which the staff experiences are discussed.

Klíčová slova

Centra duševního zdraví, CDZ, multidisciplinární tým, komunitní péče, duševní onemocnění, Reforma psychiatrické péče, zdravotně-sociální péče

Keywords

Centres of Mental Health, multidisciplinary team, community care, mental illness, Reform of the psychiatric care system, health-social care

Title

Multidisciplinary team in the Implementation of Centres of Mental Health

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem respondentům za ochotu se mnou sdílet své zkušenosti a názory. Velice si vážím přívětivosti a otevřenosti, se kterými odpovídali na mé dotazy. Veliké poděkování patří rovněž PhDr. Karolíně Dobiášové, Ph.D za její ochotu, přátelský přístup a cenné odborné rady.

Obsah

Úvod	2
1. Výzkumné cíle a otázky	4
2. Teoretická východiska	5
2.1 Implementace, její pojetí a proces	5
2.2 Teorie liniových pracovníků	7
2.3 Case management	8
2.4 CARE	11
3. Data a metodologie	12
3.1 Metodologický přístup a výzkumný design	12
3.2 Využití sekundárních dat	13
3.3 Využití primárních dat	14
3.3.1 Výběr případů	14
3.3.2 Výběr respondentů	14
3.4 Metoda sběru dat	15
3.5 Metoda analýzy dat	16
4. Reforma psychiatrické péče v ČR	18
4.1 Současný stav Reformy	19
5. Centra duševního zdraví (CDZ)	21
5.1 Filozofie poskytované péče – Recovery	22
5.2 Multidisciplinarita	22
5.3 Standardy péče v CDZ	23
5.4 Metodika Programu podpory Center duševního zdraví	28
5.5 Současný stav Reformy v kontextu CDZ	31
6. Výsledky empirického šetření – vícečetná případová studie CDZ	33
6.1 Multidisciplinarita týmu	33
6.2 Problematika zdravotně-sociálního pomezí	35
6.3 Přetíženost členů MT a její důvody	38
6.3.1 Personální zajištění CDZ v pilotním provozu	39
6.3.2 Objem administrativy	40
6.3.3 Počet klientů CDZ a systém péče o ně	41
6.4 Chybějící metodika	43
Závěr	47
Použité zdroje	52
Seznam příloh	57
Příloha č. 1: Scénář rozhovoru	58
Příloha č. 2: Informovaný souhlas	60

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám multidisciplinárními týmy Center duševního zdraví (dále CDZ), která jsou v současné době budována v rámci implementace Reformy psychiatrické péče v České republice (dále Reforma). CDZ vznikají v našem prostředí jako nový prvek systému péče o osoby s duševním onemocněním, přičemž členové jejich multidisciplinárních týmů jsou koncovými aktéry v jejím poskytování.

Ráda bych se pokusila o zhodnocení procesu implementace a zmapování fungování již existujících Center duševního zdraví z perspektivy jejich pracovníků. Cílem práce je popsat multidisciplinární týmy CDZ a zjistit, jak tento nový prvek psychiatrické péče funguje v praxi. Konkrétně se zaměřím na CDZ, která zahájila svůj provoz v roce 2018 v první vlně implementace. Pilotní provoz probíhá v rámci projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR a je financován z Evropského sociálního fondu, trvat bude 18 měsíců. Konkrétně v rámci tohoto projektu vzniklo pět CDZ, která působí na několika místech České republiky: Praha – Prosek, Praha – Strašnice, Havlíčkův Brod, Přerov a Brno.

Reforma (Psychiatrická společnost, 2017) přichází s myšlenkou a cílem zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a dle zahraničních zkušeností by měla trvat 15-20 let. Hlavním důvodem realizace Reformy je dlouhodobá stagnace úrovně psychiatrické péče u nás, která je poskytována pomocí zastaralých technických materiálů a v zastaralém prostředí. Vzhledem k rychlosti, se kterou se obor psychiatrie vyvíjí, se stává takto poskytovaná péče neadekvátní a je nutné, aby prošla změnou.

“Vnitřní uspořádání psychiatrické péče v ČR je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Od těchto států se však lišíme značně vyšším HDP per capita.” (Winkler et al., 2013)

Výše uvedená citace pochází z výzkumu vedeného Petrem Winklerem, který pomocí sociomappingu dále přibližuje tuto skupinu států jako státy, které na oblast psychiatrie

typicky vyčleňují nízký podíl celkových zdravotnických výdajů. Přítomna je i koncentrace péče v psychiatrických léčebnách bez dostatečně rozvinuté komunitní péče. (Winkler et al., 2013) To si mimo jiné klade Reforma za cíl změnit, komunitní péče bude realizována právě prostřednictvím CDZ.

1. Výzkumné cíle a otázky

Práce si klade za svůj hlavní cíl zmapovat roli a fungování multidisciplinárních týmů v Centrech duševního zdraví, která jsou implementována v rámci Reformy psychiatrické péče perspektivou členů multidisciplinárního týmu. Za důležitou pokládám prvotní deskripci situace dosavadní péče a jejích případných mezer a omezení, které by měl nový prvek systému zaplnit. Stěžejní je tedy explorace očekávané role a funkce těchto center a jejich multidisciplinárních týmů v novém systému a porozumění vnitřní organizaci a předpokladům, které by multidisciplinární týmy měly splňovat. Následně pak zhodnocení procesu implementace a porovnání očekávaného fungování multidisciplinárních týmů s praxí. Otázky a cíle, které si ve své práci pokládám, považuji v současné době za užitečné zejména z důvodu možnosti identifikace problémů, se kterými se pracovníci CDZ mohou potýkat, a navržení případných doporučení pro optimální fungování jejich multidisciplinárních týmů v dalších CDZ vznikajících v rámci implementace Reformy.

Cíl číslo 1:

Zjistit, jaká je role a funkce CDZ a jeho multidisciplinárního týmu v Reformě psychiatrické péče.

- 1) Jak vypadá psychiatrická péče v České republice, v čem spočívá potřeba zavádění nového článku v systému – CDZ?
- 2) Jaké jsou výhody práce multidisciplinárního týmu oproti jiným systémům péče?
- 3) V čem spočívá funkce multidisciplinárních týmů v nově vznikajícím systému péče o osoby s duševním onemocněním?

Cíl číslo 2:

Zhodnocení procesu implementace multidisciplinárních týmů v CDZ.

- 1) Co jsou klíčové aspekty v procesu implementace multidisciplinárních týmů v Centrech duševního zdraví?
- 2) Jaké jsou překážky širší implementace?

Cíl číslo 3:

Zjištění reálného fungování multidisciplinárních týmů v již existujících CDZ.

- 1) Jaké jsou limity navrhovaných opatření pro práci multidisciplinárních týmů v CDZ?
- 2) Do jaké míry koresponduje činnost multidisciplinárních týmů s navrženými standardy?

Cíl číslo 4:

Navržení možných doporučení pro implementaci dalších CDZ a optimální fungování multidisciplinárních týmů.

2. Teoretická východiska

Pro svou práci jsem zvolila dvě základní veřejně politická teoretická východiska. Prvním východiskem je proces implementace, který je dle mého názoru důležité v práci blíže popsat a specifikovat pro ukotvení zkoumaného problému. Dále jsem využila Teorie liniových pracovníků, která se váže konkrétněji na aktéry procesu implementace, na které se v práci zaměřuji.

Dalšími, spíše konceptuálními východisky, jsou modely přístupů v poskytování služeb: model case managementu a model CARE, které jsou využívány u v práci zkoumaných multidisciplinárních týmech CDZ.

2.1 Implementace, její pojetí a proces

Před podrobnějším hodnocením procesu implementace konkrétní politiky či reformy, je důležité vymezit, jak je samotný pojem implementace chápán a co si pod ním představit. Pojem implementace je možné v češtině přeložit jako „uskutečňování“, ve smyslu realizace nějakého záměru veřejné politiky (Potůček, 2016). Winkler (2014) ovšem upozorňuje na to, že v odborné literatuře nemá slovo implementace jednoznačný význam, což je způsobeno převážně rozdílností chápání implementace jednotlivými přístupy a autory. Dvě hlavní pojetí implementace jsou: implementace jako „uskutečnění nějakého programu ve výstupech a

výsledcích” a implementace jako “proces nebo výkon politického programu” (Lane in Winkler, 2014).

Při hodnocení implementace se pracuje rovněž s pojmem “implementační deficit”, který představuje situaci, kdy nebyly naplněny původní záměry politických programů. Došlo k jejich částečné nebo neúspěšné implementaci. V pojetí implementace jako uskutečnění politických záměrů hodnotíme, zda byly tyto záměry naplněny. V pojetí druhém se zaměřujeme na implementaci jako proces proměny a vývoje záměrů v čase. (Winkler, 2014)

V souvislosti s oběma pojetími implementace se liší i přístupy k analýze implementačního procesu. Mezi typické přístupy patří přístupy označované “shora-dolů” (“top-down”) a “zdola-nahoru” (“bottom-up”). Přístup shora-dolů je z hlediska objevování se v literatuře starší, analýzy implementace se do konce 70. let prováděly právě jím. Od 80. let se začal vyvíjet přístup zdola-nahoru. (Winkler, 2014)

Analýza implementace přístupem shora-dolů

Analýza pomocí metodiky shora-dolů začíná u tvorby programových rozhodnutí a plánů vládních úředníků a dále se při analyzování ptá na to, jak byly s těmito cíli konzistentní aktivity implementujících úředníků. Do jaké míry bylo dosaženo naplánovaných cílů, jaké faktory tuto míru ovlivnily a jak byl politický program korigován na základě dosavadních výsledků implementačního procesu. (Winkler, 2014)

Sabatier a Mazmanian (1979) ve své studii uvedli 5 podmínek efektivní implementace politiky (z pohledu shora-dolů):

- 1) Program je založen na zdravé teorii, která vede k dosažení požadovaného koncového stavu.
- 2) Požadavky jsou jednoznačně definovány tak, aby maximalizovaly pravděpodobnost dosažení požadovaných výsledků.

- 3) Implementující úředníci disponují značnými manažerskými a politickými dovednostmi a zavazují se k ustanoveným cílům.
- 4) Program je aktivně podporován organizovanými zájmovými skupinami a několika klíčovými zákonodárci v průběhu celého procesu implementace. Soudy jsou neutrální podporou.
- 5) Priorita cílů není významně podlomena vznikem konfliktů ve veřejných politikách nebo změnami v relevantních socioekonomických podmínkách.

Analýza implementace přístupem zdola-nahoru

Tento přístup nevychází tolik z politických ustanovení tak jako přístup shora-dolů. Spíše se zaměřuje na rozsah, v jakém jsou cíle programu dosahovány a ptá se proč. Přístup zdola-nahoru vychází z identifikace sítě všech účastníků, kteří se podílejí na poskytování dané péče v určité oblasti. Zkoumá jejich cíle, aktivity, strategie a kontakty. Následně tyto získané kontakty využívá k identifikaci lokálních aktérů zapojených do procesu tvorby a implementace politiky. Analýza nezačíná u vládních strategií, ale u jednotlivých aktérů a zaměřuje se na jejich konkrétní problémy a strategie. (Winkler, 2014)

2.2 Teorie liniových pracovníků

Teorii liniových pracovníků ve své knize *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services* vydané roku 1980 poprvé představil Michael Lipsky. Linioví pracovníci („Street-level bureaucrats“) jsou pracovníky veřejných služeb, kteří při výkonu své práce přímo interagují s občany a mají relativně velkou svobodu v rozhodování o konkrétních řešeních. Typickými liniovými byrokraty jsou dle Lipského učitelé, policisté, sociální pracovníci, soudci, právníci, zdravotničtí pracovníci a další zaměstnanci veřejné správy přicházející do přímého kontaktu s obyvateli. (Lipsky, 1980)

Linioví pracovníci jsou ve svých každodenních rozhodováních ovlivňováni tlakem ze svého okolí. Tito pracovníci jsou vystavováni v pracovním prostředí nejednoznačným a náročným podmínkám. Jejich práce je zatížena psychickým tlakem z podstaty povolání samotného a rovněž požadavky měnících se veřejných politik. Dále je na ně vyvíjen tlak ze strany

ostatních hierarchicky jim nadřazených pracovníků. Pracovníci mezi sebou zastávají a snaží se naplnit různé cíle. Vysoce postavení pracovníci se snaží naplnit svůj záměr co možná nejpřesnějším respektováním a splnění předem stanovených strategických cílů, zároveň se ale snaží respektovat požadavky (svých podřízených) liniových pracovníků. Linioví pracovníci usilují o co možná největší autonomii, protože tak si mohou zajistit co nejsvobodnější rozhodování v řešení konkrétních problémů svých klientů. Dochází tak k tomu, že si v důsledku nejednoznačných a náročných pracovních podmínek, kterým jsou linioví pracovníci vystavováni, vytváří vlastní pracovní strategie a mohou tak tvořit politiku, která nekoresponduje s původními strategiemi. (Horák, Horáková, 2009)

Tyto specifické strategie umožňují liniovým pracovníkům zmírnit stres, který je na ně vyvíjen. Při své práci mají odpovědnost vůči svým nadřízeným a tvůrcům daných veřejných politik, ale stejně tak vůči svým klientům. Výše zmiňovaná snaha o získání co největší možné autonomie patří mezi tyto strategie. Další strategií je například využívání rutinního chování, které jim umožňuje vypořádat se s náročnými podmínkami, ve kterých pracují. Mezi ty patří například neadekvátní finanční či legislativní podpora, stejně tak ovšem zdroje osobní zahrnující dostatečné zkušenosti nebo schopnost rychle se rozhodovat. Obzvláště v kritických situacích, které si žádají rychlá rozhodnutí, pak rutinní chování může představovat užitečnou strategii, jak v situaci obstát. (Lipsky, 1980)

2.3 Case management

Case management, v českém prostředí znám také pod označením „případové vedení“ (Stuchlík, 2001), je jednou z metod péče o osoby s duševním onemocněním, která je v současnosti v sociálních službách využívána. Její vývoj a rozšíření bylo značně ovlivněno „trendem“ deinstitutionalizace komunitní péče a potřebou propojení a návaznosti poskytovaných služeb, které začaly být klientům poskytovány bez záštity jedné instituce (Matoušek a kol., 2010). Význam Case managementu je v poskytnutí stěžejního místa, které pomůže klientovi získat potřebnou péči v roztržitém systému jejího poskytování (Rapp, Goscha, 2004).

Case management zahrnuje více různých modelů, v nichž se liší postup poskytované péče a její idea. Mezi méně účinné patří tzv. Brookers model, v němž sociální pracovník nenavazuje s klientem terapeutický vztah a je pouze jakýmsi „funkčním článkem“ v organizaci poskytovaných služeb. Více efektivnější je přístup klinického případového vedení či sociálního případového vedení, kde již sociální pracovník přímo poskytuje služby. U sociálního případového vedení je kladem důraz na klientovu sociální síť, prostředí, ve kterém žije, rodinu a další klientovi vazby. Využívána je rovněž psychiatrická rehabilitace. (Matoušek a kol., 2010)

Case managementu je možné využívat při práci jednoho pracovníka (ten je tak automaticky pokládán za case managera), či práci v multidisciplinárním nebo jiném týmu pracovníků. V tomto případě je nutné zvolit jednoho „klíčového“ pracovníka, který se stává case managerem konkrétního případu (konkrétního klienta) a je jeho vedoucím pracovníkem, který za případ odpovídá a jeho slovo se stává v rozhodování hlavním. Další pracovníci poskytují klientovi další potřebné služby, nenacházejí se hierarchicky níže pod case managerem, ale měli by brát ohled na rozhodnutí case managera a jeho terapeutický plán. Case manager v práci s klientem navazuje dlouhodobý vztah, který předpokládá důkladnou znalost historie případu, poznání klienta, jeho potřeb, možností a limitů (Matoušek a kol., 2010). Důležitá je komplexní znalost všech aspektů klientova života, díky nimž může case manager volit správná rozhodnutí a tvořit efektivní terapeutické plány.

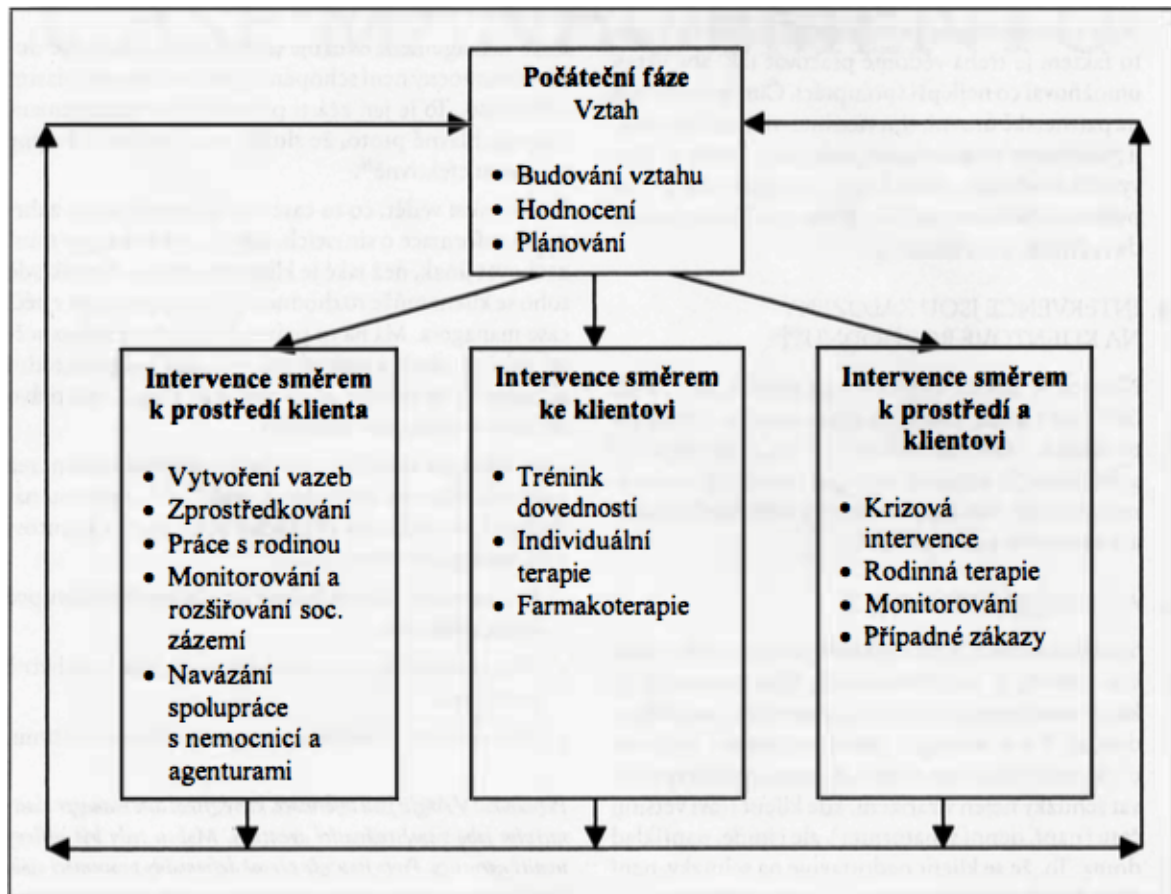
Stuchlík (2001) uvádí několik hlavních výhod, které case management do práce s klienty přináší. Jsou to: dostupnost péče klientům, její kontinuita, koordinace služeb, přizpůsobivost péče konkrétnímu klientovi a jeho individualitě a efektivita služby. Péče poskytovaná klientům s vážným duševním onemocněním by se měla řídit šesti zásadami:

- Zaměření na zdravé stránky klienta spíše než na stigmatizující diagnózu
- Kvalita vztahu mezi case managerem a klientem
- Klientova rozhodnutí a přání
- Asertivní přístup case managera
- Podpora klienta v učení a zlepšování se

- Využití komunitních zdrojů k naplnění klientových potřeb a přání

Úkoly Case managementu ukazuje následující schéma č. 1 (dle Onyetta in Stuchlík, 2001), dle kterého lze úkoly v aplikaci na prostředí duševního zdraví rozdělit na dva okruhy: 1) počáteční fázi a 2) prováděné intervence.

Schéma č. 1: Úkoly case managementu



Zdroj: Stuchlík, 2001

2.4 CARE

Comprehensive Approach to Rehabilitation je celý název psychosociálního rehabilitačního přístupu, který je často označován zkráceně jako CARE. Jeho autory jsou Dirk den Hollander a Jean-Pierre Wilken, kteří přístup zavedli nejprve v Nizozemsku, odkud se však postupně rozšířil po celém světě. Metoda se stále rozvíjí a je ji možné uplatnit u širokého spektra cílových skupin, do kterého patří i osoby s vážným duševním onemocněním. Hlavním cílem metody je zlepšení kvality života klienta a jeho začlenění do komunity (CARE Česká republika, 2017).

Autoři přístupu akcentují v péči propojený vztah tří „stran“ – triády, která je tvořena klientem, pracovníkem pomáhající profese a důležitými osobami z klientova zázemí. Je žádoucí, aby mezi těmito stranami v průběhu péče vznikl konstruktivní „dialog“, který umožní podporu a motivaci klienta v průběhu péče. Ve vztahu pracovníka a klienta je obzvláště důležité vytvoření pevného vztahu založeného na vzájemné důvěře a porozumění. (Wilken, Hollander, 1999)

Model CARE staví svou filozofii na principu Recovery (Zotavení), zaměřením se na silné stránky jedince a na jedinečnosti každého člověka – to znamená vnímání klienta tady a teď s jeho přáními, schopnostmi a obavami a odklonění se od diagnózy jako hlavního hodnotícího kritéria. Jednou z hlavních zásad je zaměřením se na klientova přání a cíle. Pomocí vytvoření klientova „Osobního plánu“ je možné určit nejdůležitější dlouhodobá přání či cíle a krátkodobější menší kroky, které pomohou k jejich naplnění. Osobní profil rovněž monitoruje klientovy silné a slabé stránky či jedincovy zdroje, přináší informaci o jedincově životě a sociálním prostředí. Dosažení jednotlivých menších cílů podporuje sebepojetí a motivaci jedince k postupnému přibližování se naplnění největšího přání. (Páv a kol., 2017)

3. Data a metodologie

V této části práce bych nejprve ráda blíže představila výběr metodologického přístupu a důvody, které jsem při volbě uvažovala. Zvolení si metodologického přístupu považuji za stěžejní část celého průběhu výzkumu, neboť získaná primární data, jejich sběr a následná analýza jsou odrazem přístupu, který jsem se rozhodla v práci následovat. Dále přibližuji, jak jsem provedla výběr výzkumného vzorku, jak tento vzorek vypadal a jaké výzkumné metody jsem uplatňovala následně při samotném sběru dat a při jejich analýze.

3.1 Metodologický přístup a výzkumný design

Práci jsem se rozhodla uchopit kvalitativním přístupem, který předpokládá zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí aktérů. Jeho cílem je získání komplexního obrazu problematiky, a to za pomoci získaných komplexních dat a navázání specifického vztahu mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu. (Šed'ová, Švaříček, 2014) Zvolený přístup považuji za adekvátní vzhledem k tomu, že na našem území nemáme dosud příliš zkušeností s fungováním multidisciplinárních týmů a CDZ, a jeví se mi tak výhodnější pro získání komplexnějšího obrazu problematiky.

Výzkum není zaměřen pouze na jedno CDZ, proto jsem jako výzkumný design zvolila vícečetnou případovou studii (multiple-case study), o kterou se jedná v případě, že jsou do výzkumného šetření zahrnuty minimálně dva případy (Chrastina et. al., 2015). Jak uvádí Hendl (2005): „*V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.*“. Yin (2014) navíc zmiňuje, že při výběru metodologického designu je vhodné případovou studii zvolit v případě, kdy se snažíme porozumět a vysvětlit, jak fungují určité současné fenomény. Vzhledem k tomu, že CDZ jsou v českém prostředí novinkou a mnoho poznatků o jejich fungování ještě nemáme, pokládám i proto zvolený design za adekvátní.

Vícečetná případová studie je Yinem (2014) doporučována spíše než případová studie zahrnující pouze jeden případ. Yin (2014) sám uvádí: „*Přestože mohou vést oba designy k úspěšné případové studii, když máte tu možnost (a zdroje), designy vícečetné případové studie mohou být preferovány před designem (jedno)případové studie. Pokud můžete vytvořit studii i s pouze dvěma případy, vaše šance vytvořit dobrou případovou studii budou*

vyšší než při využití designu s jedním případem.“. Toto doporučení vychází z předpokladu, že vícečetná případová studie má možnost získat silnější analytické závěry, jelikož vychází ze dvou a více případů, které jsou prakticky pojímány jako samostatné výzkumy. Vícečetná případová studie tak může efektivně stát proti kritice, která je vůči designu případové studie uplatňována. A to ta, že případ, se kterým pracujeme, může být příliš jedinečný na to, abychom závěry naší studie mohli jakkoliv zobecnit. Vícečetná případová studie tak přináší možnost silnější argumentace k podpoření našich závěrů. (Yin, 2004) Oproti případové studii má její vícečetná forma ovšem rovněž i určité nevýhody. Mezi ně může patřit to, že ji není možné provést vždy. V některých případech je obtížné pracovat s více případy v rámci jedné studie, ať už jde o požadavek popsání jednoho specifického případu, či jednoduše není možné nalézt další případy, které by bylo možné zahrnout. Další nevýhoda se týká samotného metodologického přístupu k datům. Ve vícečetné případové studii je třeba dle Yina (2014) pracovat s každým případem při analýze samostatně. Až závěry všech případů jsou zpracovány dohromady a sleduje se, zda se shodují či neshodují, případně v čem a proč tomu tak je. Jako určité riziko v analýze dat z vícečetné případové studie tedy můžeme sledovat nedodržení nezaujatého postoje při analýzách jednotlivých případů a možnost, že by závěry jedné analýzy mohly být ovlivněny druhou a jejich porovnání by tak ztratilo na validitě.

3.2 Využití sekundárních dat

Pro svůj výzkumný záměr v práci využívám mimo primárních dat rovněž data sekundární. Ta byla využita převážně v první části výzkumu pro bližší seznámení se s oblastí zájmu. V této části práce tak bylo využito sekundární analýzy dat, která proběhla ještě před samotným terénním výzkumem. V rámci „desk research“ jsem se zaměřila převážně na strategické a metodické dokumenty jako např. Strategie Reformy psychiatrické péče nebo Metodika programu Podpory Center duševního zdraví, legislativní dokumenty (např. Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví ve Věstníku MZ ČR), odborné práce týkající se multidisciplinárních týmů a odborné práce a analýzy systému psychiatrické péče u nás (např. An Overview of Mental Health in the Czech Republic – Tušková, Dobiášová, Duškov, 2019). Sekundárních dat bylo ovšem využito i ve vícečetné případové studii, kde jsem kromě zmiňovaných dokumentů využila rovněž tzv. „šedé literatury“ v podobě informačních letáků CDZ či informací na webových stránkách.

3.3 Využití primárních dat

V druhé, již empirické části, jsem provedla 7 polostrukturovaných rozhovorů s členy multidisciplinárních týmů již existujících a fungujících Center duševního zdraví. Mým cílem bylo provést rozhovory v alespoň dvou různých CDZ s členy týmu, kteří zastávají různé pozice. I z důvodu zaměření se na malé množství dotazovaných a konkrétní cíleně vybrané malé množství případů, považuji již zmiňovaný výzkumný design (vícečetná případová studie) za optimální (Hendl, 2015). Do vícečetné případové studie jsem tedy zahrнула dva případy – dvě různá CDZ, u kterých je možné najít případné odlišnosti ve fungování.

3.3.1 Výběr případů

Mým cílem bylo získat 6-8 rozhovorů v minimálně dvou různých CDZ, která se nebudou nacházet ve stejném městě. Do výzkumného vzorku jsem zařadila pouze CDZ, která vznikla v první vlně implementace Reformy psychiatrické péče a účastní se od roku 2018 pilotního provozu.

Na začátku procesu výběru jsem oslovila tři různá CDZ na různých místech České republiky s prosbou, zda bych se členy jejich multidisciplinárních týmů mohla provést rozhovory. Z oslovených třech CDZ jsem obdržela kladné odpovědi ze dvou CDZ, s jejichž zástupci jsem se následně domluvila na podmínkách, za jakých je možné rozhovory provést, s jakými členy týmu a v jakém termínu.

3.3.2 Výběr respondentů

Respondenty jsem oslovila prostřednictvím vedení CDZ, ve kterém pracují. Kromě uskutečnění 6-8 rozhovorů, bylo mým cílem také zařadit do výzkumného vzorku co nejrozmanitější spektrum pozic, které jsou v rámci multidisciplinárního týmu zastávány. Konkrétní osoby se k účasti na výzkumných rozhovorech přihlásily samy na základě informace od vedení centra o možnosti zúčastnit se. V jednom CDZ mi byly následně na dané osoby poskytnuty kontakty, jejichž prostřednictvím jsem se s nimi spojila a domluvila si místo a čas setkání. V druhém CDZ jsem všechny rozhovory uskutečnila po domluvě s vedením centra a konkrétní dotazovaní mi byli představeni až na místě před uskutečněním rozhovorů.

Následující tabulka č. 1 zobrazuje 7 dotazovaných, se kterými jsem uskutečnila rozhovory, jejich pozici, dobu práce v multidisciplinárním týmu a další informace týkající se rozhovoru.

Tabulka č. 1: Vzorek respondentů

Účastník rozhovoru	Pozice v MT	Člen MT od zahájení fungování CDZ	Délka rozhovoru (min.)	Místo rozhovoru
Y1	Specialista CDZ	Ano	51:13	CDZ
S1	Sociální pracovník	Ano	71:50	CDZ
S2	Vedoucí sociální pracovník	Ne, nástup v září 2018	53:45	CDZ
Z1	Všeobecná sestra	Ano	59:42	kavárna
Z2	Všeobecná sestra a sestra pro péči v psychiatrii	Ne, nástup v březnu 2019	35:12	CDZ
P1	Peer konzultant	Ano	66:36	CDZ
P2	Peer konzultant	Ano	28:03	CDZ

Zdroj: Autorka

3.4 Metoda sběru dat

Z celkových sedmi polostrukturovaných rozhovorů jsem provedla šest s účastníky výzkumu přímo na místě jejich pracoviště v příslušném CDZ, se sedmou respondentkou jsme se po předchozí domluvě sešly v kavárně a rozhovor tedy proběhl na veřejném místě. Pro rozhovory jsem si připravila Scénář rozhovoru (viz Příloha č. 1), který obsahoval 3 tematické okruhy, z nichž každý zahrnoval 4-8 podotázek (celkem jsem pracovala s 19 připravenými otázkami), kterých jsem pro dotazování využívala. Tematické okruhy se zabývaly 1) Pozicí dotazovaného pracovníka v multidisciplinárním týmu a obsahem jeho práce, 2) Zhodnocením práce v multidisciplinárním týmu a jeho výhodami/nevýhodami, 3) Procesem

implementace CDZ a multidisciplinárního týmu. V rozhovorech jsem tedy využívala polostrukturovaného dotazování, které Hendl (2005) popisuje jako způsob dotazování s „*definovaným účelem, určitou osnovou a pružností celého procesu získávání informací*“. Za výhodu této metody pokládám onu pružnost, která mi umožnila se u některých otázek zastavit déle tak, aby je mohl dotazovaný více rozvést či možnost se v průběhu rozhovoru doptávat a nedržet se striktně pouze připravených dotazů. Výhoda pružnosti dotazování tkví dle mého názoru rovněž v možnosti vést rozhovor plynuleji než při držení se striktního scénáře dotazování. Rozhovory tak působí více dojmem povídání, než výzkumného „vyptávání se“. Tato plynulost, kterou je možné do rozhovoru přenést, přispívá k lepšímu naladění dotazovaného a uvolnění se, což zpětně při hodnocení průběhu rozhovorů také velmi oceňuji. Jak doporučuje Hendl (2005), v rozhovorech jsem se snažila začínat otázkami, které se týkají přítomnosti a neproblémových skutečností. To v mém případě představovalo otázky na pozici dotazovaného v MT a jeho náplň práce. Až následně jsem se zabývala otázkami týkajícími se minulosti, hodnocením práce a implementace MT a vize dotazovaného do budoucnosti.

Všichni dotazovaní byli před začátkem rozhovoru obeznámeni s jeho průběhem a okruhy a rovněž se skutečností, že rozhovor bude nahráván a následně jeho výstupy použity pro mou bakalářskou práci. Dotazovaní tyto skutečnosti přijali a podepsali informovaný souhlas (viz Příloha č. 2), o což jsem je před začátkem nahrávání požádala. Rozhovory jsem tedy poté v průběhu celého rozhovoru zaznamenávala na diktafon a následně je pro další analýzu doslovně přepsala.

3.5 Metoda analýzy dat

Pro zpracování dat jsem využila tematické analýzy (Braun, Clarke, 2006), s jejíž pomocí jsem se snažila získat hlubší porozumění problematice a situacím, se kterými se pracovníci multidisciplinárního týmu v praxi setkávají. Úskalím zvolené metody analýzy by mohlo být obtížné identifikování témat mezi jednotlivými CDZ a jejich pracovníky. I z tohoto důvodu bylo nutné mít předem dobře připraven scénář rozhovoru se stěžejními tématy, která jsem v průběhu rozhovoru chtěla s dotazovanými otevřít.

Tematickou analýzu definují Braun a Clarke (2006) jako metodu vhodnou pro „identifikaci, analýzu a sdělení (z *angl. reporting*) vzorů (témat) v datech.“ Braun a Clarke (2006) upozorňují, že tematickou analýzu můžeme pojmout dvěma způsoby: jako induktivní (od „zdola-nahoru“) či jako teoretickou – deduktivní (od shora-dolů“). První z přístupů se vyznačuje tím, že je „řízen konkrétními daty“, s nimiž je analýza silně spjata. Témata se během analýzy vynořují, aniž by se je výzkumník snažil zařadit do předem daného kódovacího rámce, či si jimi odpovědět na konkrétní výzkumné otázky. Analýza není rovněž zatížena výzkumníkovým teoretickým poznáním v oblasti daného zájmu. Naopak teoretická analýza předpokládá existující teoretický základ a poznání dané oblasti. V rámci teoretické tematické analýzy se snažíme zodpovědět předem určené a jasně vymezené výzkumné otázky, které jsme si po bližším prozkoumání oblasti zájmu stanovili.

Vzhledem k povaze mé práce jsem se nejprve rozhodla využít teoretické tematické analýzy. Práce má jasně stanovené výzkumné otázky, které se analýzou rozhovorů s aktéry snažím zodpovědět. Rovněž pracuji již s nabytými teoretickými poznatky o dané oblasti, a to jak při vedení rozhovorů, tak dále při jejich analýze. Záměrně jsem se ve svém dotazování dotýkala témat a informací, které jsem nabyla předchozím mapováním oblasti implementace CDZ. Nicméně některé mnou stanovené otázky nemohly být detailně založeny na teoretickém poznání již v důsledku faktu, že je systém péče CDZ v České republice stále v rozpuku a nedošlo k jeho evaluaci. Při analýze dat tak docházelo i k vynoření zcela nových nepředpokládaných kódů a témat, a z toho důvodu bylo nutné pracovat rovněž s induktivním přístupem. Braun a Clarke (2006) sice neuvádějí, že by bylo možné tyto dva směry při tematické analýze kombinovat, nicméně za jednu z výhod využití této analýzy pokládají její flexibilitu. „Vzhledem k výhodám pružnosti tematické analýzy je důležité, abychom jasně zdůraznily, že se tuto flexibilitu nesnažíme omezit.“ (Braun, Clarke, 2006) Z tohoto důvodu jsem si dovolila v různých částech analýzy využít oba způsoby tematické analýzy – teoretický a rovněž induktivní.

4. Reforma psychiatrické péče v ČR

Jedním z prvotních aktů, které vedly k Reformě psychiatrické léčby, bylo připojení České republiky k několika klíčovým mezinárodním dokumentům z oblasti duševního zdraví (Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Komise evropských společenství) s cílem změny poskytované péče, která povede k zlepšení duševního zdraví obyvatel. Dokumenty byly podepsány v rámci revize psychiatrické péče v Helsinkách roku 2005. Posléze v roce 2007 vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP se spoluprací regionální kanceláře WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ na podporu Reformy psychiatrické péče v České republice. Ten nastartoval praktickou realizaci cílů, která byla přislíbena připojením se k výše zmíněným dokumentům.

Strategie Reformy psychiatrické péče (dále Strategie) byla schválena tehdejším ministrem zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem v roce 2013 a jejím globálním cílem je „*zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním*“. (Psychiatrická společnost, 2017)

Tento cíl Strategie (MZ ČR, 2013) dále rozděluje do sedmi dílčích strategických cílů:

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

Reforma a její Strategie vychází primárně z práce a kompetencí Ministerstva zdravotnictví ČR, nicméně pro celkovou proměnu systému a následné poskytování péče je nutná spolupráce dalších resortů. Pro rozvinutí oblasti sociálních a dalších následných služeb péče

je klíčové Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a v neposlední řadě Územní krajské samosprávy. (MZ ČR, 2013)

Hlavními pilíři, o které se Strategie nové psychiatrické péče opírá, jsou: psychiatrické léčebny, ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic a Centra duševního zdraví. CDZ se v péči o klienty objevují jako nový prvek, zbylé tři pilíře již v současném systému figurují.

4.1 Současný stav Reformy

V návaznosti na výše zmíněné strategické cíle jsou vytvořeny a realizovány konkrétní projekty, které mají vést k jejich naplnění. Pro realizaci projektů v období od roku 2017 až do roku 2021 byla schválena finanční dotace 1 miliarda Kč z *Operačního programu zaměstnanosti* v podobě Evropských strukturálních a investičních fondů. Příjemce této dotace je Ministerstvo zdravotnictví ČR, které realizuje projekty: *Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II, III; Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné; Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné a Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným*. Dále pak Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který realizuje projekt *Analytická a datová podpora reformy psychiatrické péče* a Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) realizující programy *Včasná detekce a včasná intervence a Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče*. (Protopopová, 2018)

Projekty *Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II* jsou již ve fázi realizace, třetí navazující projekt prozatím spuštěn nebyl (více viz podkapitola 5.5). Další ze tří projektů realizovaných MZ ČR již v současné chvíli probíhají. Hlavním cílem projektu *Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné* je přechod osob s duševním onemocněním z ústavní do komunitní péče (MZ ČR, 2017a), projekt *Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným* má do péče pomoci zavést a standardizovat multidisciplinární přístup jako základní přístup péče o osoby s duševním onemocněním (MZ ČR, 2018). Projekt *Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné* je zaměřen na rozvoj služeb v souladu se Strategií Reformy pro pedopsychiatrické,

gerontopsychiatrické a adiktologické pacienty. Projekt by měl vést ke vzniku a pilotnímu provozu na tyto cílové skupiny zaměřených multidisciplinárních týmů, které by měly být vybrány na jaře roku 2020. (MZ ČR, 2019)

ÚZIS realizuje za podpory Operačního projektu zaměstnanosti projekt *Analytická a datová podpora reformy psychiatrické péče*, který má vytvořit komplexní informační základnu psychiatrické péče u nás. Jako jeden z výstupů projektu by měl vzniknout „Národní portál duševního zdraví“, který nabídne veřejně dostupné informace o dostupnosti péče v jednotlivých regionech či oblastech. (ÚZIS)

NUDZ je v současné chvíli realizátorem dvou hlavních projektů souvisejících s Reformou péče o duševní zdraví, v rámci nichž realizuje další aktivity. Předmětem projektu VIZDOM – *Včasná intervence u závažných duševních onemocnění* – je zlepšení kvality života lidí v rané fázi duševního onemocnění. Nedílnou součástí projektu je také analýza zkušeností s přístupem včasné detekce a intervence a jeho implementace do českého prostředí. V rámci projektu začaly 1. 4. 2019 ve třech regionech působit speciální terénní týmy včasné detekce a intervence. Projekt také na svých stránkách nabízí online poradnu a mapu služeb ČR, kde mohou lidé vyhledat pomoc. (VIZDOM, 2018) V rámci projektu *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče* realizuje NUDZ iniciativu *NA ROVINU*, která „usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšení přístupu lidí k duševnímu zdraví“ (NA ROVINU, 2017). Iniciativa poskytuje informace z oblasti duševního onemocnění a se svou informační kampaní a podporou se zaměřuje na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky, ale rovněž zdravotníky, veřejnou správu či poskytovatele sociálních služeb. Aktivity projektu spočívají i ve vytvoření Metodiky Destigmatizace, tvorbě destigmatizačních opatření, podpoře destigmatizačních projektů v regionech a následné evaluaci projektu. (NA ROVINU, 2017)

5. Centra duševního zdraví (CDZ)

CDZ se na našem území do započetí aktuální Reformy psychiatrické péče neobjevovala. Jako zcela nový prvek tak přicházejí rovněž s novými vizemi péče o osoby s duševním onemocněním. Poskytovanou psychiatrickou péčí by měla doplnit, zkomplexnit a přiblížit ji klientům. CDZ lze tedy považovat za nízkoprahový pilíř, který bude poskytovat nejen psychiatrické zdravotní služby, ale současně navazující sociální služby. Přičemž minimálně polovinu pracovní doby by měla tvořit práce v terénu – v přirozeném prostředí klientů. To vše s cílem nejvyšší možné podpory začlenění klienta do jeho vlastního sociálního prostředí. (Prototopová, 2018)

CDZ staví na principu regionality a komunitní péče. Dle Standardu péče poskytované v Centrech duševního zdraví (Česká republika, MZ ČR 2016) má na jeden spádový region, který je definovaný v rozmezí 60 000 – 140 000 obyvatel, připadat jedno CDZ, jehož služby mají být poskytovány obyvatelům této oblasti. Péče je klientům poskytována v jejich přirozeném prostředí s tím, že by mělo být využíváno co nejvíce možností dané komunity, zapojení klienta do jejích aktivit a propojení s dalšími službami, které komunita nabízí (MZ ČR, 2013).

Do roku 2021 by mělo vedle již zmiňovaných šesti fungujících CDZ vzniknout dalších 24 center. V následujících letech by měl počet CDZ vzrůst na 100 center, která budou rozmístěna po celé České republice. (Psychiatrická společnost, 2017) CDZ by měla fungovat samostatně a měla by být umístěna v běžném občanském prostředí. Cílem je vybudovat vždy 1 CDZ na 100 000 obyvatel, v některých regionech pak 1 CDZ na 80 000 obyvatel. (MZ ČR, 2013)

Primárně jsou CDZ určena pro klienty s vážným duševním onemocněním (SMI – Serious Mental Illness) a osoby s potřebou včasné intervence. U CDZ s nepřetržitou krizovou péčí (CDZ-K) pak ještě osoby v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci. (MZ ČR, 2018a) Tento typ CDZ by měl být zřizován v regionu pro 200 – 500 000 obyvatel a jeho personál by měl být, co se počtu pracovníků týče, navýšen tak, aby mohla být zajištěna nepřetržitá dostupnost služeb (MZ ČR, 2016)

5.1 Filozofie poskytované péče – Recovery

Péče poskytovaná v CDZ by se měla řídit přístupem Recovery, který je do češtiny obvykle překládán jako „Zotavení“ či „Úzdava“. V souvislosti s psychickým zdravím se objevuje se změnou v přístupu péče o osoby s duševním onemocněním především ve smyslu decentralizace a humanizace péče. V minulosti byl znám spíše v souvislosti s fyzickým onemocněním či disabilitou. Přístup Recovery předpokládá, že ačkoli se jedinec nevyléčil ze všech příznaků své nemoci, či trpí trvalým tělesným nebo psychickým omezením, může dojít do stavu zotavení. Anthony (1993) popisuje zotavení jako: *„hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život, i přes omezení, která jsou způsobena onemocněním.“* Zotavení je fenoménem, který vlastně prožije ve svém životě téměř každý jedinec (Anthony, 1993). Po zážitku nějakého traumatu, ať už jde o zdrcující zážitky nehod, úmrtí blízké osoby nebo rozchod s partnerem, se jedinec postupně se zážitkem vyrovnává. Ačkoli nelze na událost zapomenout, člověk může změnit svůj náhled na ni, její význam pro něho samotného a zaměřit pozornost k jiným aspektům svého života. S onemocněním je to stejné, při zotavení nabývá jedincům život smyslu nehledě na trvání onoho onemocnění, zaměřuje se na jiné životní a osobnostní aspekty a skutečnost onemocnění může být dokonce posilujícím faktorem.

Přístup Recovery zastřešuje několik hlavních principů, které by měly být uplatňovány v péči o klienty CDZ. Jedná se převážně o celostní péči, při které jsou podporovány všechny části klientova života. Přičemž se dbá na individualizovaný přístup a respekt ke klientovi, posilování naděje u klienta, zplnomocňování klienta a podpora v jeho vlastních rozhodnutích a rozvoj klientových silných stránek s jejich akcentací spíše než zaměření se na klientova omezení a limity. (MZ ČR, 2017b)

5.2 Multidisciplinarita

Tato péče je zajišťována multidisciplinárním týmem, který je složen z pracovníků různých profesí. Dominantními jsou dle svého počtu sociální pracovníci a všeobecné sestry. Celkově by se nicméně dal tým shrnout na dvě složky, a to na složku sociální a složku zdravotnickou. Jedním ze specifíků multidisciplinárního týmu CDZ je to, že tyto dvě pečující složky

v českém prostředí příliš do stejných pracovních týmů zahrnovány nejsou. V oblasti komunitní a mobilní péče, která je jedním z pilířů CDZ, pracují v České republice převážně týmy složené ze sociálních pracovníků. Zdravotničtí pracovníci v našem prostředí operují spíše v medicínském prostředí v ambulantní či pobytové péči. Nutnost sladění pracovních stylů a filozofie obou těchto složek dohromady tak představuje jeden z klíčových kamenů pro úspěšné fungování multidisciplinárního týmu. Nezpochybnitelnou výhodou funkčního týmu složeného z pracovníků různých profesí je komplexnost péče, která může být klientovi poskytnuta. Vedle komplexnosti nabízené péče je další výhodou její funkčnost. Klientovi je celá šíře péče poskytována na jednom místě jedním týmem pracovníků, kteří se navzájem o jeho potřebách informují a mohou je efektivně naplňovat. (MZ ČR, 2017b)

5.3 Standardy péče v CDZ

Pro CDZ je ustanoven platný Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (dále Standard péče), který byl vytvořen pracovní skupinou Tvorby standardů a metodik a uveřejněn 26. dubna 2016 ve Věstníku MZ ČR (č. 5/2016). Je složen z šesti hlavních částí (MZ ČR, 2016):

- Preambule
- Služby poskytované Centrem duševního zdraví (CDZ)
- Personální kritéria
- Materiálně technická kritéria
- Organizační kritéria
- Ostatní kritéria

Preambule dokumentu vymezuje CDZ jako mezičlánek mezi primární péčí, která zahrnuje ambulantní psychiatrickou péči, a akutní nebo specializovanou lůžkovou péči. Funkcí CDZ je prevence hospitalizací či jejich omezení. Mezi hlavní cíle pak patří maximální společenská integrace a dosažení klinické i sociální údravy (Recovery) klienta. Tým CDZ má dle Standardu péče pracovat formou case managementu a poskytovat služby všem potřebným klientům z dané spádové oblasti, a to bez čekací doby. Veškerá činnost CDZ se dle

Standardu péče řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (MZ ČR, 2016)

Služby CDZ mají být poskytovány cílové skupině klientů s vážným duševním onemocněním (SMI – Serious Mental Illness) - nejčastěji se jedná o osoby s onemocněním v diagnostických okruzích F2 (osoby se schizofrenními poruchami), F3 (osoby s afektivními poruchami), případně pak F42 (osoby s obsedantně-kompulzivními poruchami) a F6 (osoby se specifickými poruchami osobnosti a chování). Diagnostické kódy jsou užívány dle platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Dále je vážné duševní onemocnění charakterizováno svým trváním – déle než 2 roky a funkčním narušením dle klinického nástroje pro aktuální posouzení neschopnosti GAF (skóre $GAF \leq 70$). Další skupinou osob, pro kterou je péče CDZ určena, jsou osoby s potřebou včasné intervence (potřeba včasné diagnostiky onemocnění a rychlého započetí léčby), u kterých je riziko rozvinutí vážného duševního onemocnění. Pro CDZ-K je cílová skupina klientů rozšířena ještě o osoby v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi, kteří ovšem nevyžadují hospitalizaci. Výjimku tvoří případy osob s akutní intoxikací. Cílem služby pro tuto cílovou skupinu je nutná krátkodobá intervence a předání do další odpovídající péče. (MZ ČR, 2016)

Multidisciplinární tým CDZ poskytuje cílové skupině klientů mobilní služby, denní služby a krizové služby. (MZ ČR, 2016)

Mobilní služby jsou poskytovány klientům s vážným duševním onemocněním a osobám s potřebou včasné intervence s cílem podpory klienta stavu tak, aby nebyla nutná hospitalizace. Nejčastěji se jedná o služby poskytované v přirozeném prostředí klientů (nejčastěji v domácnosti), případně pak v institucích, kde jsou klienti aktuálně umístěni a multidisciplinární tým pracuje na přípravě na jejich propuštění z této instituce. Služby představují dlouhodobou formu psychiatrické a sociální rehabilitace, plánované intervence, či krizovou intervenci, která má být dostupná klientům CDZ do 24 hodin a osobám, které dosud klienty CDZ nejsou, do 48 hodin. (MZ ČR, 2016)

Denní služby CDZ jsou určeny pro osoby s vážným duševním onemocněním, nikoli tedy pro osoby s potřebou včasné intervence. Jsou realizovány v rámci prostorů CDZ a měly by být dostupné klientům denně minimálně po dobu 10 hodin. Služby zahrnují strukturované aktivity, rovněž ovšem možnost trávení volného času v prostorech CDZ. Vedle těchto služeb by mělo CDZ zajišťovat rovněž služby denního stacionáře s psychoterapeutickým programem. (MZ ČR, 2016)

Krizové služby se liší v závislosti na tom, zda jsou poskytovány CDZ nebo CDZ-K. CDZ bez nepřetržité krizové služby zajišťuje krizové služby po osoby se SMI a osoby s potřebou včasné intervence. Krizové služby mají být dostupné telefonicky nepřetržitě (tedy 24/7), ambulantně v prostorách CDZ pak od 8 do 20 hodin. Příjem na odlehčovací lůžka je možný rovněž od 8 do 20 hodin. Po vytvoření legislativních a úhradových mechanismů se dle Standardu péče zároveň předpokládá vytvoření 2-10 krizových zdravotnických lůžek, která budou klientům poskytována v prostorech CDZ rovněž od 8 do 20 hodin a CDZ-K nepřetržitě. V nočních hodinách, kdy není poskytována ambulantní krizová služba, musí mít CDZ v případě nastalých akutních stavů klientů (či potenciálních klientů) dohodu se zařízením, které poskytuje akutní psychiatrickou péči nebo s CDZ-K. V CDZ-K budou výše zmíněné krizové služby poskytovány nepřetržitě (24/7) s rozšířením právě o osoby v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi, které nevyžadují hospitalizaci. (MZ ČR, 2016)

Dalšími službami jsou psychiatrické a klinickopsychologické služby, které jsou v CDZ poskytovány osobám se SMI a osobám s potřebou včasné intervence. Pacientům v krizové situaci a s akutními stavy jsou tyto služby poskytovány v CDZ-K. (MZ ČR, 2016)

Multidisciplinární tým pracovníků je složen ze zdravotnické a sociální části pracovníků. Všichni členové týmu mají pracovat terénně i ambulantně, sdílet společně klienty a průběžně si poskytovat důležité informace. Personální kritéria Standard péče vymezuje na základě počtu klientů, respektive počtu obyvatel spádové oblasti. Na jednoho pracovníka týmu (vyjma psychiatra, klinického psychologa a oblast managementu) je počítáno s 20 klienty. Personální kritéria CDZ jsou definována na referenčním regionu s 100 000 obyvateli,

přičemž se předpokládá 200 registrovaných klientů. V takto definovaném regionu by multidisciplinární tým CDZ měl obsahovat 11,5 úvazku zdravotnického personálu a 9,0 úvazku personálu zajišťujícího sociální služby. Standardem je 9 všeobecných sester a 9 sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách, v případě menší spádové oblasti či menšího počtu klientů může počet pracovníků klesnout až na 7 všeobecných sester / 7 sociálních pracovníků, což je považováno za možné minimum. Standard péče ovšem zároveň uvádí, že následující personální zajištění musí CDZ vykazovat do tří let svého vzniku (tedy minimálně počet 7/7, ideálně pak 9/9), při vzniku CDZ je za minimální počet všeobecných sester a sociálních pracovníků považován poměr 4/4. (MZ ČR, 2016)

Tabulka č. 2: Personál zajišťující zdravotnické služby:

Psychiatr	1,0 úvazku	Člen MT
Psychiatr	0,5 úvazku	Nemusí být člen MT
Klinický psycholog	1,0 úvazku	Člen MT
Všeobecná sestra	9,0 úvazku	Člen MT

Zdroj: MZ ČR, Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví

Minimálně 2/3 úvazku všeobecných sester musejí být všeobecné sestry s psychiatrickou specializací. Sestry bez této kvalifikace jsou povinny ji do tří let svého působení v CDZ splnit. (MZ ČR, 2016)

Tabulka č. 3: Personál zajišťující sociální služby:

Sociální pracovník	9,0 úvazku	Člen MT
Pracovník v sociálních službách		

Zdroj: MZ ČR, Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví

Sociální pracovníci musejí představovat minimálně 4,0 úvazku z celkových 9,0 úvazku. Jeden z pracovníků sociální složky musí pracovat minimálně na 0,5 úvazku jako peer konzultant s vlastní zkušeností s onemocněním SMI. Tato pozice předpokládá plnění pouze role peer konzultanta a vylučuje zastávání jiné funkce v rámci multidisciplinárního týmu CDZ. Rovněž se musí jeden z pracovníků sociální složky zabývat problematikou zaměstnávání klientů a jeden z pracovníků sociální nebo zdravotní části týmu musí být specializovaný na osoby s duální diagnózou. (MZ ČR, 2016)

Standard péče udává rovněž minimální materiální a prostorové vybavení, které by CDZ mělo mít. Pro výkon krizových služeb by mělo CDZ disponovat příjmem/ambulantní částí, dále pak lůžkovou částí, která představuje minimálně dva pokoje vybavené maximálně dvěma lůžky a denní místnost, která ovšem může být zároveň centrem denních aktivit a denního stacionáře. V rámci terénních služeb je požadavek na minimálně jednu konzultační místnost a jednu kancelář, denní služby zahrnují jednu místnost pro skupinovou terapii a následně ještě minimálně jednu místnost, která může být využívána i v rámci krizových služeb, jak už jsem zmiňovala výše, tak jako místnost pro schůzky týmu. Další nutnou prostorovou částí CDZ jsou ordinace psychiatra, ordinace klinického psychologa a psychoterapeuta a kancelář managementu. Pro klienty pak koupelna, kuchyně, WC, čekárna. Technické vybavení je stanoveno dle platné vyhlášky 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče jako např. osobní vůz, počítače, mobilní telefony, zdravotnické vybavení atd. (MZ ČR, 2016)

Dle organizačních kritérií CDZ je vyžadováno, aby mělo CDZ definována pravidla stanovující, cílovou skupinu, spádovou oblast, postup přijímání klientů do péče a propouštění z ní, způsob předávání informací mezi pracovníky CDZ, kompetence a způsobilosti pracovníků a způsob spolupráce s dalšími subjekty v dané oblasti (např. nemocnice, ambulantní psychiatrii atd.). Tato spolupráce je s relevantními subjekty iniciována CDZ. Za kontrolu kvality poskytovaných služeb a jejich vyhodnocování odpovídá část managementu CDZ. Z pohledu platné legislativy musí mít CDZ oprávnění k poskytování zdravotních služeb a registraci služeb sociální rehabilitace a případných dalších sociálních služeb. Oprávnění zdravotních služeb je definováno zákonem č. 372/2011

Sb., o zdravotních službách, a registrace sociálních služeb je stanovena dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (MZ ČR, 2016)

Od roku 2016 nebyl pro CDZ ustanoven jiný standard péče a požadavky na ni tak nebyly upraveny. Nicméně vzhledem k tomu, že v současnosti fungují CDZ pouze v pilotním provozu, dá se předpokládat, že by se standardy péče mohly po jeho ukončení do jisté míry změnit. Pilotní CDZ provozují péči v jiných podmínkách, než Standard péče předpokládá a řídí se tak především dle *Metodiky Programu Center duševního zdraví* (dále Metodika Programu), která upravuje pravidla a podmínky pro poskytnutí dotace na zavedení CDZ v pilotní provozu. Plnění závazných indikátorů, financování, monitorování činnosti a další povinnosti pro realizaci pilotního provozu. Konkrétní standard péče, která bude poskytována v pilotních CDZ, totiž nebyl ustanoven a Metodika Programu tak představuje jedno z hlavních vodítek pro poskytovatele péče v současných CDZ. Za další návodný dokument lze pokládat dokument *Základní principy péče poskytované CDZ*, který shrnuje základní principy péče v souladu se Strategií Reformy a zmiňovaným Standardem péče a jako příloha Metodiky Programu poskytovanou péči upřesňuje. Výše popisovaný Standard péče tak lze nyní de facto pokládat spíše za ideál toho, jak by péče v CDZ měla vypadat. Výsledky pilotního provozu však tento ideál mohou změnit a pravděpodobně se tak opravdu stane. (MZ ČR, 2018b)

5.4 Metodika Programu podpory Center duševního zdraví

Program podpory CDZ je součástí projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví“, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví a jeho cílem je zavedení CDZ v pilotním provozu. Metodika Programu tak představuje stěžejní dokument pro poskytovatele péče s podmínkami, které je nutné dodržet pro obdržení dotace na toto zavedení. CDZ v pilotním provozu předpokládá provoz v omezeném rozsahu služeb oproti Standardu péče, což se rovněž týká personálního a materiálně technického zajištění (MZ ČR, 2018b).

Příjem žádostí o dotace v této první vlně pilotního provozu byl zahájen 16. 4. 2018 a žádosti bylo možné podávat do 30. 4. 2018. Oprávnění žadatelé dle Metodiky Programu mimo jiné

museli být poskytovateli sociálních nebo zdravotních služeb (případně obou) v souladu s platnou legislativou ČR. (MZ ČR, 2018b)

CDZ v pilotním provozu je definováno v souladu s preambulí výše popsaného Standardu péče. Rovněž cílová skupina pilotních CDZ se oproti Standardu péče nemění a minimálně ji dle Metodiky Programu představují klienti se závažným duševním onemocněním a osoby s potřebou včasné intervence. Služby pilotního provozu se musejí skládat ze služeb terénního týmu, služeb denní péče, krizových služeb, psychiatrických služeb, služeb klinického psychologa, psychoterapeutických služeb a podpory svépomocných aktivit klienta. Tyto služby jsou zajišťovány multidisciplinárním týmem, který je ovšem oproti Standardu péče značně omezen. Požadavky na minimální personální zajištění se mění v průběhu pilotní fáze CDZ. Následující tabulka č. 4 toto zajištění představuje v přepočtu na pracovní úvazky. (MZ ČR, 2018b)

Tabulka č. 4: Minimální personální zajištění CDZ v pilotním provozu

Odbornost	1. – 6. měsíc realizace pilotního provozu CDZ	7. – 16. měsíc realizace pilotního provozu CDZ	17. – 18. měsíc realizace pilotního provozu CDZ
Psychiatr	0,5	1,0	1,0
Klinický psycholog	0,5	1,0	1,0
Sestra pro péči v psychiatrii	1,0	1,0	2,0 (příp. 1,0 + 1,0 v přípravě)
Všeobecná sestra	3,0	3,0	3,0
Pracovníci poskytující sociální služby (Sociální pracovník/Pracovník v sociálních službách)	4,0 (z toho minimálně 2 s kvalifikací sociálního pracovníka)	4,0 (z toho minimálně 2 s kvalifikací sociálního pracovníka)	5,0 (z toho minimálně 2 s kvalifikací sociálního pracovníka)
Specialista CDZ	1,0	1,0	1,0

Zdroj: MZ ČR, Metodika Programu podpory Center duševního zdraví

Nejpozději do začátku 17. měsíce pilotního provozu musí být rovněž zaměstnán na 0,5 úvazku peer konzultant. (MZ ČR, 2018b)

Minimální materiálně technické zajištění CDZ dle Metodiky Programu (MZ ČR, 2018b) představuje:

- kancelář multidisciplinárního týmu, která by měla být ideálně otevřeným prostorem, ale akceptován je i prostor propojený dveřmi
- konzultační místnost pro setkání s klienty
- místnost pro skupinové aktivity v rámci denních služeb
- technické vybavení odpovídající povinné administrativní práci

Důležitou částí Metodiky Programu (MZ ČR, 2018b) je kapitola č. XI, která vymezuje závazné indikátory, které jsou CDZ v pilotním provozu povinna k datu jeho ukončení naplnit. Indikátory jsou sledovány již v průběhu realizace a jejich hodnoty musí být průběžně vykazovány prostřednictvím *Zpráv o realizaci v pilotním provozu CDZ*. V případě nenaplnění závazných indikátorů se vypočítává z výše poskytnuté dotace finanční sankce, kterou budou CDZ povinna odvést. Tyto závazné indikátory jsou:

- 1) Počet osob, které přijímaly služby CDZ v celkovém objemu nad 40 hodin = 45
- 2) Počet osob, které využily služby CDZ v jakémkoliv rozsahu = 135
- 3) Maximální počet osob, kterým mohou být poskytovány služby v danou chvíli = 11 (=kapacita služeb a programů CDZ)
- 4) Počet členů odborného personálu, kteří absolvovali vzdělávací program v relevantní oblasti v rozsahu více než 40 hodin = 7
- 5) Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví = 1
- 6) Podíl služeb poskytovaných klientům CDZ terénní formou z celkového objemu poskytnutých služeb = více než 50 %

- 7) Počet Zpráv z jednání Řídící rady CDZ = 1
- 8) Počet oslovených zástupců cílových skupin za účelem zvýšení informovanosti o CDZ a úspěšnosti začleňování osob s duševním onemocněním – osobní setkání, workshopy, konference, semináře atd.:
 - a) Poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb = 10
 - b) Poskytovatelé zdravotních služeb a pracovníci veřejné správy působící v oblasti zdravotní politiky = 15
 - c) Počet pracovníků CDZ, kteří se účastnili setkání = 7 (MZ ČR, 2018b)

Personální zajištění multidisciplinárního týmu a uvedené závazné indikátory představují konkrétní požadavky, kterými se CDZ v pilotním provozu musí řídit. Ovšem například v oblasti poskytovaných služeb a jejich časovém rozsahu Metodika Programu příliš konkrétní není. Dostupná je pouze informace, že provozní doba programů CDZ musí být minimálně 40 hodin týdně, což odpovídá (v případě, že uvažujeme pracovní týden) 8 hodinové pracovní době. V pilotním provozu se tedy nutně o CDZ jako službě fungující nepřetržitě 24/7 neuvažuje. Krizové služby jsou popsány pouze jako služby, které mají podpořit zvládnutí klientovy krize a předcházet jeho hospitalizaci. O nepřetržité krizové telefonické lince či o odlehčovacích lůžkách se Metodika Programu nezmiňuje. (MZ ČR, 2018b)

5.5 Současný stav Reformy v kontextu CDZ

Po spuštění první vlny implementace a zavedení pilotního provozu prvních pěti CDZ (*pozn. kromě již existujícího CDZ pro Prahu 8¹⁾*) začalo Ministerstvo zdravotnictví připravovat druhou vlnu implementace – projekt „*Podpora vzniku Center duševního zdraví II*“. Příjem žádostí uchazečů o finanční dotaci započal 11. 10. 2018 a ukončen byl 12. 11. 2018. Pilotní provoz těchto CDZ by měl opět trvat 18 měsíců a nejzazším termínem k ukončení jeho realizace je poslední kalendářní den roku 2020 (v nutném případě 2022). V této vlně

¹ Toto CDZ bylo vůbec prvním fungujícím CDZ v České republice, jeho provoz začal 1. prosince 2015 a jako jediné zatím fungující CDZ není zahrnuto v projektu pilotního provozu. Od ostatních fungujících CDZ v České republice se tak svými charakteristikami odlišuje.

implementace se počítalo se zavedením 16 CDZ, přičemž na jednotlivé kraje ČR byl stanoven jejich maximální počet, a to s ohledem na již probíhající projekt *Podpora vzniku Center duševního zdraví I* a plánovaného projektu *Podpora vzniku Center duševního zdraví III* (MZ ČR, 2018c). Z uchazečů o finanční dotaci a zapojení do druhé vlny implementace Komise pro hodnocení žádostí o dotaci nakonec vybrala ovšem pouze 15 uchazečů, kteří podmínky projektu splnili. Vzhledem k původnímu předpokladu dalších 16 CDZ bude na jaře roku 2020 ovšem vypsána dodatečná výzva, ve které by mělo být poslední – šestnácté CDZ vybráno. Prozatím tedy CDZ vzniknou v dalších 7 krajích, kde se do této chvíle nevyskytovala. Další dvě centra doplní již stávající CDZ v Brně a jedno CDZ přibude rovněž v Praze. Bez CDZ prozatím zůstanou Liberecký a Ústecký kraj. Nově vybraná CDZ by měla svůj pilotní provoz zahájit do konce července 2019. (MZ ČR, 2019) V projektu *Podpora vzniku Center duševního zdraví III* se počítá s realizací dalších 9 CDZ (ESF ČR, 2019).

Obrázek č. 1: CDZ vznikající v rámci projektů *Podpora vzniku Center duševního zdraví I* a *II*

Centra duševního zdraví



Zdroj: MZ ČR

Metodika, která byla pro *Program podpory vzniku Center duševního zdraví II* vytvořena, se zásadně neliší od Metodiky Programu pro první vlnu implementace. Stejná zůstávají personální kritéria, výčet poskytovaných služeb, jejich časová dotace a rovněž závazné indikátory pro splnění projektu.

6. Výsledky empirického šetření – vícečetná případová studie CDZ

Výzkumné rozhovory jsem v rámci výzkumu uskutečnila ve dvou vybraných Centrech duševního zdraví, která jsou dále z důvodu celkového malého počtu existujících CDZ, a z toho vyplývající možnosti centra jednoduše identifikovat, plně anonymizována. Stejně tak byla poskytnuta plná anonymizace dotazovaným členům jejich multidisciplinárních týmů. K poskytnutí anonymizace jsem se rozhodla rovněž vzhledem k tomu, že dotazovaní se mnou během rozhovorů otevřeně sdíleli případné problémy CDZ a své názory na situaci. Témata, na která bylo v rozhovorech upozorňováno, jsou diskutována v této kapitole.

6.1 Multidisciplinarita týmu

Jak již bylo popsáno výše, CDZ je službou, která poskytuje péči na tzv. zdravotně-sociálním pomezí. Propojení těchto dvou oblastí je u nás v systému péče o osoby nejen s duševním onemocněním stále spíše ojedinělé, ačkoli se ukazuje, že je žádoucí. Takto propojené služby totiž mohou klientům nabídnout více komplexní a efektivní péči než v případě oddělenosti. Klienti CDZ tak mohou využívat na jednom místě služeb pracovníků sociálních i zdravotních služeb, tj. sociálních pracovníků, peer konzultantů, psychologa, všeobecných sester i psychiatra, kteří se navíc o klientově stavu navzájem informují a mohou vytvářet efektivní plán poskytování služeb. Tato multidisciplinarita pracovního týmu byla v obou CDZ hodnocena kladně. Všichni dotazovaní pracovníci se shodli na tom, že v péči o klienty se jedná beze sporu o výhodu. Především oceňovali vzájemné obohacení různých profesí a pohledů na problematiku, které je užitečné jednak pro ně samotné, ale především pro klienty.

S1: „Určitě to obrovský vzájemný obohacení, to je k nezaplacení. To si myslím, že je jako největší výhodou vůbec tý multidisciplinarity ... jsou fakt klientský poradý, kde se bavíme o klientech ... S tím, že tam sedí lidi, kteří mají různou odbornost, tak vám často jako by změní

třeba ten úhel pohledu, kterej je hrozně důležitěj a nosnej jako v tom, že se vlastně na to podíváte fakt z úplně jiný strany. “.

S2: „Je to velikej rozdíl (pozn.: oproti nemultidisciplinaritě), velikej přínos pro tu práci. ... Jako to spektrum tý pomoci je mnohem širší. ... Ten pohled těch zdravotníků je prostě jinej, to reagování, to, jak vyhodnotit tu situaci, třeba mají zase jiný nápady. A zrovna u těch schůzek, který se týkaly třeba různých jako krizových situací, myslím jako psychický krize toho klienta, tak to mělo mnohem větší tah na branku, než když to potom řešil jen ten sociální pracovník.“

Multidisciplinarita pracovního týmu ovšem představuje v některých případech dle pracovníků obou vybraných CDZ i nevýhody. Ty se vztahují na ně samotné a práci v takto složeném týmu. Stejně jako uvádí Dudová (2017) ve své práci, která byla zaměřena na multidisciplinární tým CDZ Prahy 8, nesourodost pracovníků v jejich teoretických zaměřeních a hodnoceních situací může být někdy rovněž aspektem, který vede k neshodám. Najít společné řešení se proto stává náročnější. Dudová (2017) rovněž upozorňuje na to, že pro spolupráci v multidisciplinárním týmu je ztěžujícím faktorem, pokud před jeho vznikem pracovali jeho členové jako dva samostatné týmy. Tyto sloučené týmy pak mají tendenci integrovat své vlastní postupy, metody a hodnoty do práce druhého týmu. Na to rovněž upozorňovala v rozhovoru dotazovaná Z1.

Ačkoli tedy dotazovaní někdy vnímají nalezení „společné řeči“ jako problematické, v obou případech vybraných CDZ nedochází mezi oběma složkami týmu k tak výrazným neshodám, aby to negativně ovlivňovalo jejich pohled na péči poskytovanou v oblasti zdravotně-sociálního pomezí. Za důležité pro vzájemné sladění považují dotazovaní komunikaci s ostatními kolegy a supervize, kterých se oba týmy CDZ pravidelně účastní. Smyslem supervize je dle Venglářové (2013) „*péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům*“. Venglářová uvádí, že mimo jiné je možné supervizi využít pro řešení problémů mezi pracovníky v týmech a diskuzi nad dalšími postupy péče. Supervize je účinná také pro získání psychické podpory a jako jedna z technik předcházení syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících

profesí (Benešová, Šmidmajerová, 2018), kteří jsou jím kvůli povaze své práce a svými nároky na sebe samé ohroženi (Honzák, 2009).

Y1: „No, musí se domlouvat víc lidí, stojí to ví času. Musíte hodně hledat ty mechanismy, jak dojít k tomu, že se ty lidi jako domluví.“

S2: „Nevýhody. Je to prostě náročný, no. Protože to není jenom jako jinej jazyk, ale i jiný dívání se na to, co je nemoc a co jako není nemoc a kdy je člověk připravenej třeba na to bydlet sám nebo obstát v zaměstnání. Takže někdy je to prostě náročný, než se ty dvě profese sladí.“

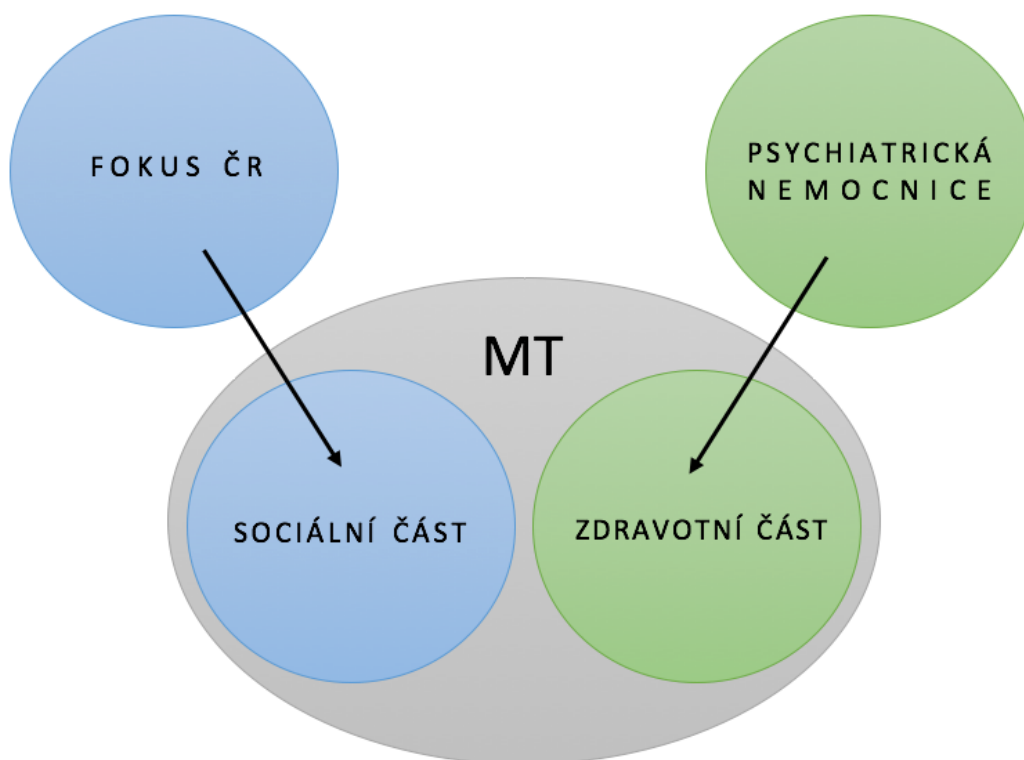
S1: „Takže ta supervize je jedna z klíčových věcí, která, když to tak blbě nazvu, je taková terapie týmu. A myslím si, že tam jako lidi bývají dost otevřený, a to vždycky hodně pomůže, protože v tom běžným fungování není úplně čas na řešení nějakých hlubších věcí, toho, co se mi třeba děje pracovně, někdy i osobně. A vůbec i nastavování nějakých jako týmových hranic v tý práci. Tak to se taky děje na tý supervizi, je to hrozně důležitý.“

6.2 Problematika zdravotně-sociálního pomezí

Efektivní propojení sociální a zdravotní péče je tématem, které je v posledních letech hojně diskutováno. Sociální a zdravotní sféra jsou v realitě oblasti, které se silně prolínají, nicméně systémového propojení se stále bohužel nedočkaly. Na tento problém upozorňuje například i aktuální *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025* (dále jen *Strategie rozvoje*), která rozdílný vývoj zdravotní a sociální péče pokládá za „klíčovou hrozbu“ (MPSV, 2016). Strategie rozvoje (MPSV, 2016) se zabývá především problematikou zdravotně-sociálního pomezí v oblasti dlouhodobé péče, nicméně problémy, které identifikuje, jsou aktuální i v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. Strategie rozvoje upozorňuje na odlišné řízení a financování sociální a zdravotní péče, které je způsobeno nedostatečnou spoluprací dvou různých ministerstev (Ministerstvo práce a soc. věcí a Ministerstvo zdravotnictví). Sociální péče je financována ze státního, krajských či obecních rozpočtů a příspěvků samotných klientů, zatímco zdravotní péče je financována ze zdravotního pojištění. Jednotlivé výkony péče tak podléhají různým úhradovým mechanismům a pracovníci obou oblastí jsou hodnoceni za poskytovanou službu na základě odlišných principů. (MPSV, 2016)

Toto nedostatečné propojení sociální a zdravotní péče je dobře viditelné na fungování CDZ, která by měla představovat ideální příklad propojení obou oblastí. Nicméně přetrvávajícím problémem je fakt, že CDZ jako služba není legislativně vymezeno. Sociální část personálu se tedy řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a zdravotní pracovníci zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Členové multidisciplinárního týmu spadají ve své činnosti pod dva odlišné resorty. Jak vyplynulo z uskutečněných rozhovorů, sociální pracovníci CDZ jsou zaměstnanci Fokusu ČR (nezisková organizace nabízející komunitní péči pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním) a zdravotní pracovníci jsou zaměstnanci příslušné místní psychiatrické nemocnice.

Schéma č. 2: Rozdělení multidisciplinárního týmu



Zdroj: Autorka

Na problémy, které z tohoto rozdělení vyplývají, upozorňují rovněž dotazovaní členové multidisciplinárních týmů.

YI: „V CDZ jsou to částečně zaměstnanci psychiatrické nemocnice, částečně Fokusu a v tom je ta obtíž, že úplně nemám jako ... Není to klasické vedení týmu s plnou odpovědností a s plnými kompetencemi vůči těm zaměstnancům. V tom je to složité, no. ... Já nemám nic, já nemám žádné nástroje, jak ty lidi řídit. ... Jaký výsledky po mně můžou chtít ve chvíli, kdy mi ale nedají tu plnou kompetenci vedení týmu, prostě nemůžu odvádět plné výsledky. A to je důsledek toho, že to legislativně nemůže být jeden tvar.“

V případě obou CDZ byla jako problém rozdělení sociální a zdravotní části členů týmu zmiňována přílišná a nejednotná dokumentace (podobně Řeháček, 2019), která vyplývá mimo jiné i z tohoto rozdělení a odlišných kompetencí pracovníků.

SI: „My sociálové máme jako Highlander, což je takovej systém, kam zapisujeme. Máme tam plejádu klientů, kteří mají svoje ID atd. A zdravotníci mají zase HIPPO, což je taky takovej jako podobnej systém. ... Takže pokud my sociální pracovníci něco chceme zjistit z HIPPA, tak buď se musíme zeptat zdravotní sestry, protože ten systém je zase jinej, mnohem víc složitější, takže pro nás je taky náročnější se v tom zorientovat. ... Takže si myslím, že by pomohl nějaký ucelený systém.“

ZI: „Když je primární case člověka sociální pracovník, tak to (pozn.: příjmové dotazníky) dělá sociální pracovník, ale sestra to musí naházet do systému akorát ten proces, protože on to nemá kam zaznamenat. Takže my jako sestry to pak musíme do toho systému narvat. My vykazujeme.“

YI: „Ale stojí za tím ta dokumentace, která je prostě na straně nevýhod jako velká v tom, že zdravotnická je úplně jiná než sociální. ... Vlastně ten nesoulad v té legislativě, v nějakých jako podmínkách, které se týkají i financování, což znamená, že zdravotní sestry jsou zatíženy ohromnou administrativou, výrazně větší než sociální část, to je pravda. Mají víc pravidel, jsou jinak svázaní.“

Vedle žádoucího sjednocení obou částí multidisciplinárních týmů jak z hlediska zaměstnavatele, tak z hlediska administrativy a pracovních nároků, vyjádřili pracovníci obou CDZ obavu ohledně budoucího financování CDZ. V této otázce se současná ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová a současný ministr zdravotnictví Adam Vojtěch

shodují na tom, že pro zajištění financí a úspěšné pokračování Reformy péče o duševní zdraví po ukončení jejího financování z Evropských fondů je nutná spolupráce obou resortů (MPSV, 2019). Pilotní provoz prvních pěti CDZ je nyní ovšem na konci své druhé třetiny a za necelý půlrok bude ukončen a s ním i financování z Evropských fondů. Dotazovaní pracovníci tedy vyjadřují obavy, jak bude provoz CDZ financován po tomto termínu a zda bude dostatek financí pro plánované další rozšiřování sítě CDZ.

Z2: „Tak samozřejmě financování. To asi. My jsme v projektu, až projekt skončí ... My jako zdravotní sestřičky jsme pořád pod psychiatrií, což mě teda uklidňuje, protože nevím, co potom bude. Jestli budeme samostatně nebo ... Takže to jsem ráda, že jsem pořád pod tou psychiatrií, takže asi finance (pozn. možná překážka pro budoucnost CDZ).“

S1: „No tak to je podle mě to financování (pozn. možná překážka). Já tomu moc nerozumím, ale myslím si, že to je velkej problém vůbec to, aby ty pojišťovny, ale i MPSV, aby našli společnou řeč a tenhle plán ... Takže si myslím, že to financování tak jako pálí. Mohlo by být problémem, proč by se to nějak stoplo třeba.“

Y1: „Ten posun vlastně není, ještě ho nikdo nevymyslel, jak to má jako vypadat, že jo. Protože ono to bude financované navždy ze dvou stran. ... Muselo by to být od té legislativy svrchu, aby bylo možné jako hnout s věcmi nějak. ... Chystá se financování od zdravotních pojišťoven, nastavuje se, ale to je pro tu zdravotní. Chystá se financování sociální. ... No jako nikdo už nemá moc sílu na nějaké propojování.“

6.3 Přetíženost členů MT a její důvody

V průběhu rozhovorů dotazovaní zmiňovali přetíženost, kterou při práci pocítují. Téma přetíženosti pracovníků a vysokých požadavků, které jsou na ně kladeny, bylo ovšem akcentováno pouze u dotazovaných jednoho ze dvou CDZ, což se při analýze výzkumu začalo jevit jako zajímavé. Zároveň se vynořovala otázka, proč tomu tak je, na kterou je možné hledat odpověď ve více faktorech (viz dále podkapitoly 6.3.1, 6.3.2, 6.3.3).

6.3.1 Personální zajištění CDZ v pilotním provozu

CDZ v období 18 měsíců pilotního provozu pracují v omezeném rozsahu, než by měla později při běžném fungování, které popisuje Standard péče (MZ ČR, 2016). Tento omezený rozsah je patrný zejména na personálním zajištění, které je oproti tomu předpokládanému pro běžný provoz méně než poloviční (MZ ČR, 2018b). V běžném provozu by měli být v multidisciplinárním týmu sociální pracovníci (+ pracovníci v sociálních službách) a všeobecné sestry (včetně sester s psychiatrickou specializací) v poměru 9/9, v pilotním provozu je tento poměr 4/4, na začátku 17. měsíce fungování by se poté měl zvýšit na 5/5. Tento poměr shledávají dotazovaní jednoho z vybraných CDZ jako problematický. Z jejich pohledu jsou na ně kladeny nároky, které v takto omezené personální kapacitě nemohou úspěšně plnit. V takové situaci se cítí pod tlakem. Pracovníci tohoto CDZ poddimenzovanost multidisciplinárního týmu a nepřiměřené nároky uváděli například v souvislosti s projektem *Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné*, který je součástí Reformy psychiatrické péče. Projekt usiluje o to, aby se péče o osoby s duševním onemocněním přesouvala z velkých psychiatrických nemocnic spíše do režie komunitní péče – tedy CDZ, s jehož spoluprací se v projektu počítá (MZ ČR, 2017a).

Z2: „...jde o to, že po nás by byl požadavek, abychom měli víc klientů, ale pokud jsme čtyři sestry a čtyři sociální pracovníci, tak to nemůžeme časově zvládnout. Spíš tohle. To mi přijde, že ten tlak toho ... Jsme v projektu, takže.“

S2: *Jsme personálně poddimenzovaný, takže je určitě větší tlak na ty pracovníky, než jakéj by byl, kdyby to personální obsazení bylo v tej plnej kapacitě, nevím 7/7, 9/9. My jsme teď vlastně 4/4. Ale ty cíle a ty postupy, co třeba souvisí s tou deinstitucionalizací, tak běží asi tak, jak by běžely, kdyby ten tým byl dvojnásobnej:*“

Y1: „Tak, jak jsme tady osamělí (pozn. jako CDZ), tak se od nás očekává všechno, prostě všechno. Jednak ten tým je malý, je poloviční, než měl být. Prostě 4/4 je naprosto nedostatečné na ty nároky, které jsou kladené. Třeba směrem k té spolupráci s psychiatrickou nemocnicí.“

6.3.2 Objem administrativy

Vytíženosti pracovníků může určitě přispívat již zmiňovaný objem administrativy, který k jejich práci v CDZ rovněž patří. Jako přílišná byla ovšem nahlížena u pracovníků obou vybraných CDZ. Množství administrativy, která je součástí příjmu nového klienta do péče, je rovněž navýšeno v důsledku faktu, že se CDZ nacházejí v období pilotního provozu. Je pravděpodobné, že po jeho skončení by alespoň tato „příjmová“ dokumentace mohla být omezena.

Z1: „...což je další cár papíru, že ono pak ten proces třeba půl roku, než se dopracuješ jako k nějakému vztahu s tím klientem, tak musíš projít tisíce papírama, což to obyčejný nepilotní CDZ, ty to vůbec nemusí dělat tyhle věci.“

Vytíženost pracovníků podpořena rovněž touto administrativní zátěží pak v případě „více vytíženého“ CDZ vede k uplatňování vlastní pracovní strategie, která pracovníkům může situaci ulehčit a vyhovět tak nárokům, které jsou po nich vyžadovány. Tato situace koresponduje do jisté míry s tím, co tvrdí ve své Teorii liniových pracovníků Michael Lipsky (Lipsky, 1980). Multidisciplinární tým sice není založen na hierarchii jednotlivých pracovníků tak, jak to Lipsky v teorii předpokládá, v důsledku nejednoznačných a náročných pracovních podmínek však jeho pracovníci jako jeden ucelený pracovní tým vytvářejí vlastní pracovní strategii. Ta jim může pomoci dosáhnout pohotovosti a výkonnosti, které jsou po nich vyžadovány.

Y1: „...ta administrativní zátěž vázaná na ten vstup, jak tam máte ty tři dotazníky a prostě monitorovací list a takový papír a makový, smlouvu, něco, je taková, že prostě my vlastně nespěcháme s přijetím zájemců jakoby s tím překlopením na klienty. ...ten tým má být flexibilní a rychlý, je flexibilní a rychlý, ale za tu cenu, že nedělá z klientů klienty, ale drží je v zájemcích, protože prostě je na to vázána jiná administrativní zátěž.“

6.3.3 Počet klientů CDZ a systém péče o ně

Dalším faktorem, který by mohl rozdílné vytíženosti členů MT vysvětlovat, je počet klientů, které mají ve své péči. CDZ, jehož pracovníci v rozhovorech vytíženost MT zmiňovali více, má dle respondentky S2 kapacitu klientů již naplněnou a spíše se snaží vhodné klienty propouštět. Oproti tomu ve druhém, „méně vytíženém“ CDZ kapacita klientů ještě zcela naplněna není. Rozdíl v počtu klientů obou CDZ tedy opravdu existuje a vysvětlujícím faktorem by být mohl. Nicméně za výraznější rozdíl, který s vytížeností pracovníků pravděpodobně souvisí, pokládám systém rozdělení klientů a péče o ně, který je v obou CDZ odlišný.

V obou CDZ je využíváno Case managementu, konkrétně *sociálního případového vedení* dle Matouška a kol. (2010), který je pro CDZ doporučován ve Standardu péče (MZ ČR, 2016). V „méně vytíženém“ MT se klíčovým pracovníkem (case managerem) může stát jak sociální pracovník, tak všeobecná sestra (či s psychiatrickou specializací). Case manager pro konkrétní případ je volen na základě poptávky klienta. Pokud klient potřebuje využívat více sociálních služeb, stává se většinou jeho case managerem sociální pracovník, pokud je klientova zakázka spíše směrem k zdravotnickým službám, case managerem se stává všeobecná sestra. Pracovní náplň v roli case managera je tak stejná pro sociální pracovníky i všeobecné sestry, ačkoli se dá předpokládat, že každá z profesí může čerpat více ze svého teoretického pozadí. Pro klienta je tedy vždy kromě „klíčového“ pracovníka určen ještě jakýsi „doplňující“ pracovník, který case managera profesně doplňuje. Pokud je case managerem všeobecná sestra, klient je dále ještě více navázán na jednoho ze sociálních pracovníků. Význam těchto pracovníků je v případě spíše podporující, a to jak v oblasti péče, tak pracovní dokumentace.

S1: „My vlastně děláme to, že u nás v týmu jsou case manageri jak zdravotní sestry, tak sociální pracovníci a ta práce je hodně podobná. V podstatě ti zdravotníci se více orientují třeba v té medikaci, takže můžou podpořit sociální pracovníky tím, že vysvětlí, nějak edukují třeba o těch lécích. Více rozumí tomu zdraví všeobecně, tělesnému. A sociální pracovníci zase třeba mají ty zkušenosti více v té oblasti podpory, co je důležitý, jakaj

formulář vyplnit, kam zajít a tak. Ale ta práce je hodně podobná. Fakt se jako doplňujeme a děláme dost podobný věci.“

Z1: „Když je primární case člověka sociální pracovník, tak to (pozn.: příjmové dotazníky) dělá sociální pracovník, ale sestra to musí naházet do systému akorát ten proces, protože on to nemá kam zaznamenat. Takže my jako sestry to pak musíme do toho systému narvat. My vykazujeme.“

U „více vytiženého“ CDZ se klíčovým pracovníkem případu ovšem může stát pouze sociální pracovník, ačkoli například dokument *Základní principy péče poskytované v CDZ* (MZ ČR, 2017b) představuje case managera jako sociálního pracovníka i všeobecnou sestru. Tento pracovník poskytuje klientovi sociální služby a má za případ odpovědnost, včetně jeho mapování a plánování. Konkrétní všeobecná sestra poskytuje klientovi pouze zdravotní část péče a provádí zdravotní část dokumentace (např. krizová karta, somatické dotazníky atd.). Počet klientů CDZ se tak dělí v tomto CDZ pouze mezi 4 klíčové pracovníky/case managery, zatímco v předchozím CDZ je rozdělen mezi pracovníků 8. Kapacita celého MT je tak ve skutečnosti poloviční. Tento fakt tedy jistě může způsobovat to, že pracovníci tohoto CDZ pociťují oproti pracovníkům výše diskutovaného CDZ větší vytížení. Jedna z dotazovaných (S2) v rozhovoru uvedla, že si uvědomuje svízelnost tohoto systému práce, která se odráží v kapacitě pracovníků. Nicméně vzhledem k platné legislativě, která ukládá všeobecným sestrám i sociálním pracovníkům odlišné povinnosti dle jim příslušných zákonů, představuje tento systém pro ni a MT jedinou možnost, jak tyto povinnosti transparentně splňovat. Rovněž v tomto aspektu systém naráží na nejasné propojení sociální a zdravotní péče, které negativně ovlivňuje pracovníky profesně působící na tomto pomezí.

S2: „Ta naše kapacita je taky jako přešvihlá tím, že u každého toho klienta, jak vám asi říkala i kolegyně přede mnou, je sociální pracovník jako klíčovej, ale zároveň je tam stínová sestra.“

S2: “ A některý ty CDZ to mají tak, že ty sestry jsou taky klíčový. Ale nevím potom přesně, jak to reálně dělají. ... Ale my jsme to chtěli dělat takhle, protože když jsme si představili, že by přišel někdo z inspekce kvality sociálních služeb, jak to prokážeme, že máme všechno, co

nám ukládá zákon o sociálních službách. ... Ale nenašli jsme lepší způsob, než jak to děláme my. Že to je tak, aby to bylo v pořádku.

6.4 Chybějící metodika

CDZ jsou implementována do systému péče jako jeden ze čtyř hlavních pilířů Strategie reformy psychiatrické péče (Strategie). Představují ovšem službu, na kterou nejsme v tuzemsku zatím zvyklí. Jeden z cílů jejich implementace v pilotním provozu a následná evaluace je tudíž zmapování činnosti a ověření fungování v rozdílných socioekonomických prostředích (MZ ČR, 2018b). Hlavním dokumentem, kterým se CDZ v pilotním provozu řídí je již výše popsána Metodika Programu vymezující závazné indikátory, které jsou CDZ v pilotním provozu povinna splnit. V průběhu jeho realizace tak tyto indikátory představují pro multidisciplinární tým hlavní vodítka, jak by měla činnost CDZ a MT vypadat. Během rozhovorů ovšem dotazovaní upozorňovali na problém dosavadní neexistence metodiky pro službu jako takovou. Tento problém do určité míry vyplývá ze samotné povahy CDZ, která pro svou krátkou dobu existence ještě nepřinesla potřebné zkušenosti s reálným provozem. Rovněž se dá předpokládat, že se provoz CDZ bude na různých místech České republiky a v různých podmínkách odlišovat. Multidisciplinární týmy CDZ tak v pilotním provozu stojí před úkolem tvořit si metodiku samy dle svých potřeb a zkušeností, které v průběhu jeho realizace získávají. To může představovat jistě výhodu ve smyslu vytvoření si postupů, které přesně vyhovují podmínkám daného CDZ. Dotazovaní pracovníci však v uskutečněných rozhovorech upozorňovali i na nevýhody, které tento proces přináší. Mezi tyto zmiňované nevýhody patří chaos, který mezi členy MT vzniká, vytváření metodiky rovněž stojí pracovníky hodně energie a času, kterého například při zahajování provozu nemusí být dostatek.

Y1: „Tak to jsou věci, že my jsme vlastně v srpnu odstartovali tým, který to vůbec nevěděl, nebo jen rámcově věděl, co vlastně dělá. A není to dobrý, Ale nebyl na to žádný prostor to dělat jinak.“

S2: „Takže takovýhle ty pracovní profily, náplně práce, ty pracovní postupy, metodiku si tvoříme. Takže kdyby tohle bylo rozpracováno, tak se nám určitě v tomhle pracuje líp. Když budete jasněji vědět co, kdo, kdy dělá. A to teď není. A tvoříme to. A to vytváření stojí hodně

času a energie a v tom je ten svět (pozn. sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků) taky jako hodně jinéj. “

Neexistenci metodiky vnímá jako větší problém spíše zdravotnická část MT. Spolupráce sociálního a zdravotního resortu představuje rovněž spolupráci pracovníků zdravotních a sociálních služeb, kteří jsou ovšem při své práci zvyklí na odlišné podmínky. Ve zdravotnictví se pracovníci setkávají s jasně stanovenými pravidly a systémem poskytování péče. Oblast sociální péče je v tomto ohledu nastavena volněji. Dle výpovědi jedné ze sociálních pracovníček (S2), jsou sociální pracovníci při své práci více zvyklí na to, že je potřeba si metodiku vytvářet sami. Její absence v CDZ tak pro ně nemusí být takovým šokem jaký může představovat pro zdravotníky.

Z2: „Je pravda, že pro sestřičku z léčebny, z oddělení, z psychiatrický nemocnice je to úplně něco jinýho. Tady se nemáte čeho chytit, tady je všechno jiný a je to hodně na vás, jak vy si tu práci zorganizujete.“

Z1: „Hele ten chaos. Musíš si zvyknout na ten totální chaos, protože se to všechno vytváří za pochodu a dost se dělo to, že jeden den platilo tohle a druhý den už to bylo zase úplně jinak. ...ale já jsem byla zvyklá ze služeb, kde byly jasně daný standardy, jak se to dělá, nebo aspoň něco, o co se můžu opřít a tady se pořád něco diskutuje, co jak bude. To je dost jako stresující faktor směrem k pracovníkovi. Musíš se v tom naučit chodit, nemáš se vlastně o co opřít a musíš si to vlastně vymyslet sama a ten boj vnitřní jako: Dělam to dobře? Měla bych to dělat jinak? Nemáš to jako moc s čím srovnat, jestli je to teda takhle dobře nebo není.“

Neexistence jednotné metodiky rovněž vede k tomu, že se jednotlivá CDZ ve svém pilotním provozu mohou vyvíjet jiným způsobem. Jeden z příkladů této rozdílné praxe je již výše diskutované rozdělování klientů CDZ mezi case managery, které vede k zásadně odlišné kapacitě pracovníků. Rozdílné mohou být také modely přístupů, které v CDZ poskytované služby zastřešují. Jedno z vybraných CDZ se rozhodlo ve své práci řídit přístupem CARE, jehož hlavními pilíři je zlepšení kvality života jedince a jeho začlenění do komunity, filozofie přístupu se opírá o princip Recovery (CARE Česká republika, 2017). Tyto aspekty

souzní rovněž s cíli Reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013) a důvody vzniku CDZ, takže je jeho využití při práci MT opodstatněné. Výhodou pro CDZ bylo to, že v modelu již byla vzdělána sociální část MT, která před vytvořením CDZ pracovala jako komunitní tým pod Fokusem ČR. Zdravotnický personál ovšem v přístupu vzdělán nebyl, proto se CDZ rozhodlo zakoupit další kurz na klíč, v jehož rámci probíhá od června 2019 do vzdělávání zbylých členů MT.

Y1: „Je dost možné, že to každý povede úplně jinudy, ale CARE a Zotavení je v tuto chvíli nějaký trend, který když se ho budu držet, nebudu úplně mimo mísu. Tak to CDZ nedovedu na scesti. Tak to vidím. A to je vše, co víme nebo co je daný, víc není.“

Y1: „To je to (pozn. CARE), co by ten tým měl dělat kompletně, ale vlastně ve chvíli, kdy se přidala ta zdravotní část, tak oni to neměli to vzdělání nebo vůbec nežili v tom modelu, oni to neumí. ... Otevřeli jsme prostě další kurz na klíč, co jsme si koupili, abychom právě tohle dohnali a mohli říct, že to stojí na CARE.“

Odlisné jsou mezi CDZ ovšem také poskytované služby. Metodika Programu sice služby, které by mělo CDZ v pilotním provozu poskytovat, popisuje, ale jejich konkrétní rozsah není vymezen. Znatelný rozdíl se objevuje u krizových služeb, které jsou u jednoho z dotazovaných CDZ poskytovány nepřetržitě prostřednictvím krizové telefonické linky a u druhého CDZ pouze v rámci 8 hodinové pracovní doby. Standard Péče pro CDZ počítá s tím, že krizová telefonická linka bude u klasického CDZ dostupná nepřetržitě (24/7). Metodika Programu ani jiné materiály pro poskytovatele pilotního provozu (např. *Základní principy péče poskytované v CDZ*) se o krizové lince ovšem nezmiňují. Vodítkem pro její možnou neexistenci v pilotním provozu je zmínka v Metodice Programu (MZ ČR, 2018b) o minimální provozní době programů CDZ, která by měla činit 40 hodin týdně. Nepřetržitě poskytované služby u CDZ v pilotní fázi tedy vyžadovány nejsou. Jedno z CDZ se ovšem krizovou linku zavést rozhodlo a ta nyní funguje nepřetržitě i po skončení pracovní doby. Pracovníci si mezi sebou střídají služby, při kterých na krizový telefon dohlížejí. Tyto služby dotazovaným členům MT nevadí, nicméně objevují se u nich pochybnosti o účinnosti služby jako takové. Její existence může dle jejich názoru vést v některých případech k snižování kompetence klientů, jež by naopak měla být u klientů posilována (MZ ČR, 2017b).

Z1: „Jako pro ně (pozn. klienty) je to krize vždycky, ale já to vnímám tak, že je to znekompetňuje něco zrovna dělat jako s tím svým stavem nějaký úzkosti, protože první co, tak vytáčeji telefon a neučí je to nějakým jako prostě zdravým strategiím zvládnání tý úzkosti.“

Druhé CDZ se rozhodlo nepřetržitou krizovou linku neposkytovat a svým klientům je oficiálně k dispozici pouze v čase 8 hodinové pracovní doby. Někteří pracovníci ovšem ze své vlastní iniciativy na své služební telefony odpovídají i mimo tuto dobu. O zavedení krizové linky, která by fungovala i mimo pracovní dobu CDZ se uvažuje, ale zatím pro ni MT nemá potřebnou kapacitu.

S2: „Krizovej telefon jako takovej definovanej nemáme, ale u klientů, kteří by to potřebovali, se individuálně domlouváme, že třeba bereme telefon i o víkendu. Takže jako reálně se to děje, ale je to v tuhle chvíli mimo metodiku asistentů (pozn. pracovníků).“

Y1: „Už jsou situace, kdy nám chybí služba, která by byla o víkendech nebo s delší dobou, to se nám už stává. Zároveň zatím nemáme ambici to prostě dělat. Jako nejsou na to ani podmínky, ani lidi, ani jako nic no.“

Závěr

Centra duševního zdraví jakožto jeden z pilířů Reformy péče o duševní zdraví mají přiblížit psychiatrickou péči klientům. Jejich funkce spočívá v poskytování nízkoprahové péče, která je klientům dostupná v jejich přirozeném prostředí. Vznik CDZ je spojen se snahou rozšířit síť služeb, které jsou osobám s duševním onemocněním poskytovány a přesunout péči více do režie komunitní oblasti. Komunitní péče není prozatím v České republice dostatečně rozvinuta a klienti jsou umisťováni do velkých psychiatrických nemocnic na základě velkých spádových oblastí (Tušková, Dobiášová, Duškov, 2019). Rozvoj CDZ a jejich implementace do systému péče tak představuje velký krok ve snaze o zkvalitnění poskytovaných služeb. V systému péče jsou CDZ ukotvena jako mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou péčí, ze své podstaty by tedy jejich služby měly pomáhat osobám s vážným duševním onemocněním k reintegraci do společnosti a zabraňovat jejich opakovaným hospitalizacím (MZ ČR, 2017b). Role multidisciplinárního týmu, který tyto služby poskytuje, je založena již na jeho samotné multidisciplinaritě, která předpokládá spolupráci různých profesí v procesu zvýšení kvality života cílové skupiny klientů a jejich úspěšnou integraci do vlastního sociálního prostředí. Z perspektivy členů těchto týmů je spolupráce pracovníků různých profesí v péči o klienty zásadní. Výhody spočívají převážně ve vzájemném profesním obohacení vzhledem k jejich různým odborným založením. V péči o klienty to představuje možnost získat od kolegů cenné rady a užitečný náhled na danou situaci z jiné perspektivy. Obzvláště užitečná je spolupráce pracovníků různých profesí při krizových intervencích.

Za klíčové dotazování členové MT pokládají vzájemné sladění kolegů, které je pro spolupráci velmi důležité. Odlišné profese a pohled na problematiku totiž v některých situacích může být zdrojem nejen vzájemného obohacení, ale rovněž nepochopení a konfliktu. Již při vzniku CDZ je tak důležité dobře vybrat budoucí tým a pracovat na společném vymezení pracovních postupů a hranic. Velice důležitá je v tomto procesu a nadále při provozu CDZ komunikace mezi jednotlivými členy MT. Z pohledu vedoucích pracovníků je rovněž důležité, aby si tým společně definoval poslání, vizi a hodnoty, dle nichž bude svou práci vykonávat. Kladen je tedy důraz na multidisciplinaritu umožňující vzájemné obohacení, ale rovněž jednotnost pracovníků v otázkách zastřešujících poskytování služeb a jejich spolupráci.

Jako překážku, která by mohla zamezit či zpomalit širší implementaci CDZ, shledávají členové týmu nedostatek finančních prostředků. Tato obava plyne převážně z nejistoty, z jakých finančních zdrojů bude následující nepilotní provoz CDZ financován. Situace CDZ a jeho multidisciplinárního týmu je znesnadněna tím, že se pohybuje na zdravotně-sociálním pomezí. Multidisciplinární tým je složen ze sociálních a zdravotnických pracovníků, přičemž obě tyto části týmu spadají ve výkonu svého povolání pod dva odlišné resorty – Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí a tím i pod regulaci odlišných legislativních norem s různou filozofií. U obou částí MT se tak prozatím předpokládá i nadále odlišný systém financování a jeho institucionální zastřešení. To v dotazovaných členech týmu vyvolává nejistotu a obavu o budoucím vývoji a schopnosti resortů se na financování a spolupráci úspěšně domluvit. Další překážkou, která v rozhovorech zazněla, je možný nedostatek personálu pro další rozšiřování sítě CDZ, který bude aktuální zejména v některých regionech České republiky. Nedostatek personálních kapacit vidí jako jeden z problémů implementace většího počtu CDZ i další odborníci a je otázkou, zda nebude nutné z tohoto důvodu ustoupit od současného Standardu péče (Koubová, 2018).

V rozhovorech si někteří z dotazovaných pracovníků stěžovali na svou pracovní vytíženost, která je způsobena nároky, které jsou na ně kladeny. Vzhledem k tomu, že v rámci pilotního provozu je multidisciplinární tým personálně omezen (MZ ČR, 2018b), vnímají požadavky, které jsou jim adresovány, jako zahlcující. Ve výjimečných případech tyto náročné podmínky vedou členy týmu k vytváření pracovních strategií, které jsou v rozporu s představami tvůrců politiky, nicméně je tak možné splnit jejich očekávání. Toto chování je možné vztáhnout k Teorii liniových pracovníků (Lipsky, 1980), s níž teoreticky souzní. V rámci analýzy uskutečněných rozhovorů bylo možné identifikovat několik faktorů, které vytíženost pracovníků dle jejich perspektivy ovlivňují. Jedním z nich je již zmiňované omezené personální zajištění. Dalším diskutovaným faktorem byl objem administrativy, kterou jsou členové MT povinni zpracovávat, a hodnotí ho jako příliš velký. Systém dokumentace je navíc pro poskytované sociální a zdravotní služby nejednotný, což jeho používání znesnadňuje. Vytíženost jednoho z MT je rovněž dána rozdělením klientů CDZ mezi case managery, kterými mohou být pouze sociální pracovníci. Tento systém case managementu je s největší pravděpodobností způsoben neexistencí metodiky, dle níž by se

CDZ a jejich multidisciplinární týmy mohly při práci řídit a nejasným vymezením pracovních rolí a kompetencí členů MT.

To, že pro CDZ zatím není vytvořena metodika, pokládám za jeden z největších limitů dosavadní implementace CDZ, která jejich členům poskytování služeb v pilotním provozu znesnadňuje. Tato situace dává členům MT možnost vytvářet si postupy, které jsou ideální pro podmínky, ve kterých CDZ funguje a rovněž přináší potřebné zkušenosti o fungování CDZ, které prozatím nemáme. Na druhou stranu může být pro členy MT náročné pracovat s možností využití pouze malé metodické opory. Je pochopitelné, že se mohou cítit, v momentě nutnosti vytvářet si metodické postupy sami za provozu CDZ, vyčerpání či nejistí. Zvláště pro zdravotnickou část MT je práce v prostředí bez konkrétní metodiky novou zkušeností, na kterou si musí zvykat.

Dokument, který je pro poskytované služby a fungování CDZ v pilotním provozu závazný, je *Metodika Programu podpory Center duševního zdraví*. Ta vymezuje personální zajištění CDZ a jeho odbornost, dále pak například poskytuje výčet služeb, které by CDZ v pilotním provozu mělo poskytovat. Stěžejními jsou určené závazné indikátory, které CDZ k datu ukončení pilotního provozu musí splňovat, aby dodrželo podmínky poskytnutí finanční dotace. Personální zajištění obou vybraných CDZ jsou v souladu s Metodikou Programu, rovněž MT poskytují všechny služby, které jim dokument ukládá. Vzhledem k neexistenci konkrétnějšího standardu péče ovšem například v případě krizové telefonní linky v odlišném rozsahu u dvou sledovaných CDZ. S dokumenty, které jsou určeny pro CDZ v pilotním provozu, tedy v tuto chvíli činnost CDZ koresponduje. Ve srovnání se Standardem péče, který se vztahuje k CDZ v nepilotním provozu, nikoli a její odlišnost je značná. Otázkou tedy zůstává, zda Standard péče po získaných zkušenostech z implementace CDZ v pilotních provozech nebude nutné změnit.

V práci jsem se pokusila zkoumanou problematiku propojit s několika teoretickými koncepty. Optikou analýzy implementace CDZ a multidisciplinárních týmů přístupem shora-dolů se členům MT daří naplňovat nároky, které pro CDZ v pilotním provozu vyvstávají z Metodiky Programu podpory CDZ. Pilotní provoz první vlny

implementovaných CDZ ovšem v tuto chvíli ještě není u konce, tudíž není možné zjistit, zda se podaří vybraným CDZ naplnit všechny závazné indikátory Metodiky Programu. Podmínky pro efektivní implementaci, jak je uvádějí Sabatier a Mazmanian (1979) jsou dle mého názoru přítomny pouze z části. Definované požadavky hodnotím v některých případech jako nejednoznačné a metodicky nedostatečné, což vytváří v MT chaos. Program je ovšem založen na „zdravé“ teorii a aktuálních konceptech péče a členové týmu se zavazují k naplňování ustanovených cílů. Dalším z využitých konceptů byla Teorie liniových pracovníků, jejíž prvky se ovšem při rozhovorech s dotazovanými příliš neobjevovaly. Jsem přesvědčena, že ačkoli jsou mnohdy pro členy MT pracovní situace náročné, neřídí se byrokratickou motivací pouze plnit závazné indikátory a nároky tvůrců politiky. Z rozhovorů jsem nezaznamenala, že by pracovníci uplatňovali rutinní strategie v přístupu ke klientům. Právě naopak vždy zmiňovali, že individuální přístup ke klientovi je základem jejich práce. Při její organizaci v MT je u obou dotazovaných CDZ využíváno case managementu, byť obě CDZ zvolila jiná pravidla k určování case managerů.

Prvních pět pilotních CDZ ukončí na konci roku 2019 svůj pilotní provoz. Jejich poznatky z tomu předcházejících 18 měsíců fungování by měly pomoci identifikovat případné nedostatky a přinést cenné zkušenosti z provozu na různých místech České republiky. Cenné by mohly být pro CDZ, která budou implementována v následujících vlnách pilotního projektu a převážně pro budoucí celoplošnou implementaci CDZ, která by měla do budoucna vytvořit síť celkem 100 CDZ na našem území. Některé problémy, se kterými se členové pilotních MT při práci setkávají, byly zmiňovány i při rozhovorech, které jsem s nimi v rámci této práce uskutečnila. Patří mezi ně: administrativní zátěž pracovníků, vytíženost MT, neexistence metodiky a propojení zdravotního a sociálního resortu. Poslední ze zmiňovaných problémů je v mnoha případech spíše strůjcem problémů dalších. Role CDZ by na tomto „mlhavém“ zdravotně-sociálním pomezí měla být o to jasněji systémově a legislativně vymezena. Administrativní zátěž MT je v současnosti do určité míry dána rovněž pilotním provozem, který si žádá množství průběžných zpráv, které by v pokračujícím provozu mohly odpadnout. Ale to, co zůstane, je oddělená dokumentace zdravotníků a sociálních pracovníků, která administrativní zátěž rovněž zvyšuje. Její propojení a vytvoření jednotného systému, do kterého by mohly zapisovat obě části MT, by pracovníkům práci usnadnilo. Posledním úskalím pilotních MT, které jsem v práci

diskutovala, je neexistence metodiky, jež pracovníky staví před náročný úkol vytvořit ji při běžícím provozu CDZ sami. Do budoucna by bylo dobré, aby dalším vznikajícím CDZ, která budou plošně implementována, byla již poskytnuta větší metodická podpora, o kterou by se mohla v poskytování péče opřít.

Ačkoli dotazovaní členové MT v průběhu rozhovorů vyjadřovali nespokojenost s určitými aspekty své práce a implementace CDZ, za velice důležité pokládám to, že všichni hodnotili zavedení CDZ a jejich péče do systému velice kladně. Zároveň je za potřebí říci, že ačkoli se v multidisciplinárním týmu někdy mohou mezi pracovníky objevit profesní i jiné neshody, všichni z dotazovaných jsou přesvědčeni o tom, že jako tým odvádějí dobrou práci s velkou snahou být ještě lepší.

Použité zdroje

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, **16**(4), 11-23.

BENEŠEOVÁ, V., ŠMIDMAJEROVÁ, E. Supervize jako nástroj v prevenci syndromu vyhoření. *Sociální práce*. 2018, **18**(2), 63-71.

BRAUN, V., CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, **3**(2), 77-101.

CARe Česká republika. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. 2017 [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

DUDOVÁ, M. *Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné*. Praha, 2017. Diplomová práce.

ESF ČR. *Podpora vzniku Center duševního zdraví III*. [online]. 2019, 16. 1. [cit. 2019-07-29]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset_publisher/BBFAoaudKGfE/content/podpora-vzniku-center-dusevniho-zdravi-iii?inheritRedirect=false

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

HEWSTONE, M., STROEBE, W. ed. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7092-5.

HONZÁK, R. Když lidé chtějí pomáhat až příliš aneb syndrom vyhoření. *Psychiatria-psychotherapia-psychosomatika*. 2009, **16**(3), 167-169.

HORÁK, P., HORÁKOVÁ, M. Role liniových pracovníků ve veřejné politice. *Sociologický časopis*. 2009, 49(2), s. 369-395.

CHRASTINA, J., KANTRO, J., KRAHULCOVÁ, K., FINKOVÁ, D. Design (mnoho)případové studie ve (speciálně)pedagogickém výzkumu. *E-Pedagogium*. 2015. s. 7-20.

KOUBOVÁ, Michaela. Kulatý stůl ZD: Transformace léčeben bude sisyfovská práce. Zkomplikuje ji nedostatek lidí i odliv financí z následných lůžek. *Zdravotnický deník* [online]. 2018, 2. 5. [cit. 2019-07-28]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/05/kulaty-stul-zd-transformace-leceben-bude-sisyfovska-prace-zkomplikuje-nedostatek-lidi-i-odliv-financi-naslednych-luzek/>

LIPSKY, M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980. ISBN 08-715-4526-8.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MPSV. *Ministryně Maláčová a ministr Vojtěch se dohodli na dalším postupu v oblasti sociálně zdravotního pomezí: Tisková zpráva* [online]. 2019, 12. 6. [cit. 2019-07-17]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/35725/TZ_-_Reforma_pece.pdf

MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016-2025*, 2016.

MZ ČR. *Informace o projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné* [online]. 2017a, 25. 9. [cit. 2019-07-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informace-o-projektu-deinstitutionalizace-sluzeb-pro-dusevne-nemocne_14257_2452_8.html

MZ ČR. *Informace o projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné* [online]. 2019, 13. 5. [cit. 2019-07-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-novych-sluzeb-v-peci-o-dusevne-nemocne-_15756_4017_8.html

MZ ČR. *Informace o projektu Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným*. [online]. 2018, 27. 11. [cit. 2019-07-28]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-zavedeni-multidisciplinariho-pristupu-k-dusevne-ne_15187_2452_8.html

MZ ČR. *Malý průvodce CDZ*, 2018a.

MZ ČR. *Metodika programu podpory Center duševního zdraví*, 2018b.

MZ ČR. *Metodika programu podpory Center duševního zdraví II*, 2018c.

MZ ČR. *Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července* [online]. 2019, 15. 1. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16665_8.html

MZ ČR. Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ). In: *Věstník MZ ČR*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, ročník 2016, částka 5. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_3442_11.html

MZ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*, 2013. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

MZ ČR. *Základní principy poskytování péče v CDZ. Verze 1.2*, 2017b. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf

NA ROVINU [online]. NUDZ, 2017 [cit. 2019-07-29]. Dostupné z: <http://narovinu.net>

PÁV, M., PLUHARÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, J., ŠŤASTNÁ, J. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*. 2017, **18**(2), s. 69-47.

PROTOPOPOVÁ, D. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. *Zdravotnické noviny: Odborná příloha* [online]. 2018, 26. 2., **11**(9) [cit. 2019-07-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*, 2017. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

RAPP, Ch. A., GOSCHA, R. J. The Principles of Effective Case Management of Mental Health Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004, **27**(4), 391-333.

ŘEHÁČEK, P. *Pojetí case managementu v rámci centra duševního zdraví*. Praha, 2019. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lada Furmaníková, Ph.D.

SABATIER, P. A., MAZMANIAN, D. The Conditions of Effective Implementation, *Policy Analysis*, 1979, 5, s. 489.

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus Praha, 2001.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TUŠKOVÁ, E., DOBIÁŠOVÁ, K., DUŠKOV, I. CHAPTER 4. *An Overview of Mental Health in the Czech Republic*. In Scheffler, R.M., Shumway, M., Chereches, R.M. *Mental Health in Central and Eastern Europe: Improving Care and Reducing Stigma - Important Cases for Global Study*, World Scientific, ISBN 9811205639, 200 s., vyjde v září 2019.

VIZDOM: *Včasná intervence u závažných duševních onemocnění* [online]. NUDZ, 2018 [cit. 2019-07-29].

VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

WINKLER, J. *Organizace implementačního procesu: institucionální hledisko analýzy*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7822-2.

WINKLER, P., ŠPANIEL, F., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., KREJNÍKOVÁ, L. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9.

WILKEN, J. P., HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [online]. 1999, [cit. 2019-07- 23]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/download/odborne-texty>

YIN, Robert K. *Case study research: design and methods*. Fifth edition. Los Angeles: SAGE, [2014]. ISBN 978-1-4522-4256-9.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru

Okruh č. 1: Pozice v týmu a obsah práce dotazovaného.

- 1) Jaká je Vaše pozice v multidisciplinárním týmu?
- 2) Co je obsahem Vaší práce?
- 3) V čem se liší od ostatních v týmu?
- 4) Jaké bylo Vaše předchozí zaměstnání a co bylo jeho náplní?
- 5) V čem se případně liší v systému CDZ? (*zde otázka hlavně na systém práce v multidisciplinárním týmu*)
- 6) Jaké cíle si při práci s klienty v týmu kladete? Co je hlavní filozofií Vaší práce?
- 7) Sledujete nějaké odlišnosti v pojetí práce či postupech a fungování multidisciplinárních týmů napříč již fungujícími ostatními CDZ a jejich pracovníky?

Okruh č. 2: Zhodnocení práce v multidisciplinárním týmu a jeho výhody/nevýhody.

- 8) Jaké jsou podle Vás výhody či nevýhody práce v multidisciplinárním týmu?
- 9) Co je dle Vás důležité pro úspěšné fungování multidisciplinárního týmu?
- 10) Jaké jsou podle Vás největší problémy/překážky pro optimální fungování multidisciplinárního týmu?
- 11) Jak byste zhodnotil/a úspěšnost komunikace mezi jednotlivými členy týmu?
- 12) Hodnotíte tento systém práce s osobami s duševním onemocněním kladně?
- 13) Je dle Vás nějaká oblast pokynů Ministerstva zdravotnictví, která se zcela rozchází s realitou fungování a práce multidisciplinárního týmu v CDZ?
- 14) Je něco, co byste doporučil/a změnit či přehodnotit v pokynech pro práci multidisciplinárních týmů/celkově CDZ?
- 15) Jak byste zhodnotil/a dosavadní fungování Vašeho týmu v CDZ?

Okruh č. 3: Proces implementace CDZ a jeho multidisciplinárního týmu

- 16) Jak byste zhodnotil/a úspěšnost zavádění práce multidisciplinárního týmu v CDZ?
- 17) Co dle Vašeho názoru bylo (či stále je) největší překážkou pro úspěšné zavádění práce multidisciplinárního týmu?
- 18) Jaké další výzvy Vás v procesu zavádění péče čekají?
- 19) Existují dle Vás nějaké překážky pro širší zavádění CDZ v ČR?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Výzkum k bakalářské práci *Multidisciplinární tým v implementaci Center duševního zdraví*

Informovaný souhlas

Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno mé jméno. Moje účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru můžu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovět. Mám také právo rozhovor kdykoli ukončit. Jsem si vědom/a toho, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a přepsán do písemné formy. Přepis rozhovoru bude důvěrný a v bakalářské práci, ani v případných dalších výstupech z tohoto výzkumu, nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné mě identifikovat.

Souhlasím s účastí ve výzkumu a provedením rozhovoru. ano ne

Přeji si být informován/a o výsledcích výzkumu. ano ne

Jsem si vědom/a toho, že pokud v budoucnu změním svůj názor a nebudu si přát využití některých pasáží formou přímé citace, mohu se obrátit na tazatelku Johanu Prokopovou, která se zavazuje mé přání respektovat.

Jméno:

Podpis:

Dne