

**Univerzita Karlova**  
**Filozofická fakulta**  
Katedra sociální práce

## **Rigorózní práce**

Mgr. Monika Dudová

**Kompetence pracovníků v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o  
duševně nemocné**

Competencies of workers in a multidisciplinary team in the field of mental  
illness care

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala paní PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D., za její odborné a velmi vstřícné vedení, užitečné rady a věcné poznámky a za podporu a motivaci, kterou mi při psaní diplomové i rigorózní práce, respektive při celém studiu poskytla. Dále bych velmi ráda poděkovala za vstřícnost a ochotu paní Bc. Blance Novotné a Mgr. Lence Škvorové a dalším, kteří se podíleli na výzkumném šetření k rigorózní práci a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině, která mi byla a je oporou.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 31. 8. 2017

.....

Mgr. Monika Dudová

## **Abstrakt**

Předložená rigorózní práce pojednává o procesu formování multidisciplinárního týmu a o kompetencích psychiatrických sester a sociálních pracovníků v týmu, který se stává nástrojem péče v oblasti služeb duševního zdraví, a to v rámci transformace psychiatrické péče z institucionální sféry do komunitně orientovaných služeb. Multidisciplinární spolupráce by se v moderním pojetí komunitně orientovaných psychiatrických služeb měla stát poskytovatelem komplexnějších, kvalitnějších a efektivnějších služeb pro osoby s duševním onemocněním.

Teoretická část tvoří informační rámec pro vymezení základních pojmů z oblasti duševních poruch, komunitní psychiatrie, popis současného stavu péče o duševně nemocné a přináší poznatky z chystaných kroků reformy v oblasti poskytování psychiatrických služeb. Empirická část mapuje proces tvorby multidisciplinárního týmu v nově vzniklém Centru duševního zdraví, nového nízkoprahového pilíře transformace psychiatrických služeb, charakterizuje kompetence sociálních pracovníků a psychiatrických sester v týmu, a navíc přináší pohled všech profesionálů z týmu na proces formování týmu, jejich pohled na vzájemnou spolupráci, zapojení peer pracovníka a současně mapuje bariéry, které brání optimálnímu fungování multidisciplinární spolupráce.

## **Klíčová slova**

Duševní onemocnění; komunitní péče; deinstitucionalizace; multidisciplinární tým; kompetence; zotavení; focus group

## **Abstract**

Submitted rigorous thesis occupies with the process of formation of multidisciplinary team and competencies of psychiatric nurses and social workers in the team, which becomes an instrument of care to services dealing with mental illness treatment in the case of transformation of psychiatric care from institutional to sphere of community services. In psychiatric community-based services as we know them today, multidisciplinary cooperation should provide more complex and effective help for people with mental illness.

The theoretical part of the thesis consists of informative overview, stating the basic terms from fields of mental disorders and community psychiatry and description of contemporaneous state care about mentally ill and it also brings new information about prepared reforms in area of providing psychiatric services. The empiric part maps the process of putting the multidisciplinary team together in newly established Centre of mental health, which is the new low-threshold pillar of transformation of psychiatric services. In addition, it points out competencies of social workers and psychiatric nurses in the team, it shows views of all the professionals from the team on the problematics of creating a team, mutual cooperation, bringing a peer worker in and it also points on the barriers keeping multidisciplinary cooperation from optimal functioning.

## **Key words**

Mental illness; community care; deinstitutionalization; multidisciplinary team; competence; recovery; focus group

## Seznam zkratek a často použitých pojmů

CDZ	Centrum duševního zdraví
CM	<i>Case management</i> – případové vedení
CMHCD	Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
ČR	Česká republika
MD tým	Multidisciplinární tým
Metoda CARE	<i>Comprehensive Approach to Rehabilitation</i> – komplexní přístup k rehabilitaci
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)
Model ACT	<i>Assertive Community Treatment</i> – asertivní komunitní léčba
Model FACT	<i>Flexible Assertive Community Treatment</i> – flexibilní asertivní komunitní léčba
PN Bohnice	Psychiatrická nemocnice Bohnice
Recovery	Zotavení
SMI	<i>Severe Mental Illness</i> – vážné duševní onemocnění
Well-being	Životní pohoda, životní spokojenost
WHO	<i>World Health Organization</i> – Světová zdravotnická organizace

## Obsah

Úvod.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Kontext a vymezení základních pojmů.....	11
1.1 Diagnostika duševních poruch a vymezení dlouhodobého závažného duševního onemocnění.....	11
1.2 Dopad duševní nemoci na život jedince a jeho bio-psycho-sociální determinanty ...	14
1.3 Systém péče o duševně nemocné .....	17
1.4 Legislativní postavení duševně nemocného.....	20
1.4.1 Mezinárodní dokumenty .....	20
1.4.2 Právní rámec v ČR.....	23
2 Komunitní psychiatrie.....	25
2.1 Sociální psychiatrie a její pojetí .....	25
2.2 Komunitní péče .....	26
2.3 Současný stav psychiatrické péče v ČR.....	27
2.4 Konkrétní cíle změn .....	28
2.5 Transformace psychiatrie v ostatních zemích .....	31
2.5.1 Příklady transformace psychiatrické péče ve vybraných zemích .....	31
2.6 Potřeba deinstitucionalizace a destigmatizace .....	33
3 Multidisciplinární týmy .....	35
3.1 Centra duševního zdraví.....	35
3.2 Multidisciplinární spolupráce.....	36
3.2.1 Personální zajištění .....	38
3.3 Kompetence pracovníků v týmu .....	38
4 Techniky a metody užívané multidisciplinárním týmem .....	45
4.1 Case management.....	45
4.2 Orientace na recovery .....	46
4.3 Metoda CARE a psychosociální rehabilitace .....	48
4.4 Modely péče – ACT a FACT .....	49

4.5	Krizová intervence .....	51
II.	EMPIRICKÁ ČÁST .....	53
5	Multidisciplinární tým v Centru duševního zdraví pro Prahu 8 .....	53
5.1	Výzkumný soubor .....	53
5.2	Kontext vzniku multidisciplinárního týmu v CDZ pro Prahu 8.....	53
5.3	Současné fungování týmu .....	54
6	Metody výzkumu .....	55
6.1	Vymezení výzkumných cílů.....	55
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	55
6.3	Techniky sběru dat .....	56
6.4	Analýza dat.....	57
7	Analýza výsledků a jejich interpretace .....	59
7.1	Psychiatrické sestry.....	59
	Souhrn výpovědí – psychiatrické sestry.....	69
7.2	Sociální pracovnice .....	71
	Souhrn výpovědí – sociální pracovnice .....	79
7.3	Psycholožky .....	81
	Souhrn výpovědí – psycholožky.....	87
7.4	Psychiatr.....	89
	Souhrn výpovědí – psychiatr.....	96
7.5	Peer konzultantka .....	99
	Souhrn výpovědí – peer konzultantka.....	105
8	Vymezení kompetencí psychiatrických sester a sociálních pracovnic .....	107
9	Výsledky výzkumu a doporučení pro praxi.....	112
	Diskuze .....	120
	Závěr .....	125
	Zdroje.....	127



## Úvod

Na doporučení vedoucí rigorózní práce a se souhlasem předsedy rigorózní komise vychází tato práce z diplomové práce „*Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné*“, která byla obhájena v červnu 2017. Hlavním tématem rigorózní práce je profilace kompetencí psychiatrických sester a sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví pro Prahu 8. Výběr tématu souvisí s problematikou, se kterou se setkávají pracovníci v interdisciplinárním týmu v péči o duševní zdraví v praxi, zároveň navazuje na poznatky získané v diplomové práci, které tak prohlubuje. Nejednoznačnosti vyplývající z neznalosti kompetencí jsou podmíněné absencí atestace jak všeobecných sester, tak sociálních pracovníků z oblasti péče o duševně nemocné.

Potřeba prohlubování znalostí z psychopatologie a psychosociální práce s klienty si vyžaduje teoretické vzdělávání na vysokých a vyšších odborných školách, které tyto profesionály do multidisciplinárních týmů připravují. Psychiatrie kvůli souvisejícím atributům práce s nemocným jedincem je stále ještě stigmatizovaným oborem. Je tedy zapotřebí vést společenskou diskuzi na toto téma a veškerou péči o duševní zdraví vyzdvihnout do popředí zájmu společnosti.

Formování multidisciplinárních týmů je nedílnou součástí transformace psychiatrických služeb z institucionální péče do komunitně orientovaných služeb. Rozvoj multidisciplinární spolupráce v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním přinese komplexnější a provázanější nabídku a zároveň napomůže k lepšímu propojení na návazné služby. Transformace v oblasti poskytování psychiatrických služeb též přispěje k destigmatizaci duševně nemocných a psychiatrii jako oboru, a nastolí novou etapu poskytování moderní a kvalitnější psychiatrické péče. Nová dekáda v péči o osoby s duševním onemocněním klade velký důraz na sociální práci jako na elementární způsob v poskytování psychosociální pomoci těmto klientům a jejich rodinám, s důrazem na naplňování sociálních potřeb, lidských práv, a to co nejdříve jejich přirozenému prostředí.

Tématem rigorózní práce je profilace kompetencí sociálních pracovníků a psychiatrických sester v multidisciplinárním týmu, tedy nejvíce zastoupených profesí v týmech komunitní psychiatrické péče, a proces formování multidisciplinárních týmů jakožto nástroje k poskytování služeb péče o duševní zdraví jedincům s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí. Teoretická část popisuje kontext a problematiku duševního onemocnění

a zároveň nabízí vymezení dlouhodobého závažného duševního onemocnění (SMI). Dále popisuje současný systém péče o duševní onemocnění a nastiňuje legislativní postavení duševně nemocných v kontextu mezinárodních a tuzemských dokumentů. Nedílnou součástí informačního rámce rigorózní práce je popis strategie psychiatrické reformy, jejíž součástí je deinstitucionalizace a přesun poskytované péče do komunitního prostředí. Dále je v kapitolách teoretické části popsána potřeba destigmatizace psychiatrických služeb a formování nového pilíře psychiatrické péče – Center duševního zdraví, multidisciplinárních týmů, včetně popisu kompetencí psychiatrických sester a sociálních pracovníků. Dále práce přináší výčet technik a metod užívaných v týmech v rámci péče o duševní zdraví.

Předložená empirická část rigorózní práce mapuje a hodnotí tvorbu multidisciplinárního týmu, který poskytuje služby v komunitním prostředí osobám s duševním onemocněním, a to v nově vzniklém Centru duševního zdraví na Praze 8. Výzkumné šetření přináší pohled zástupců všech profesí v týmu na formování multidisciplinárního týmu, jeho současné fungování a specifika týmové spolupráce, ale též mapuje bariéry, které brání optimálnímu fungování multidisciplinárního týmu v oblasti péče o duševní zdraví. Dále nastiňuje praktické kompetence v denních činnostech psychiatrických sester a sociálních pracovníků coby nejvíce zastoupených profesí v multidisciplinárních týmech v nově vznikajících Centrech duševního zdraví.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Kontext a vymezení základních pojmů

### 1.1 Diagnostika duševních poruch a vymezení dlouhodobého závažného duševního onemocnění

Na duševní poruchu bylo v historii pohlíženo z různých úhlů. Lze bezesporu říci, že nemoc jako taková byla výrazným hybatelem dějin, příkladem mohou být civilizační onemocnění, při nichž nemoc postihla miliony lidí, kteří následně umírali. Choroby se takto zapisují do dějin lidstva společně s nemocnými jedinci, u kterých například nemoc duše spolupřispěla k uměleckým dílům, která můžeme obdivovat dodnes. Jiní z popudu duševní nemoci vedli nerozumné války nebo byly považováni za vyvolené. Pohledy se měnily, ale jistý handicap nemoci přetrvává dodnes, a to zejména nemoci duševní na úkor nemoci tělesné.

S duševním onemocněním se v novém tisíciletí může setkat téměř každý z nás, ať už přímo, nebo ze zkušenosti někoho z blízkého okolí. Moderní doba přináší vymoženosti, které na druhou stranu mohou způsobit dezintegraci člověka. Tyto faktory spojené s tlakem společnosti, vzrůstajícím stresem, genetickou predispozicí a dalšími vlivy mají za následek narušení duševního zdraví jedince a mohou způsobit rozvoj duševního onemocnění.

V České republice užíváme pro určení poruch zdraví Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů známou pod zkratkou MKN-10, která je publikací Světové zdravotnické organizace (WHO) a jejíž současná podoba vešla v platnost 1. 1. 2003. Duševním poruchám je v tomto dokumentu vyčleněna kapitola pod písmenem F s názvem Poruchy duševní a poruchy chování, která vymezuje jednotlivé oddíly následovně (ÚZIS, 2014):

F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10–F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59	Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70–F79	Mentální retardace
F80–F89	Poruchy psychického vývoje
F90–F98	Poruchy chování a emocí, se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Poruchy spadající do kategorie MKN-10 pod písmeno F jsou velmi nesourodou skupinou onemocnění. Zvláštní pozornost by se měla věnovat osobám trpícím tzv. *vážným duševním onemocněním*, označovaným jako SMI (z anglického Severe/Serious Mental Illness). SMI je definováno podle několika kritérií. Dle Foitové (2011) je SMI diagnostikováno na základě míry narušení jednání jedince v běžném životě a podle délky trvání onemocnění.

Definovat SMI můžeme na základě vymezení Ruggeti et al. (2000) a Foitové (2011) podle následujících kritérií:

- Onemocnění trvá déle než 2 roky
- Diagnóza – psychózy (F2), poruchy nálad (F3), popřípadě neurotické poruchy (F4) a poruchy osobnosti (F6)
- Funkční narušení osobnosti (dle škály GAF – 50 bodů a méně)
  - o GAF (z anglického *Global Assessment of Functioning*) neboli vyšetření celkového fungování. Jedná se o nástroj pro vyhodnocení symptomů nemoci, společně se sociálním a praktickým fungováním jedince. Škála má sto bodů, dosažení méně než poloviny bodů tedy znamená „*souhrnné postižení na úrovni zhruba 50 %*“ (Foitová, Pěč, Wenigová, str. 7, 2011).

Jak uvádí Foitová (in Foitová, Pěč, Wenigová, 2011), délka trvání nemoci se nemusí shodovat s určením diagnózy. Tento časový úsek neléčení onemocnění může mít za následek horší prognózu nemoci. Dále uvádí, že ukazateli funkčního narušení může být například doba strávená v nemocničním zařízení nebo mimo něj, životní úroveň, dosažené vzdělání, pracovní schopnosti nebo bytové podmínky jedince.

Podle posledních dostupných údajů Ústavu zdravotnických informací a statistik (ÚZIS ČR, 2016) bylo v roce 2015 v psychiatrických lůžkových zařízeních zaznamenáno 60 106 hospitalizací, přičemž necelých 20 tisíc hospitalizací bylo na oddělení psychiatrie v nemocnicích, necelých 39 tisíc v psychiatrických nemocnicích pro dospělé a zhruba 1 tisíc hospitalizací zaznamenaly psychiatrické léčebny pro děti. Za zmínku stojí průměrná doba strávená v psychiatrickém zařízení, která dosáhla zhruba 58 dnů. Kromě duševních poruch a poruch chování způsobené alkoholem je nejčastější příčinou hospitalizace schizofrenie (F20) s počtem necelých 6 500 hospitalizací a reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43), kdy počet hospitalizací představoval necelých 5 500. V této souvislosti je nutné dodat, že u většiny pacientů (78 % hospitalizací) po propuštění byla nutná ambulantní péče, necelých 10 % hospitalizovaných osob potřebovalo po propuštění další ústavní léčbu a pouze u 5 % hospitalizací nepotřeboval pacient následnou péči (ÚZIS ČR, 2016). Psychiatrie se však více než ostatní medicínská odvětví setkává s takzvanou *skrytou nemocností*, kdy není jedinec diagnostikován a dále řádně léčen. Lze tedy předpokládat, že v populaci je mnohem více nemocných osob, které se symptomy nemoci bojují bez pomoci odborníků.

Jak je uvedeno v publikaci Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním (dále jen Doporučení) (Fokus ČR, 2013), podle výzkumů z Itálie a Velké Británie představuje skupina osob se SMI cca 0,35 % dospělé populace. Za předpokladu, že tato podskupina psychiatrických pacientů tvoří stejné zastoupení i v naší populaci, jednalo by se zhruba o 350 osob se závažným duševním onemocněním na 100 tisíc obyvatel.

V běžně dostupné literatuře se můžeme setkat s označením jak duševní nemoc, tak duševní porucha. Oddělit a definovat tyto dva pojmy je často náročné. Marečková a Matiaško (2010) vysvětlují, že s pojmem duševní porucha operuje i český právní řád, jelikož termín „porucha“ (*impairment*) vychází z definice MKN-10. Jak dále uvádějí, právní řád používá označení duševní porucha již od roku 1948. Toto pojmosloví se ujalo zejména z toho důvodu, že „... legislativa týkající se primárně nedobrovolných hospitalizací a léčby, může zúžit tuto kategorii pouze na těžké duševní poruchy. Na druhé straně, legislativa zakládající pozitivní práva může definovat duševní poruchu tak široce, jak je to jen možné, aby výhody požívaly všechny osoby s duševní poruchou“. (Marečková, Matiaško, 2010, str. 27)

Duševní poruchu, popřípadě duševní onemocnění, vykládají odborníci různými způsoby. Například v Psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2015, str. 422) je termín porucha definován jako „*relativně trvalé porušení funkce nebo procesu*“ a dále se uvádí, že MKN-10 namísto označení nemoc, onemocnění užívá termín porucha, jelikož označuje soubor příznaků nebo chování, které se pojí s narušením funkcí nebo pocitem tísně. Jako příklad dalšího výkladu termínu porucha ve vztahu k duševnímu onemocnění můžeme uvést zahraniční server Psychology today (Maisel, Mahrová, 2013), kde je na duševní poruchu nazíráno jako na syndrom charakterizovaný výrazným narušením kognitivních funkcí, nesprávnou regulací emocí nebo chování, což je zapříčiněno dysfunkcí v psychologické, biologické nebo vývojové sféře jedince. Spolu s fyziologickými procesy jsou duševní poruchy často spojeny se stresem v oblasti sociální, pracovní, vztahové nebo jiné důležité oblasti v životě jedince.

Psychiatrická klasifikace je nezbytným nástrojem pro orientaci v psychických procesech a funkcích člověka. Kategorizace duševních poruch v MKN-10 je pouhým výčtem symptomů a diagnóz jednotlivých nemocí, který nepřináší výklad toho, jak nemoc na jedince působí, popřípadě jak moc zasahuje do jeho běžného prožívání a chování. Nutné je však podívat se na nemoc z širšího úhlu pohledu a řešit dopady onemocnění nejen z biologického hlediska, ale též z hlediska ošetření oblastí života, do které duševní onemocnění zasahuje. Každý jedinec je vybaven určitou tolerancí vůči vnějším negativním vlivům. Mahrová (2008) uvádí, že se jedná o tzv. *psychosociální vulnerabilitu* neboli o určitou sílu osobnosti, kterou disponuje každý jedinec odlišně, spojenou s mírou zranitelnosti nebo stability. Každý jedinec disponuje odlišnou psychosociální vulnerabilitou, tudíž je schopen zvládat různou míru stresu a je různě zranitelný. Všechny tyto vnější okolnosti mohou mít vliv na rozvoj duševní poruchy a je potřeba tyto aspekty vnímat a nepodceňovat je.

## **1.2 Dopad duševní nemoci na život jedince a jeho bio-psycho-sociální determinanty**

Jak již bylo zmíněno výše, na rozvoj duševní nemoci nemá vliv pouze genetická predispozice spolu s fyziologickými změnami v těle jedince. Dalším, často velmi úzce spojeným hybatelem v rozvoji nemoci jsou aspekty sociální vyvolané stresem, dlouhodobou nepohodou jedince a podmínkami, ve kterých dotyčný žije. Nemoci často nelze předvídat. U některých jedinců se

objeví nemoc pouze jednou, ovšem některé nemoci mají povahu opakovaných atak nebo mají trvalý charakter, který má dlouhodobý vliv na integritu člověka.

Na otázku, jakým způsobem vzniká duševní onemocnění, stále nemáme jednoznačnou odpověď. Řada odborníků se dlouhá desetiletí snaží přijít na příčiny duševní nepohody, ale postihnout toto téma v celé šíři představuje stále nemožný úkol. V dostupné literatuře se můžeme dočíst o možných výkladech této problematiky, ale žádný z nich neodpovídá na otázky vzniku duševních poruch. Obecně lze konstatovat, že se společnost, a zejména odborníci shodují v názoru, že na rozvoj duševní poruchy mají vliv i nefyziologické determinanty. Jak uvádí Raboch (2012), ve 20. století se dosáhlo velkých poznatků o funkcích mozku a popisu genů, které způsobují odlišné chování a myšlení duševně nemocných lidí. Byl též prokázán vliv vnějšího prostředí na projev těchto genů a s tím spojený rozvoj duševní nemoci.

Zprvu je potřeba pochopit, co je zdraví. Na zdraví lze pohlížet z mnoha úhlů. Jen velmi stěží na něj lze pohlížet pouze z biologického hlediska, jelikož fyziologické zdraví je často determinované sociálním prostředím a interakcí s ním. Jak uvádí Kebza (2005), zdraví je výsledkem interakce člověka s podmínkami, ve kterých žije. Jedná se o přírodní prostředí, technický pokrok a pokrok ve vědě, rozvoj infrastruktury, ekonomický a průmyslový pokrok a s tím související životní úroveň jedince a vliv celé společnosti. Životní styl, jak dále uvádí, je jedním z určujících faktorů zdraví. Do této dimenze řadí následující faktory, které jsou hlavními ukazateli zdraví:

- *„výživa,*
- *fyzická aktivita,*
- *vykonaná práce a vše, co s ní souvisí,*
- *sexuální aktivita,*
- *osobní duševní pohoda,*
- *vztahy k okolí způsob,*
- *kvalita zvládnutí zátěže a stresu a*
- *absence či naopak rozvoj závislosti“.* (Kebza, 2005, str. 9)

Nedílnou součástí definice zdraví, kromě okolních vlivů, je též genetika. Genetická predispozice společně s určitým životním stylem (často „nezdravým“ životním stylem) je rizikovou kombinací pro vznik nemoci, ať už fyzické, nebo psychické.

V moderní literatuře můžeme nacházet pojem well-being, který neodmyslitelně patří k dalším ukazatelům zdraví jedince. Z anglického well-being lze tento pojem volně přeložit jako osobní pohoda. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2014) vykládá tento pojem jako stav pohody, kdy každý jedinec na základě svého potenciálu se dokáže vyrovnat s běžným životním stresem, dokáže produktivně a užitečně pracovat a je schopen svým potenciálem přispívat do komunity, v níž žije. V české literatuře můžeme najít výklad well-beingu jako „životní pohoda“ (např. Křivohlavý, 2004) nebo jako „pocit či prožitek osobní pohody“ (Kebza in Blahý a kol., 2005).

Pokud však zobecníme výklad pojmu zdraví na volný překlad definice WHO (2014) obsažené v jeho ústavě, charakterizujeme zdraví jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody (well-being), který není definován pouze přítomností nemoci nebo neduživosti, nikoli pouze nepřítomnost nemoci.

Přibývající počet duševně nemocných osob představuje dle WHO a Světové banky (Wenigová, Pěč in Raboch, 2012) největší společensko-ekonomickou zátěž a je příčinou zvyšujícího se počtu let strávených v pracovní neschopnosti. Rovněž se uvádí, že 27 % Evropanů v dospělém věku trpí některou z duševních poruch, a dále se předpokládá, že v roce 2020 bude deprese nejrozšířenější nemocí. Poslední údaje z roku 2015 uvádějí, že osoby s psychiatrickou diagnózou (dg. F0-F99) byly v pracovní neschopnosti v 38 905 případech (ÚZIS, 2015).

Vážné duševní onemocnění s sebou přináší riziko sebevraždy, přičemž v EU umírá v důsledku sebevraždy více osob než následkem dopravních nehod nebo například AIDS (Wenigová, Pěč in Raboch, 2012).

Duševní nemoc se pojí s dezintegrací jedince jak po jeho tělesné nebo psychické stránce, ale též s sebou nese přítěž sociální. Může vést ke sníženému sebevědomí, ztrátě smyslu života či k problémům s uplatněním dotyčného na trhu práce či v navazování vztahů nebo může vést ke ztrátě společenského uplatnění. Výklad psychické poruchy s sebou nese určité stigma doprovázené bohužel i mediálními kauzami, které na tuto problematiku nahlíží velmi negativně.



### 1.3 Systém péče o duševně nemocné

Česká republika patří mezi země s chybějícím vládním programem péče o duševní zdraví. Koncepce oboru psychiatrie (PS ČLS JEP, 2008) a Raboch (2012) uvádějí, že je tato situace způsobena nesystematickým zřizováním psychiatrických institucí, špatným rozmístěním psychiatrických ambulantních služeb a chybějícími komunitními službami. Koncepce oboru psychiatrie (PS ČLS JEP, 2008) (dále jen Koncepce) připomíná, že neuspokojivá je též dostupnost psychiatrické péče, přičemž obor psychiatrie není dlouhodobě finančně zajištěn a jeho rozvoj je v porovnání se zeměmi Evropské unie velmi opožděný. Ve srovnání s jinými medicínskými obory v České republice je psychiatrie velmi zanedbávaným oborem. Těžké nároky a podmínky, které psychiatrická péče vyžaduje, jsou důvodem, proč opadá zájem mladých lékařů o atestaci z psychiatrie. Jak se píše v Koncepci (PS ČLS JEP, 2008, str. 3), *„základními kameny diferencovaného přístupu k prevenci, terapii a rehabilitaci u duševních poruch je systém propojené péče ambulantní, lůžkové a komunitní“*. V současnosti roste snaha o částečné propojování služeb, ale stále není stav natolik ideální, aby nebylo třeba změn, a to nejlépe na státní úrovni.

Překážky, na které současný systém psychiatrické péče naráží, jsou dle Koncepce (PS ČLS JEP, 2008) následující:

- Ambulantní psychiatři nemají dostatek času na sociálně-psychiatrické intervence, psychoterapii a obecně komunikaci s pacientem, jelikož je systém úhrad nutí vyšetřit velké množství pacientů, aby byla ambulance finančně a existenciálně udržitelná.
- Vysoká skrytá nemocnost je rizikem pro systém; v jejím důsledku se zvýší tlak na kvantitu poskytované péče na úkor kvality; podobná situace by mohla nastat s redukcí lůžek a následným přesunem pacientů do psychiatrických ambulancí, které již teď kapacitně nevystačí.
- Není dostatečná nabídka psychoterapeutických služeb (zejména mimo velká města) a služeb sociálně-psychiatrických. Většina péče spočívá v psychofarmakologii, která je na vysoké úrovni, ale není bio-psycho-sociální dle standardu moderní psychiatrie.
- Chybí dostatek specializovaných ambulancí.
- Nedostatečná terénní krizová psychiatrická pomoc.
- Chybí dostatečná provázanost mezi ambulantní a lůžkovou péčí, ale také mezi praktickými lékaři a klinickými psychology, popřípadě jinými profesionály.

I přes částečnou zastaralost Koncepce, která vznikla již před téměř deseti lety, lze konstatovat, že se systém péče o duševně nemocné výrazně neposunul a daná tvrzení platí i v roce 2017. K tomuto tématu je důležité poznamenat, že velkým problémem je nerovnoměrné rozmístění psychiatrické péče. Velké rozdíly jsou zejména v regionálním rozmístění lůžkové péče, kdy „v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským“ (MZ, 2013, str. 18). Doposud se nepodařilo rozvinout komunitní péči oproti institucionální, ve které je poskytována většina psychiatrické péče. Od 90. let minulého století bylo zaznamenáno částečné rozšíření denních stacionářů a psychotherapeutické pomoci (Raboch, 2012).

Změny v psychiatrické péči představují naději pro včasnější a efektivnější léčbu duševních poruch, zejména pro dostupnost časovou a místní. V současné době je největší množství zdravotnické psychiatrické péče poskytované v ústavních zařízeních, příkladem jsou velké psychiatrické nemocnice a ústavní zařízení pro děti a mládež nebo psychiatrické oddělení velkých nemocnic. Dostupná psychiatrická péče by měla být poskytována v psychiatrických ambulancích, ty v současnosti výrazně převyšují kapacitu služby a potřebný čas, po který se lékař může věnovat příchozímu klientovi. Výsledkem může být nesprávná diagnóza nebo nepodchycení symptomů nemoci.

Vedle zdravotních psychiatrických služeb stojí systém sociálních služeb, který se řídí dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách a kategorizuje služby následovně:

- sociální poradenství, které se dělí na základní a odborné;
- sociální péče;
- sociální prevence.

Tyto služby mohou být poskytovány formou ambulantních, terénních a pobytových služeb. Lze konstatovat, že sociální služby jsou určitým doplněním psychofarmakologické léčby, zároveň ale podstatným článkem v návazné péči o osoby s duševním onemocněním a jsou nedílnou součástí komplexní péče o duševně nemocného. Je tedy zapotřebí oba systémy péče vhodně propojovat.

Mahrová (2008) přináší základní rozdělení terapie pro jedince s duševním onemocněním a dodává, že terapie je nejúčinnější, když je komplexní – tedy multidisciplinární, kdy se na péči podílí více profesionálů. Základní služby kategorizuje následovně:

- socioterapie a sociální práce;
- biologická léčba (farmakoterapie);
- psychoterapie;
- režimová terapie;
- ergoterapie;
- volnočasové aktivity, sport, zátěžové programy.

Další dělení služeb pro osoby s duševním onemocněním přináší Matoušek (2011), kategorizuje ho podle stavu jedince tak, aby služby dokázaly reagovat na měnící se potřeby nemocného. Jednotlivé služby kategorizuje následovně:

1. Akutní fáze:

- Ústavní péče v psychiatrických lůžkových zařízeních
- Ambulantní léčba – psychoterapie a farmakoterapie
- Denní stacionář

2. Období remise:

- Podporované bydlení
- Terapeutická práce s rodinou
- Podporované zaměstnávání
- Pacientské kluby
- Krizová intervence (např. telefonická)

Psychiatrická reforma operuje s tím, že poskytování zdravotních psychiatrických služeb bude probíhat nejen v psychiatrických nemocnicích, psychiatrických ambulancích a na psychiatrických odděleních v nemocnicích, ale také v nově vznikajících centrech duševního zdraví, která budou poskytovat zdravotně-sociální služby. Propojení zdravotnických psychiatrických služeb se službami sociálními, včetně systémových změn, by se mohlo stát vhodným základem pro poskytování komplexních služeb pro duševně nemocné. Poskytované služby by měly být finančně, personálně a místně udržitelné, a především efektivnější.

## 1.4 Legislativní postavení duševně nemocného

Na osoby trpící dlouhodobým duševním onemocněním nahlížíme stejně jako na zdravotně postižené a vztahují se na ně stejná práva. Problematika právního postavení osob s duševní poruchou je ošetřena v několika mezinárodních dokumentech zabývajících se ochranou osob s postižením. Marečková a Matiaško (2010) popisují, že tyto mezinárodní dokumenty můžeme dělit na právně závazné, tedy na mezinárodní úmluvy a dokumenty, které mají doporučující charakter (též označované jako *soft law*). Český právní řád umožňuje zbavit osobní svobody člověka, který nemá způsobilost nebo má omezenou způsobilost k právním úkonům z důvodu duševní poruchy, v tomto případě musí s hospitalizací souhlasit opatrovník nemocného (Marečková, Matiaško, 2010). Postavení osob se zdravotním postižením v důležitých mezinárodních dokumentech a ošetření jejich práv v českém právním systému můžeme kategorizovat následovně:

### 1.4.1 Mezinárodní dokumenty

#### Dokumenty Rady Evropy

##### Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1953)

- Tato úmluva předkládá katalog základních lidských práv a svobod, jejichž dodržování vymáhá Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku.
- Články 5, 6 a 8 Úmluvy obsahují popis problematiky způsobilosti k právním úkonům. (Marečková, Matiaško, 2010)

##### Evropská sociální charta (1961, revize v roce 1996, ČR ratifikovala v roce 2000)

- Předkládá popis jednotlivých sociálních práv a kategorií osob, které mají nárok na zvláštní ochranu.
- Důležitým článkem je čl. 13 II. části, který popisuje právo na sociální a lékařskou pomoc nebo články 14 a čl. 15. (MPSV, 2017)

##### Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (1989, v ČR platí od roku 1996)

- Na základě této úmluvy byl zřízen výbor, který prostřednictvím návštěv kontroluje, zda nedochází ke špatnému, nelidskému nebo ponižujícímu jednání s lidmi omezenými na svobodě. (Vláda ČR, 2006)

Evropská úmluva o lidských právech a biomedicíně (1999, v ČR platí od roku 2001)

- Pro osoby s postižením jsou důležité články 5 a 6, které popisují problematiku informovaného (zástupného) souhlasu.
- Následující čl. 7 řeší otázku podstoupení zákroku bez souhlasu a čl. 8 řeší otázku nouze. (Marečková, Matiaško, 2010)

Doporučení R 99 (4) Výboru ministrů členských států o zásadách právní ochrany dospělých nezpůsobilých osob (1999)

- Popisuje doporučená opatření k právní ochraně dospělých osob bez způsobilosti s tím, že by se mělo dbát na stupeň nezpůsobilosti a že tato opatření by měla být použita vždy pouze v nezbytných situacích.
- Opatření by mělo dbát na to, aby nezpůsobilá osoba nebyla automaticky zbavena práva volit, napsat závěť nebo by měla mít možnost nesouhlasit se zdravotním zákrokem.
- Vždy by se mělo dbát, aby se opatření co nejvíce podřídilo přání postiženého. (Marečková, Matiaško, 2010)

Doporučení Rady Evropy (Rec 2006) (5) – Akční plán na podporu práv a plného zapojení lidí s postižením do společnosti: zlepšování kvality života lidí s postižením v Evropě v letech 2006 až 2015

- Toto doporučení „vymezuje cíle Rady Evropy s ohledem na lidská práva, zákaz diskriminace, rovné příležitosti a zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti“. (NRZP, 2017)
- Předkládá výzvu pro členské státy, aby se legislativními úpravami a opatřeními zapojily do boje proti diskriminaci osob s postižením a aby poskytly asistenci osobám, které mají problém uplatňovat svá práva a provedly opatření, aby tyto osoby nebyly zbavovány svobody. (Marečková, Matiaško, 2010)

## Dokumenty OSN

### Všeobecná deklaráce lidských práv (1948)

- Jeden z nejzásadnějších dokumentů týkající se ochrany lidských práv předkládá práva každého člověka v několika kategoriích.
- Jedná se o politický dokument, který reagoval na situaci po druhé světové válce a jako první popisuje zákaz diskriminace a útlaku na základě jakékoli odlišnosti.

### Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (1966) a Mezinárodní pakt o ekonomických, sociálních a kulturních právech (1966)

- Oba dokumenty vycházejí ze Všeobecné deklaráce lidských práv a garantují práva obsažená v názvu paktů všem, a to bez výjimky.
- Ke čl. 16 Marečková a Matiaško (2010, str. 48) dodávají: „*K porušení tohoto práva může dojít, pokud dojde k omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům, aniž by takový zásah byl zcela nezbytný...*“

### Úmluva o právech dítěte (1989, v ČR ratifikováno v roce 1991)

- Úmluva stanovuje občanská, ekonomická, politická, sociální a kulturní práva dítěte, přičemž čl. 23 deklaruje: „*Duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.*“ (OSN, 2017, str. 6)

### Zásady ochrany duševně nemocných – rezoluce OSN (1991)

- Pojednává o ochraně osob trpících duševním onemocněním a o potřebě zlepšovat péči o duševní zdraví.
- Definiuje „pracovníka péče o duševní zdraví“, kterým je „*lékař, klinický psycholog, sestra, sociální pracovník nebo jiná náležitě vycvičená a vzdělaná osoba se specifickými dovednostmi vztahujícími se k péči o duševní zdraví*“. (OSN, 2017a, str. 2)

### Mezinárodní listina práv hospitalizovaných pacientů (1992)

- Obsahuje práva týkající se psychiatrické a jiné léčby, práva o informacích, postavení pacienta a práva denního života. (ČAPZ, 2017)

### Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (2006, ČR ratifikovala v roce 2009)

- Jedná se o nejnovější lidskoprávní úmluvu reagující na fakt, že osoby s postižením jsou zastoupeny v populaci asi 10 %, a klade si za cíl odstranit překážky, se kterými se setkávají postižení v zapojování se do plnohodnotného života. (Marečková, Matiaško, 2010)

### Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (2005)

- Vyšla Světová zdravotnická organizace (WHO) a obsahuje uznání, že duševní zdraví a pohoda jsou nezbytné pro kvalitu života a produktivitu jedinců i národů a že je nutné se soustředit na silné stránky a zdroje jedince.
- Řeší otázku stigmatizace a diskriminace jedinců s psychickými problémy. (WHO, 2005)

### Akční plán duševního zdraví 2013–2020

- Jedná se o historický mezník v péči o duševní zdraví, který apeluje na členské státy, aby na základě tohoto plánu provedly změny a přizpůsobily tomu vnitrostátní priority. (PS ČLS JEP, 2017)
- Tento dokument WHO poukazuje na skutečnost, že péče o duševní zdraví je v nízkopříjmových zemích a zemích se středními příjmy hrubě nedostatečná a špatně personálně zajištěná. (WHO, 2013)

## **Dokumenty Evropské unie**

### Listina základních práv Evropské unie (2009)

- Vychází z Charty základních práv EU z roku 2000.
- Přináší popis lidských práv a zákaz diskriminace s důrazem na lidskou důstojnost – kapitola I. čl. 1 – Lidská důstojnost: „*Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna,*“ (Evropská unie, 2007, str. 3)

## **1.4.2 Právní rámec v ČR**

### Listina základních práv a svobod (1993)

- Listina se se vznikem České republiky stala součástí ústavního pořádku a obsahuje výčet základních práv a svobod, který má každý občan ČR.
- Jak popisuje Michalík (2011), listina přímo nevyslovuje zákaz diskriminace osob se zdravotním postižením.

### Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (Antidiskriminační zákon)

- Tento zákon navazuje na Listinu základních práv a svobod a již zakazuje nepřímou diskriminaci osob z důvodu zdravotního postižení: „*Nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání,*

*k výkonu pracovní činnosti nebo k funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.“ (Antidiskriminační zákon č. 198/2009 Sb., § 3)*

Důraz na dodržování práv duševně nemocných se vyvíjel společně s modernizací společnosti. Ještě v nedávné historii neměli duševně nemocní šanci prosadit ve společnosti svá práva nebo alespoň dosáhnout stejných práv jako ostatní. Společně s vývojem společnosti a rozvojem institucionální péče o nemocné osoby se začalo na práva duševně nemocných brát ohledy. Při péči ve velkých psychiatrických léčebnách jakožto „nejužívanějšího prostředku“, jak nabídnout duševně nemocným péči v co největším měřítku, však docházelo k potlačování lidských práv.

S rozvojem psychiatrické péče a s nutností zaměřit se na naplňování lidských práv v širokém měřítku bylo zapotřebí upravit legislativní podmínky, jelikož handicapem nebylo duševní nemocnění samo o sobě, ale překážky, kterým musí nemocní jedinci čelit ve společnosti. Zároveň se začal prosazovat zájem o to, aby všichni jedinci měli možnost žít v přirozeném prostředí mimo ústavní zařízení a měli dostupnou zdravotní péči i v běžných podmínkách. I přes značnou časovou prodlevu se začínáme přibližovat západnímu trendu, přičemž se začíná upouštět od institucionální péče, která je částečně spojená s ubíráním svobody a nenaplňováním práv.

Stávající legislativa z oblasti péče o duševní zdraví je zastaralá, nebo úplně chybí. Je třeba věnovat duševnímu zdraví větší pozornost a učinit legislativní kroky, které duševně nemocným zaručí práva a svobody v plném lidskoprávním měřítku. Nedílnou součástí by měly být legislativní změny v oblasti sociální politiky s důrazem na zajištění dostupných bytových podmínek, přístupu k práci a ke kvalitním sociálním a zdravotním službám.

Pozitivní změny do budoucna by mohlo přinést legislativní ukotvení Center duševního zdraví, které skloubí zdravotní a sociální služby, přičemž jejich dosavadní činnost se řídí zejména Zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. Status Center duševního zdraví bude definován zvláštním předpisem, který bude legislativně ukotven (Fiala, Foitová, Hejzlar et al., 2014).



## 2 Komunitní psychiatrie

Dříve než popíšeme pojem komunitní psychiatrie, je na místě vysvětlit termín *komunita*. Podle Materové (in Pilát, 2015) je komunitou myšleno uskupení lidí, kteří žijí v blízkosti sebe, přičemž mezi nimi vznikají sociální vazby. Lze tedy zjednodušeně říci, že komunita je determinovaná určitou lokalitou, ve které žijí lidé vzájemně si blízcí a podílející se na dění v daném místě. Komunita je sice ovlivněna společenským děním a demografickými podmínkami, ale nastavuje si vlastní hodnoty a úroveň živobytí. Psychiatrie na komunitní úrovni pak vyjadřuje péči o duševně nemocného v komunitních podmínkách, které jsou co nejbližší jeho přirozenému prostředí. Tento pojem též zahrnuje všechny dostupné zdroje v komunitě, kterými jsou například rodina nemocného, sousedé, služby poskytované v dané lokalitě, včetně formálních zdrojů, jako je psychiatrická ambulance nebo terénní služba.

### 2.1 Sociální psychiatrie a její pojetí

Pro alespoň částečné pochopení, co vše stojí za vznikem duševní poruchy, musíme na tuto problematiku pohlížet z komplexního úhlu – tedy z vícero úhlů, které dokážou popsat jedince v interakci s okolním prostředím a vlivy, které na něj působí. K tomu slouží odvětví psychiatrie, jež tento vnější kontext jedince popisuje.

Sociální psychiatrie je odvětvím klasické medicínské psychiatrie, tedy vědy o duševních poruchách a poruchách chování, ale jejím přínosem do biologicky orientovaného pole je pohled sociální – a to se všemi jeho atributy. Jak již bylo řečeno, na rozvoj duševní nemoci je zapotřebí pohlížet z mnoha úhlů. Na rozvoj duševního onemocnění mohou působit například faktory sociální, mezi které patří rodinné zázemí, pracovní nebo bytové podmínky, dále kulturní, etiologické a další související vlivy. Jedinec se nachází ve společnosti, se kterou je v každodenní interakci, kterou je tvořen a zároveň do ní svou činností přispívá.

Předmětem zkoumání sociální psychiatrie je též postoj společnosti vůči duševně nemocným, dopad stigmatizace na jedince, faktory, které ovlivňují vznik duševní nemoci, její léčbu a další vnější vlivy, které působí na úzdravu jedince. Výzkumy prováděné v oblasti sociální psychiatrie přinášejí pohled na duševní zdraví jak na úrovni jedince, tak i společnosti a hodnoty, které určují kvalitu života jedince. Je tedy zapotřebí uchopit jedince jako celek a intervenovat i v jiných než medicínsky orientovaných dimenzích, které souvisí s lidským zdravím.

Sociální psychiatrie je nezbytným elementem klasické psychiatrie. Novodobý přístup k etiologii duševního onemocnění si žádá vzdělávání v této oblasti nejen pro lékaře psychiatrie, ale také pro další odborníky, kteří svými výstupy přispějí ke zlepšování podmínek osob s duševní poruchou a prevenci rozvoje duševních nemocí.

## 2.2 Komunitní péče

Komunitní péče je stále v procesu vývoje, stejně jako komunitně orientované služby pro osoby s duševním onemocněním. Pro definování následující problematiky použijeme výklad komunitní péče dle Pfeiffera (in Pěč, Probstová, 2009): „*Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem.*“

V Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním (Fokus ČR, 2013) jsou pak popsány výhody komunitní péče o osoby s dlouhodobým duševním onemocněním v porovnání s institucionální péčí, které lze klasifikovat následovně:

- Lepší ochrana práv osob s duševním onemocněním – zejména z toho důvodu, že institucionální péče je více stigmatizující a stigma s sebou nejen přináší, ale též ho posiluje.
- Vyšší spokojenost klientů s péčí v komunitním prostředí – dochází k lepší kontinuitě péče a schopnosti reagovat na měnící se stav jedince.
- Vyšší kvalita života klientů – lepší zvládání symptomů, stabilnější bydlení a pracovní možnosti, zejména díky komplexním zdravotně-sociálním službám.
- Lepší dostupnost péče – podstata komunitních služeb spočívá v dostupnosti služeb v blízkosti klienta, které reagují na jeho specifické požadavky.
- Nižší náklady – péče v komunitních podmínkách vyžaduje méně nákladů i v akutních fázích nemoci klienta, které si žádají delší pobyt na lůžku.

Jak uvádí Probstová a kol. (2006), cílem komunitní psychiatrie je poskytování zdravotně-sociálních služeb osobám s duševním onemocněním v jejich přirozeném (komunitním) prostředí. Základem péče není symptomatika, ale indikátory, které působí na jedince jako

komplex. Efektivitu služeb v komunitním prostředí pak lze posuzovat podle následujících kritérií:

- životní spokojenost jedince (*well-being*), emoce a kognitivní funkce jedince;
- spokojenost se službami;
- zdraví a chování jedince;
- fungování ve společnosti (např. sociální role, pracovní integrace);
- společenské ukazatele (např. ekonomická úroveň);
- zatížení rodiny.

### 2.3 Současný stav psychiatrické péče v ČR

Z předchozích kapitol vyplynulo, že duševní zdraví je nedílnou součástí plnohodnotného života a jeho absence působí na rozpad osobnosti, což může přinést sekundární obtíže. Duševní onemocnění není záležitostí pouze nemocného jedince, ale má přesah do společenského fungování. Nedílnou součástí zvyšujícího se počtu osob s duševním onemocněním jsou zvyšující se požadavky na státní podporu, pomoc a péči. Dopady nemoci a snižující se socio-ekonomický status nemocných si žádají změny nejen v poskytování psychiatrické péče směrem od velkých institucí do více osobní roviny v komunitním prostředí, ale též v celkové legislativní změně a změně financování psychiatrické péče.

Na Konferenci sociální psychiatrie, která proběhla v listopadu 2016 (Pěč, 2016), se opakovaně objevil názor, že stav psychiatrické péče v České republice je ve srovnání s ostatními státy v Evropské unii na jedné z nejnižších úrovní. Ze zdravotnického rozpočtu odchází mnohem méně financí na psychiatrickou péči, než by bylo vzhledem k narůstajícímu počtu nemocných potřeba, a aktuální situace je dál neudržitelná.

Z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR odchází na psychiatrickou péči přibližně 2,5 až 2,9 % financí, přičemž vyspělé státy, jako je Velká Británie nebo Holandsko, odvádějí více než 10 % zdravotního rozpočtu (Raboch, 2012). Na tomto příkladu je jasně vidět, že psychiatrická péče je v ČR poddimenzovaným oborem a pro jeho zkvalitnění je potřeba kromě systémových změn též vyšší finanční podpora.

Vzhledem k faktu, že od 90. let minulého století neprobíhaly žádné systémové změny péče, bylo potřeba změnit stávající systém institucionální péče poskytované ve velkých psychiatrických nemocnicích, které jsou materiálně a technicky nedostačující. Dalším důvodem pro změny je nedostupnost psychiatrické péče v některých oblastech ČR, chybějící služby v komunitním prostředí nemocného a nedostačující nebo úplně chybějící koordinace složek psychiatrické péče (MZ, 2013). Dalším aspektem je přetíženost ambulantních psychiatrů, kteří mají plné ordinace a nemají čas se plnohodnotně věnovat pacientům.

Tyto důvody vyústily v potřebu reformy psychiatrické péče. Na jaře roku 2013 byla Reforma psychiatrické péče schválena a je součástí Národního programu reforem ČR 2013. V roce 2013 byla vypracována Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen Strategie), která je stejně jako plánovaná reforma pod díky Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ, 2013). Jedná se o velmi komplexní změny, které vyžadují zapojení více zdrojů a propojení více orgánů státní správy.

## 2.4 Konkrétní cíle změn

Hlavním cílem Strategie reformy psychiatrické péče (MZ, 2013) je zvýšení kvality života osobám s duševním onemocněním. Za ještě nadřazenější cíl celé strategie reformy psychiatrické péče můžeme označit naplnění lidských práv osob s duševním onemocněním, a to v co nejširším pojetí. Systém psychiatrické péče v ČR je oproti jiným medicínským oborům velmi zanedbaným a oproti jiným rozvinutým státům Evropské unie též nerozvinutým a podfinancovaným systémem. Zvyšující se potřeba změn v této oblasti dala vznik Strategie a plánované realizace reformy psychiatrické péče, která je stále v ohrožení, zejména z důvodu nejasnosti financování, podpory státu a celkového nepochopení společností.

Strategie (MZ, 2013) je členěna do tří oblastí:

1. Formulace strategie – popis potřeby psychiatrické reformy a jejích dílčích kroků. Od předloženého návrhu na podzim 2013 prochází strategie určitými změnami, a to např. přidáním oblastí gerontopsychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie a adiktologie (reformapsychiatrie.cz, 2016).
2. Realizace strategie – Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním – konkrétní zajišťování a alokace zdrojů, koordinace a adaptace strategie.

3. Implementace strategie – realizace konkrétních projektů, které podporují dosažení výsledků strategie; tyto projekty budou pravděpodobně realizované s koncem reformy v roce 2020 (reformapsychiatrie.cz, 2016).

Konkrétní cíle změn předložené ve Strategii (MZ, 2013) jsou následující:

1. Zvýšení kvality psychiatrické péče (za pomoci změny organizace poskytování péče)  
Změny by měly zabezpečit zkvalitnění psychiatrické péče a poskytovaných služeb, a to zejména díky systémové reorganizaci. Přibude nový pilíř poskytované péče v Centrech duševního zdraví (dále jen CDZ, více viz 2.4), která rozšíří síť poskytovatelů psychiatrických služeb. Hlavním předpokladem je dlouhodobá finanční udržitelnost, která by však mohla být ohrožena špatným nastavením zdrojů financování.

2. Omezení stigmatizace osob s duševním onemocněním a zároveň oboru psychiatrie  
Destigmatizace přispěje ke zkvalitnění života osob s duševním onemocněním, a tím se rozšíří možnosti lépe se uplatnit ve společnosti. K tomuto cíli by měly přispět plánované efektivní destigmatizační kampaně a vzdělávací programy.

3. Zvýšení spokojenosti uživatelů služeb psychiatrické péče  
Jedná se o reakci na nedostatečnou psychiatrickou péči a s tím související důsledek stigmatizace a zhoršené kvality života. Hlavní bod tohoto cíle spočívá ve „*zlepšení komunikace odborné veřejnosti s duševně nemocnými a jejich rodinami*“. (MZ, 2013, str. 32) Ke zvýšení spokojenosti uživatelů by též měla přispět lepší provázanost sociálních a zdravotních služeb a edukace veřejnosti.

4. Zefektivnění psychiatrické péče (včasná diagnóza a rozpoznání skryté duševní nemoci)  
Efekt by mělo přinést pregraduální a postgraduální vzdělávání lékařů a jiných profesionálů v nepsychiatrických oborech, což umožní včasnější rozpoznání příznaků, včasnou léčbu a rychlejší předání nemocného do péče odborníků. Mělo by dojít k rozšíření zdravotnického vzdělávacího systému.

5. Zvýšení plnohodnotného začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti (změna v přístupu k bydlení, zaměstnání apod.)

Možnost vyššího společenského uplatnění přispívá k prožitku kvalitnějšího života. Pro naplňování tohoto cíle by mělo sloužit lepší provázání služeb, ale též nově vzniklá CDZ, která poskytnou komplexní poradenství ve více oblastech života duševně nemocného. Riziko, na které Strategie upozorňuje, spočívá v „setrvání na kontroverzním přístupu k poskytování psychiatrické péče“. (MZ, 2013, str. 33)

#### 6. Zvýšení provázanosti sociálních, zdravotních a návazných služeb

Jak již bylo několikrát zmíněno, ke zlepšení stavu poskytované psychiatrické péče přispěje efektivnější provázání zdravotních a sociálních služeb a na ně navazující další vhodné služby a aktivity. Organizační provázanost musí nastat též v různých částech státní správy a samosprávy.

#### 7. Podpoření humanizace psychiatrické péče

Nedílnou součástí psychiatrické reformy je též humanizace psychiatrické péče. Jelikož se jedná o finančně poddimenzovaný medicínský obor, je třeba provést systémové změny, od kterých se budou odvíjet změny organizační a změny v poskytování péče. Psychiatrické služby se posunou od tradičních velkých institucí do komunit. Dojde ke zlepšení podmínek v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních nemocnic, přičemž se lůžková kapacita vzhledem k rozvoji komunitních služeb zmenší. Dosažení tohoto cíle lze pomocí restrukturalizace péče a nového systému financování za podpory adekvátních dotací.

Dílní cíle Strategie pak zaštiťuje globální cíl formulovaný takto: „Zlepšit kvalitu života duševně nemocných prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytující péči napříč celou společností.“ (MZ, 2013, str. 34). Psychiatrická péče bude nově transformovaná do 4 základních pilířů. Stávající psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic projdou restrukturalizací a modernizací a společně se sítí ambulantních psychiatrů a s nově vznikajícími Centry duševního zdraví se zasadí o moderní, dostupnou, ale hlavně kvalitní psychiatrickou pomoc osobám s duševním onemocněním, která se co nejvíce přiblíží jedinci v jeho přirozeném prostředí.

## 2.5 Transformace psychiatrie v ostatních zemích

K transformaci psychiatrické péče neodmyslitelně patří deinstitucionalizace tradičních velkých psychiatrických nemocnic. Redukce lůžek přesune péči z instituce do komunitní péče, která zahrnuje práci nejen s nemocným jedincem, ale též práci s rodinou a jinými osobami, kterých se dotýkají problémy spojené s duševní nemocí jedince. Rozvoj institucionální péče v minulém století si kladl za cíl zabezpečit nemocným základní potřeby a hmotné podmínky, které si sami nedokázali zajistit. Posléze se začalo pohlížet na nemateriální hodnoty jedince, které institucionální péče naopak omezovala. Zkušenosti a výzkumné studie ze západní Evropy a USA ukázaly, že ústavní péče má negativní vliv na osobní a sociální vývoj jedince. Pozornost se obrátila směrem ke komunitním službám a výrazné redukci ústavů (MPSV, 2013).

Jak je popsáno v Politice péče o duševní zdraví ČR (CMHCD, 2017) (dále jen Politika péče), základem pro fungující systém péče o duševní zdraví je ošetření této problematiky na státní úrovni; pozornost vyžaduje dobře nastavená vládní politika a od toho se odvíjející programy a legislativa, které vymezí jasné priority v péči o duševní zdraví.

### 2.5.1 Příklady transformace psychiatrické péče ve vybraných zemích

#### Velká Británie

Británie se problémům v systému péče o duševní zdraví věnovala velmi intenzivně. Jak popisuje Politika péče (CMHCD, 2017), velký legislativní zlom nastal v červenci 1998, kdy došlo k reformě Zákona o duševním zdraví (*the Mental Health Act*) z roku 1983, který přispěl k transformaci péče v psychiatrických institucích. Deinstitucionalizace ve Velké Británii proběhla jako jedna z největších v evropských státech a od 60. let až po 80. minulého století bylo propuštěno téměř 100 tisíc psychiatrických pacientů do komunitních podmínek. Politika péče (CMHCD, 2017) dále popisuje, že deinstitucionalizaci doprovázela obava běžné společnosti o bezpečnost. Aby nedošlo k další institucionalizaci duševně nemocných do jiných zařízení, jako se stalo například v USA, koncem devadesátých let založili v Británii Nezávislou referenční skupinu (*Independent Reference Group*), která měla za cíl sledovat dostupnost služeb pro propuštěné duševně nemocné a tím zabránit přemístění propuštěných pacientů do jiných institucí.

Dalším krokem, který popisuje Politika péče (CMHCD, 2017), byla novelizace vládního dokumentu Přístup k programu péče (*the Care Programme Approach*) v roce 1999, která

definovala způsob, jak mají Střediska služeb pro duševní zdraví zabezpečit koordinace péče pro duševně nemocné, a to ve 4 krocích:

- vyhodnocování zdravotních a sociálních potřeb klientů za pomoci plánů péče, na kterých se podílí jak pracovníci, tak sami klienti;
- formulace plánu péče;
- jmenování koordinátora péče;
- pravidelné kontroly léčebných plánů.

## **Nizozemsko**

Transformace společně s deinstitucionalizací začala přibližně na začátku tisíciletí, kdy se zredukoval počet lůžek o polovinu. Politika péče uvádí (CMCHD, 2017), že holandská vláda přijala komplexní dokument Národní plán péče o duševní zdraví (*National Mental Health Plan*), který podrobně popisuje sektor péče a způsob, jak dosáhnout optimálního fungování, a to skrze „*léčbu založenou na poptávce, léčbu efektivní a průhlednou, rozvoj místních zařízení pro klienty s duševními problémy, logickou hierarchii odborníků, používání metod, které byly vědecky ověřeny, a srozumitelné kompletní služby uživatelům, ve kterých poskytovatelé psychiatrické péče úzce spolupracují se sektory sociální péče, místními úřady a ostatními relevantními sektory*“ (CMHCD, 2017, str. 19).

V Holandsku byla podobná tendence jako ve Velké Británii, tedy rozvinout komunitní služby v běžném prostředí duševně nemocného. Vedle snižování lůžek probíhalo též zkracování pobytů v nemocničních zařízeních, zejména z toho důvodu, že pobytové psychiatrické služby byly velmi finančně nákladné. Přesun péče k ambulantní péči znamenal snížení finančních nákladů, aniž by se zhoršila kvalita poskytovaných služeb.

## **Itálie**

Jak popisuje Girolamo (in Winkler a kol., 2013), Itálie prošla téměř před 40 lety radikální reformou psychiatrické péče. Reforma postupovala od deinstitucionalizace směrem ke komunitní péči, která byla považována jako alternativa nemocniční péče než jako doplněk tradiční ústavní péče a postupně se uzavřely všechny psychiatrické nemocnice. Jak dále popisuje Winkler a kol. (2013, str. 43-44), nastal přesun pacientů na oddělení ve všeobecných nemocnicích, takže „*v roce 2001 bylo v Itálii 0,78 veřejných akutních lůžek na 10 000 obyvatel, což činilo o 20 % méně, než je národní standard (1 lůžko na 10 000 obyvatel)*. Reforma



nastartovala rozvoj soukromých zařízení, v roce 2001 jich bylo 54 s celkovým počtem 4 862 lůžek (0,9 lůžka na 10 000 obyvatel)“, přičemž tyto soukromé instituce nemají určenou oblast působení, tudíž jsou velké regionální rozdíly v dostupnosti psychiatrické péče.

I přes značnou nejasnost v zabezpečení psychiatrické péče ve všech regionech Itálie popisuje Winkler a kol. (2013), že v Itálii došlo k rozvoji komunitní péče, která je poskytována komunitními centry, denními klinikami, ale též zahrnuje pobytová zařízení. Nutno podotknout, že v Itálii došlo k úplnému zrušení psychiatrických nemocnic. Jako dobrý příklad italské deinstitutionalizace se uvádí město Terst, kde se daří rozvoji komunitních služeb a péče o duševně nemocné funguje na základě metody *open door*. V Itálii nefunguje kontrola poskytované péče, lze tedy konstatovat, že ačkoli se psychiatrická péče přesunula na komunitní úroveň, její kvalita se zaručit nedá.

## 2.6 Potřeba deinstitutionalizace a destigmatizace

Deinstitutionalizace je nedílnou součástí přechodu od institucionální psychiatrické péče do péče komunitní. S pojmem deinstitutionalizace se též pojí rušení lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích, které mohou mít za následek tzv. *hospitalismus*, který MUDr. Mlčoch (2017) definoval jako „*souhrn negativních tělesných a duševních účinků hospitalizace či institucionalizace na pacienty, zejm. kojence a děti – ty v důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici (hospitalizace) trpí nedostatkem pevných citových vazeb, sociálních kontaktů a deprivací různých potřeb, takže se mění jejich chování (např. apatie) a jejich tělesný i duševní vývoj je opožděn*“.

V rámci deinstitutionalizace ústavů musí dojít k individuálnímu zjišťování potřeb klientů. Zjednodušeně řečeno je zapotřebí sledovat individuální potřeby a jejich vyhodnocení před transformací a po transformaci služeb. Nezbytnou součástí je pak jejich evaluace a následné individuální plánování služeb. Velmi náročný může být přechod z institucionální péče do komunitních služeb pro osoby, které jsou dlouhodobě v ústavní péči. U těchto jedinců je zvlášť důležité průběžně vyhodnocovat a sledovat, jaký dopad má transformace a zda se jejich zapojování do návazných komunitních služeb daří. Individuální plánování se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a nese s sebou několik přínosných atributů. Individuální plánování a následné poskytování služeb musí být v souladu s tzv. *osobním cílem člověka*. (MPSV, 2013)

Individuální plánování musí probíhat společně s klientem. Tato činnost se snaží o zmapování přání a potřeb klienta, poskytovatelům služeb pak udává, jakým způsobem je naplňovat. Manuál transformace ústavů (MPSV, 2013) tento proces plánování přirovnává k fázím případové sociální studie. Nejprve se sejde pracovník s klientem a společně mapují, jaká je jeho situace, co by se mělo změnit a co by si klient přál změnit. Dalším krokem je plánování dílčích cílů, které napomůžou ke zlepšení situace. Konečnou fází je realizace a vyhodnocení dosažených cílů jedincem. Průběh transformace psychiatrické péče lze též obrazně přirovnat k případové studii. Nejdůležitější je klient, který by se měl v podmínkách mimo ústav realizovat a za pomoci profesionálů dosahovat úzdavy v přirozeném prostředí.

Pobyt v psychiatrické nemocnici je sám o sobě velmi stigmatizující. Bohužel je velmi negativně vnímán i společností, a je mu tedy přiřčeno stigma, které můžeme klasifikovat jako negativní smýšlení o daném znaku – v tomto případě pobytu v psychiatrické nemocnici nebo samotném duševním onemocnění. Stigma je určitým negativně vnímaným znakem, negativní „nálepkou“ (*labelling*), která přináší jistou diskreditaci jeho nositeli. Deinstitutionalizace a poskytování kvalitnějších psychiatrických služeb by mělo přispět k destigmatizaci psychiatrické péče a přinejmenším tak osvobodit od stigmatu dlouhodobý pobyt v nemocnici.

K celkové destigmatizaci psychiatrických služeb by měla přispět reforma psychiatrické péče a na ní navazující destigmatizační kampaně a projekty. Stigma, které s sebou přináší duševní onemocnění, je mnohonásobně větší, než které (a jestli vůbec) má na sobě nemoc těla. Často může být pro duševně nemocného jedince mnohem tíživější ve společenských podmínkách samo stigma než samotné zdravotní obtíže. Zabránit stigmatizaci duševně nemocných se též snaží Stopstigma, které je provozováno Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, a to skrze edukaci společnosti o duševním zdraví a nemocech s cílem ukázat, že ve společnosti panuje mnoho zbytečných předsudků a mýtů, které zhoršují nemocným cestu k úzdavě (CMHCD, 2017a). Další, kdo v České republice intervenuje na poli destigmatizace, je Národní ústav duševního zdraví ([www.nudz.cz](http://www.nudz.cz)).

### 3 Multidisciplinární týmy

*„Komunitně zakotvená praxe vyžaduje týmovou práci:“*

(Pěč, Probstová, 2009, str. 223)

#### 3.1 Centra duševního zdraví

V návaznosti na předchozí kapitolu je zapotřebí zdůraznit, že reforma psychiatrické péče přinese zásadní změny – dojde k vytvoření nového pilíře, a to Center duševního zdraví, přičemž „nástrojem“ poskytující komplexní služby v nich bude multidisciplinární tým. Centra duševního zdraví (CDZ) vzniknou nově jako čtvrtý nízkoprahový pilíř, který bude dostupný v komunitních podmínkách. Tímto pilířem dojde k rozšíření péče o duševně nemocné a na rozdíl od institucionálních zařízení bude poskytovat velmi individuální péči.

Strategie (MZ, 2013) počítá se vznikem jednoho CDZ na cca 80 až 100 tisíc obyvatel pro efektivní poskytování služeb. Takto vzniklé CDZ bude poskytovat psychiatrické, psychologické a sociální služby, které budou navázané na další adekvátní služby. V rámci tohoto pilíře je třeba zajistit koordinaci služeb a zajistit spolupráci s praktickými lékaři, ostatními relevantními profesionály a službami, které doplní služby CDZ (například poradenství, adiktologický stacionář, psychogeriatrický stacionář, odlehčovací služby nebo specializované dětské a dorostové služby). Provoz Center bude probíhat v režimu 24/7, pro dostupnost psychiatrické péče v jakémkoli čase a dojezdová doba do CDZ bude zhruba třicet minut veřejnou dopravou.

Jak je uvedeno ve Strategii (2013), při dodržení kritéria 1 CDZ na 100 tisíc obyvatel, by mělo být optimální personální zajištění následující:

- Psychiatr – 1 až 2 úvazky
- Klinický psycholog – 2 úvazky
- Psychiatrická sestra – 13 úvazků
- Sociální pracovník – 10 úvazků (třetina z tohoto počtu může být zajištěna zdravotně-sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách)

Příčemž služby CDZ mohou doplnit odborníci z oborů:

- Dětská a dorostová psychiatrie – 0,5 úvazku
- Gerontopsychiatrie – 0,5 úvazku
- Sexuologie – 1 úvazek
- Poruchy příjmu potravy – 0,5 úvazku
- Adiktologie – 1 úvazek

Zdravotně-sociální služby v rámci CDZ budou poskytovány multidisciplinárním týmem složeným z výše uvedených odborníků. Ti budou k dispozici nejen v místě Centra, ale též budou poskytovat služby v přirozeném prostředí klienta. Struktura tohoto nově vznikajícího pilíře bude následující:

- Mobilní terénní tým: asertivní práce v terénu, krizová intervence, práce s rodinou, zprostředkování hospitalizace, vše za pomoci case managementu (více viz 4.2.).
- Krizové centrum: nepřetržitý provoz zajišťuje dostupnou krizovou intervenci, a to formou osobního setkání nebo telefonické intervence.
- Denní péče: denní centrum nebo zdravotnický denní stacionář, poskytování psychoterapie individuální, skupinové, popřípadě rodinné, volnočasové aktivity, vzdělávací programy, kognitivní rehabilitace.
- Psychiatrická ambulance
- Klinicko-psychologické služby
- Svépomocné programy

Nový pilíř psychiatrické péče napomůže prevenci hospitalizací, popřípadě jejich zkrácení a přispěje k lepší reintegraci jedince po návratu z ústavu. CDZ působící v dané spádové oblasti se primárně zaměří na osoby s SMI a osoby s rizikem rozvoje SMI. Primární cílovou skupinou jsou tedy osoby s duševním onemocněním z okruhu F2, F3, F4 a F6, přičemž základní psychiatrická pomoc bude v případě potřeby poskytována všem z dané komunity.

### **3.2 Multidisciplinární spolupráce**

Pokud budeme vycházet z mezinárodních zkušeností s transformací služeb pro osoby s duševním onemocněním, které popisuje Thornicroft, Tansella v Doporučení (Fokus ČR, 2013), můžeme konstatovat, že klíčovou službou je multidisciplinární tým poskytující zdravotní a sociální služby. Popisují, že takovýto tým má „základnu“ v komunitním centru

(například CDZ), přičemž 50–75 % jeho činností je poskytováno v terénu. Nedílnou součástí je definovaná spádová oblast, ve které tým poskytuje ambulantní (včetně psychoterapeutických) služby a v terénu navštěvuje domácnosti klientů nebo poskytuje krizovou pomoc. Pro případ potřeby jsou v některých centrech lůžka. Jak zde dále popisují, tým vždy spolupracuje s primární zdravotnickou péčí ve svém regionu a též spolupracuje s návaznými službami rehabilitace.

Za stěžejní element v poskytování komplexní psychiatrické péče lze tedy považovat multidisciplinární tým. Pokud bereme na vědomí, že duševní porucha není způsobena pouze fyziologickými změnami, ale že jde o onemocnění mnohofaktorové, musíme stejným způsobem přistupovat k její léčbě. Úzdava z nemoci nemůže nastat, pokud na nemocného budou působit stejné vlivy, které onemocnění způsobily, popřípadě další problémy, které vlivem nemoci vyvstaly. Komplexní pomoc nastává ve chvíli, kdy je nemocný v rukou mnoha odborníků, kteří se společně snaží odstranit veškeré překážky, se kterými se nemocný potýká a kteří spolu úzce spolupracují.

Multidisciplinární tým by měl mít k dispozici dostupnou síť návazných služeb, které umožní profesionálům v týmu efektivně klienta „předat dál“. Situace, ve které se nemocný jedinec nachází, může mít negativní dopady na jeho běžný život. Jedná se zejména o oblast bydlení, zaměstnání a o sociální vazby. Spolupráce multidisciplinárního týmu s jinými profesionály, popřípadě s dalšími sociálními, zdravotními nebo sociálně rehabilitačními službami pak může představovat komplexní pomocí pro člověka v jeho bio-psycho-sociální přirozenosti.

Zásadním principem pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče je orientace na podporu zotavení (recovery) jedince v jeho přirozeném prostředí. Musí se klást důraz na jeho silné stránky a podporu v jeho sociálních rolích. Nedílnou součástí je zapojování méně iniciativních klientů do péče.

Systém poskytovaných služeb musí být pružný a musí reagovat na potřeby klienta s tím, že ve chvíli zhoršení jeho stavu dokáže poskytnout intenzivní podporu (např. skrz krizovou intervenci), a to 24 hodin denně. Takto nastavený multidisciplinární tým je schopen poskytnout kvalitní a komplexní psychiatrickou péči v komunitních podmínkách, za pomoci formálních i neformálních zdrojů podpory klienta. Tento tým je nejen multiprofesní, ale též multiresortní; resorty působící v oblasti zdravotnictví a sociálních věcí (Fokus ČR, 2013).

### **3.2.1 Personální zajištění**

Vždy záleží, jaké profesionály potřebuje nemocná osoba k nápomoci s úzdravou. Zastoupení profesionálů se bude lišit dle potřeb dané komunity. Dle Doporučení (Fokus ČR, 2013) je předpokládaná kapacita týmů (vycházející ze zahraničních zkušeností) okolo 500 klientů ročně. Pro tento počet klientů, při spádovosti 100 tisíc obyvatel, je zapotřebí tým se 30 úvazky se zastoupením profesí:

- psychiatr;
- psycholog;
- terénní psychiatrická sestra;
- sociální pracovník;
- pracovní konzultant;
- peer pracovník;
- specialista na závislosti.

Počet úvazků v týmu, např. v nově vznikajících CDZ, bude odpovídat potřebám v komunitě, přičemž největší podíl úvazků bude pro psychiatrické sestry a sociální pracovníky. Další profese budou zastoupeny minimálně jedním pracovníkem s jedním celým úvazkem, dle potřeb a možností týmu. Kritéria personálního zajištění v CDZ jsou popsána výše (2.4). Mental Health Commission (2006) uvádí, že klíčovými rolemi v dobře nastaveném centru poskytujícím služby duševního zdraví jsou vedoucí centra, týmový koordinátor a business manager. Klient se při prvním kontaktu s centrem setká s týmovým koordinátorem, ten rozhodne, komu z týmu klienta přiřadí (jako svému case managerovi/klíčovému pracovníkovi). Společně s klientem vyhodnotí jeho potřeby a požadavky a teprve pak dochází k péči v rámci celého multidisciplinárního týmu.

### **3.3 Kompetence pracovníků v týmu**

V návaznosti na výčet pracovníků multidisciplinárního týmu je důležité popsat, jakými kompetencemi pracovníci disponují. Vytyčení kompetencí – znaků chování v určité situaci, které charakterizují osoby vybavené danými pravomocemi a s určitými znalostmi (Havrlová, 1999), představuje často nelehký úkol. Získání praktických kompetencí, které jsou nezbytnou výbavou pracovníků v týmech v péči o duševní zdraví, závisí na znalostech teoretického kontextu práce a ostatních souvislostí.

Ve fokusu zájmu v těchto týmech jsou zejména zdravotníci a sociální pracovníci. Kompetence jednotlivých profesionálů se řídí dle zákona (č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) a vyhlášky (č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), níže je jejich výčet.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – vymezuje kompetence sociálních pracovníků:

- vykonává sociální šetření;
- zabezpečuje sociální agendy;
- řeší sociálně právní problémy (ve službách sociální péče);
- provádí sociální poradenství;
- vykonává analytickou, metodickou, koncepční činnost v sociální oblasti;
- provádí depistážní činnost;
- poskytuje krizovou pomoc;
- poskytuje sociální poradenství a rehabilitaci;
- zjišťuje potřeby obyvatel obce;
- koordinuje poskytování sociálních služeb.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – vymezuje kompetence všeobecné sestry (výčet souvisejících kompetencí):

- zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči;
- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti (pacienta);
- sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů;
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta;
- zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu;
- provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti;
- edukuje pacienty, jiné osoby;
- orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, zároveň identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka;
- provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých;
- přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky a manipuluje s nimi (vč. nitrožilních injekcí);
- provádí ošetření akutních ran apod.

Multidisciplinární tým je z největší části tvořen všeobecnými sestrami a sociálními pracovníky. Tyto dvě skupiny, jejichž „teoretické“ kompetence jsou vypsány výše, však zastávají též roli case managera – případového pracovníka (dále viz. 4.1), který při práci s klientem musí disponovat dalšími více vztahovými kompetencemi. Havrdová (1999) popisuje praktické kompetence sociálních pracovníků, přičemž jsou tyto dovednosti neodmyslitelnou součástí každého dobrého případového pracovníka:

- schopnost efektivně komunikovat (s jednotlivcem, skupinou, rodinou);
- schopnost orientace v potřebách a možnostech, kterými klient disponuje;
- schopnost rozeznat a podporovat silné stránky klienta;
- schopnost navázat klienta na potřebné služby, popřípadě služby poskytovat, koordinovat;
- odborně růst a přispívat k činnosti organizace.

Tyto požadavky, jak popisuje Havrdová (1999), jsou kladeny na sociální pracovníky, ne však na další pracovníky týmu, kteří jsou klíčovými pracovníky pro klienty a kteří nemají možnost získat tyto kompetence během studia, často ani během své odborné praxe. Odborná příprava na péči o duševní zdraví klientů není u sociálních pracovníků ani u všeobecných sester stále ještě zavedena v systému vzdělávání na vyšším odborném ani vysokoškolském stupni.

Jak vysvětluje Pěč a kol. (Pěč, Probstová, 2009), předmětem práce multidisciplinárního týmu je tzv. *psychiatrická rehabilitace* (tedy rehabilitace duševních poruch, která navazuje na léčbu psychofarmaky a psychoterapii). Pěč a kol. (Pěč, Probstová, 2009) popisují, jakými rolami a s nimi souvisejícími kompetencemi disponují jednotliví pracovníci týmu pro potřeby psychiatrické rehabilitace:

#### Psychiatri

- vyšetřuje, stanovuje diagnózy, vyhodnocuje a monitoruje aspekty duševních poruch;
- provádí farmakoterapii;
- edukuje pacienty, jejich rodinné příslušníky a členy týmu o známkách relapsu;
- informuje tým o medicínských záležitostech;
- může poskytovat psychoterapii a krizovou intervenci (v případě, je-li psychoterapeut).



## Všeobecná sestra

- dohlíží na zdravotní potřeby klientů;
- pomáhá klientům řešit otázky z oblasti bydlení, vztahové, emoční;
- napomáhá ke zlepšování kompetencí klienta v sociální oblasti;
- může poskytovat psychoterapii a krizovou intervenci (v případě, je-li psychoterapeut);
- provádí psychoedukaci, může vést psychoedukační programy.

## Sociální pracovník

- poskytuje sociálně-právní poradenství;
- pomáhá klientům ke zlepšování jejich kompetencí v oblasti sociální, pracovní, volnočasové;
- uplatňuje se v oblasti specializované rehabilitační intervence;
- pracuje jako případový pracovník, zabývá se situací klienta komplexně;
- může poskytovat psychoterapii a krizovou intervenci (v případě, je-li psychoterapeut).

## Klinický psycholog

- provádí vyšetření kognitivních funkcí, vyšetření diagnostická;
- poskytuje psychoedukaci pacientům a jejich rodinným příslušníkům;
- může poskytovat psychoterapii a krizovou intervenci (v případě, je-li psychoterapeut).

Proces psychiatrické reformy, jejíž Strategie byla schválena na podzim roku 2013, a s ní související změny v poskytování péče duševně nemocným s sebou přináší odlišné nároky na personál poskytující danou péči. Primární změnou v poskytování péče je přesun do komunitních podmínek. Strategie reformy psychiatrické péče (MZ, 2013) předkládá potřebu sítě Center duševního zdraví, která by měla efektivně a komplexně zajistit péči o duševně nemocné v komunitních podmínkách (více viz 3.1).

Cílem je tedy změna poskytované péče, a to přesun mimo velké psychiatrické ústavy. Struktura péče vyžaduje změnu poskytování služeb, které kladou nároky na personál přecházející z velkých institucí orientovaných na práci u lůžka na individuální přístup ke klientům nebo z prostředí s jinými nároky na práci s klienty. Dosavadní systém, který byl zvyklý na práci u lůžek, vytváří tlak na změnu péče – od anonymní až rutinní práce k velmi individuální

komplexní péči. Tyto změny s sebou nesou odlišné požadavky na pracovníky, kteří na komunitní práci nebyli zvyklí a jejichž praxe nedostačuje požadovaným změnám.

Liberman a kol. (2001) pokládá za nejpřirozenější nástroj pro psychiatrickou rehabilitaci multidisciplinární spolupráci, která kombinuje řadu kompetencí profesionálů a neprofesionálů (*professionals and paraprofessionals*), za pomoci nichž dochází k individualizaci péče, zajištění kontinuity, koordinace, konzistence a důvěryhodnosti služby. Dále popisují, že problematickou oblastí může být komunikace a koordinace jednotlivých členů týmu. Pro potřeby týmu by též měla zůstat pevná hranice v rolích jednotlivých profesionálů, což je dle Libermana a kol. (2001) dobré pro jejich dovednosti a postoje ke komunikaci, kultuře organizace a chuti se učit novým věcem.

Za nejdůležitější aspekt psychiatrické péče považují *case management* (viz 4.1), kdy každý case manager projde zaškolením v sociální práci a psychologii, zejména s důrazem na psychopatologii, psychofarmakoterapii nebo například na rodinnou intervenci. Pracovníci, ať už profesionální či paraprofesionální (s nedokončeným vysokoškolským vzděláním), musí operovat s dalšími kompetencemi, které využívají během sociální nebo osobní krize klienta, akutní či stabilizované fáze nemoci klienta, při jednání s rodinami a dalšími situacemi, které jsou nezbytné při úspěšném *recovery* klienta (viz 4.2).

Termín kompetence lze definovat dle Harla, Hartlové (2012) jako „*schopnost, způsobilost, kvalifikace*“ (2015, str. 263). Jak uvádí Národní koordinační výbor pro rozvoj pracovní síly v oblasti duševního zdraví na Novém Zélandu (*National Mental Health Workforce Development Co-ordinating Committee*, 1999), kompetence v praxi a učební osnovy ve vzdělávacích institucích jsou odlišné, což je kontraindikací v požadavcích na způsobilost, kterou vyžadují zaměstnavatelé v oblasti péče o duševně nemocné. Je tedy žádoucí, aby vzdělávání profesionálů, kteří přicházejí do praxe, z praktických zkušeností jejich pedagogů vycházelo.

Uveďme si příklad, který předložil Novozélandský výbor (National Mental Health Workforce Development Co-ordinating Committee, 1999) k tématu kompetencí na poli duševního zdraví. Pro oblast kompetencí nerozdělují jednotlivé profesionály, nýbrž hovoří o *mental health worker* (volně jej lze přeložit jako pracovník o duševní zdraví). Rozdělují kompetence do tří kategorií, přičemž se základními kompetencemi pracovník přichází do praxe, pokročilé získá prvním rokem praxe a třetí skupinu kompetencí si osvojí při práci ve své specializaci v daných oblastech:

### 1. Základní kompetence

- schopnost orientace v problematice duševních poruch;
- efektivní komunikace;
- *kulturně* vhodná praxe;
- schopnost posouzení zdravotních potřeb klienta;
- schopnost zkoordinovat potřebnou péči;
- vést dokumentaci a dodržovat právní předpisy;
- podporovat zdraví klientů, rodin a celé komunity;
- podporovat individuální profesní růst.

### 2. Pokročilé kompetence

- vyhodnotit zdravotní potřeby klienta;
- schopnost prokázat *kulturně* vhodnou praxi;
- vést terapeutické intervence;
- dodržovat právní odpovědnost;
- podporovat zdraví klientů, rodin a komunity;
- podporovat individuální profesní růst.

### 3. Specifické kompetence

- služby v akutní fázi nemoci;
- rehabilitace;
- psychogeriatric;
- forenzní psychiatrie;
- práce s dětmi a mladistvými;
- práce s uživateli drog a alkoholu;
- psychiatrické konzultace;
- znalost pobytových služeb.

Příklad novozélandského dělení kompetencí je jen jedním z mnohých. Nastiňuje však základní kategorizaci, kterou by pracovník v oblasti péče o duševní zdraví měl disponovat a které jsou nezbytné pro efektivní komunitní péči. Jedná se však o kompetence pouze orientační, které nepopisují konkrétní dovednosti vzhledem k praxi.

Další příklady kompetencí, kterými by měla disponovat „sociální část“ multidisciplinárního týmu v chystaných Centrech duševního zdraví, uvádí Hejzlar a kol. (2015), a to:

- asertivní kontaktování;
- podpora *recovery*;
- spolupráce v týmu;
- sociálně-terapeutické činnosti;
- sociálně-právní činnost;
- telefonická krizová intervence;
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu;
- umožnit kontakt se společenským prostředím.

Podkladové materiály pro kompetence „zdravotní části“ nejsou vytvořeny, jelikož se počítá s tím, že profesně kompetentní zdravotníci vychází pouze ze svých zkušeností získaných při práci s pacienty a jejich kompetence jsou jasně definované zákonem.

## 4 Techniky a metody užívané multidisciplinárním týmem

### 4.1 Case management

Case management (případové vedení) se objevil se změnami v poskytování psychiatrické péče. Transformace péče od velkých institucí do komunitních podmínek si vyžádalo spolupráci mezi službami duševního zdraví a dalšími potřebnými zdroji v komunitě (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009). Jen velmi těžko lze zobecnit, co je *case management*. Může mít atributy klinického case managementu, asertivní komunitní léčby, intenzivního case managementu, modelu založeného na silných stránkách jedince nebo modelu rehabilitačního (Meuser et al. in Mental Health Commission, 2006). Společným znakem je však pomoci klientům se co nejvíce adaptovat v komunitě a zvládnout obtíže, které duševní onemocnění přináší.

Case manager neboli případový koordinátor/pracovník zajišťuje koordinaci služeb pro klienta. Vztáhneme-li užití case managementu na pole působení CDZ, každému klientovi využívajícímu služby centra je přiřazen jeden case manager. Ten má za úkol v péči o klienta následující:

- posoudit potřeby klienta;
- vypracovat plán péče;
- zajistit vhodnou péči, kterou potřebuje;
- dohlížet na kvalitu poskytované péče;
- udržovat s klientem kontakt. (Mental Health Commission, 2006)

Podle Stuchlíka (in Pěč, Probstová, 2009) má case management (dále jen CM) dvě složky – první tvoří rovina osobní, individuální práce s klientem a druhou systém poskytovaných služeb. Jak dále uvádí, charakteristickým znakem CM je to, že je prováděn multidisciplinárním týmem.

Stuchlík (in Pěč, Probstová, 2009) popisuje několik modelů case managementu:

- Brokerský model – case manager pouze koordinuje služby. Společně s klientem vytvoří individuální plán péče, přičemž se nepohlíží na týmovou spolupráci ani na vztah s klientem ani na asertivní nabídku služeb. Case manager má v porovnání s ostatními modely vyšší počet pracovníků.

- Klinický CM – případoví pracovníci zároveň poskytují služby a je kladen větší důraz na týmovou spolupráci. Počet klientů na jednoho case managera je nižší a práce s klientem je více intenzivní a individuální. Další členové týmu poskytují case managerovi konzultace a v případě potřeby ho zastoupí.
- Intenzivní CM – má stejné organizační požadavky jako klinický CM, ale odlišuje se ve větší intenzitě podpory klienta v jeho přirozených sociálních vazbách.
- CM podporující silné stránky klienta – rehabilitace probíhá prostřednictvím podpory klienta v jeho silných stránkách, nikoli psychopatologii. Důraz je kladen na práci s běžně dostupnými zdroji podpory v přirozeném prostředí klienta (rodina, zájmy, přátelé apod.).
- Asertivní komunitní léčba – cílem je dle Stuchlíka (in Pěč a Probstová, 2009, str. 143): „zabránit psychiatrické hospitalizaci a zajistit klientovi dostatečně kvalitní život v komunitě“. Jádrem je týmový přístup, při kterém se na práci s klientem podílí více členů týmu. Tento model je vhodný pro menší skupinu klientů se SMI. Důležitým aspektem je nepřetržitost služby.

Case manager zajišťuje koordinaci služeb nejen mezi pracovníky dané organizace, ale též zapojuje do péče o klienta další zainteresované subjekty. Společně s klientem pak mapuje potřeby, ale též možnosti a zdroje, které by mohl klient v dané komunitě využít. K závěru o case managementu je třeba dodat slovy Jana Stuchlíka (in Pěč, Probstová, 2009), že důležitější, než přesně naplánovaná struktura intervencí je vztah, který si spolu case manager a klient vybudují.

## 4.2 Orientace na recovery

Dle Anthonyho (1993) *recovery* neboli zotavení, úzdava z duševního onemocnění primárně neznamená, že byly odstraněny fyzické a psychické symptomy nemoci a došlo k celkové obnově fungování jedince. V případě jedince s duševním onemocněním dochází při *recovery* ke změnám hodnot, cílů nebo rolí a dovedností. Jak dále Anthony (1993) popisuje, jedná se o uspokojující, nadějný způsob života jedince, přestože je omezen projevy nemoci. Recovery v sobě zahrnuje vývoj nového smyslu života a jeho významu, i na úkor těžkostí, které duševní nemoc přináší.

Foitová a kol. (2014) zdůrazňuje, že na recovery lze pohlížet z více stran. Jednou je klinické zotavení, které je měřitelné a zahrnuje stav:

- bez symptomů nemoci;
- bez medikace;
- jedinec je schopen samostatně bydlet;
- pracovat;
- navazovat běžné sociální vztahy.

Na druhé straně stojí již zmíněné osobní zotavení, které zahrnuje atributy jako:

- naděje v lepší budoucnost a v určitou životní vizi;
- zplnomocnění sebe sama;
- zodpovědnost za vlastní život;
- smysl životní role.

Někteří autoři (Hollander, Wilken, 2016) přidávají též sociální proces zotavování, který představuje:

- zapojování;
- znovu začleňování jedince do společnosti.

Jak popisuje Páv (2014), koncept úzdravy je považován za hlavní princip v poskytování psychiatrické péče osobám se SMI, zejména ve vyspělých zemích, kde je kvalita poskytované péče na vysoké úrovni, a je třeba se tímto konceptem inspirovat též v systémových změnách v psychiatrické péči.

Přístup a podpora založená na principu *recovery* je nedílnou součástí úspěšné léčby klienta s duševním onemocněním, a to zejména v jeho přirozeném prostředí. Nejen sám klient, ale všechny zainteresované osoby musí mít vidinu zotavení nemocného, i když to nemusí jasně znamenat, že dojde k vymizení symptomů, vyléčení se z nemoci a navázání na život, který jedinec žil před propuknutím nemoci. Jde zejména o přístup, který dodá jedinci motivaci a naději, že lze plnohodnotně žít i s přetrvávajícím duševním onemocněním. Je velký rozdíl mezi zotavením a vyléčením.

Při procesu recovery – zotavování je třeba mít na mysli, že se člověku nepodaří dostat se zpět do svého „starého“ života před onemocněním, ale že si musí na základě této zkušenosti najít nový smysl života a novou cestu k dosažení plnohodnotného a spokojeného života.

### 4.3 Metoda CARE a psychosociální rehabilitace

S konceptem recovery úzce souvisí metoda CARE. V tuzemském prostředí představuje relativně nový, ale v přístupu ke klientovi velmi hodnotný model péče. Termín CARE (*Comprehensive Approach to Rehabilitation*) znamená ve volném překladu *komplexní přístup k rehabilitaci*. Jedná se o metodu založenou na principech psychosociální rehabilitace a recovery klienta. (CAREEUROPE, 2017)

Tato metoda byla vyvinuta v Nizozemsku v 80. letech, prošla řadou změn a snažila se skloubit modely péče o klienty, například rehabilitačními přístupy užívanými ve Velké Británii a USA, které uplatňovaly tzv. tripartitu – rovnocennou spolupráci mezi klientem, jeho rodinou a pomáhajícími profesionály (Hollander, Wilken, 2016). Metoda CARE pak pracuje se dvěma klíčovými nástroji: osobní profil a osobní plán. Práce s touto metodikou vyžaduje hledání, vytvoření a posílení možností a příležitostí. (CAREEUROPE, 2017)

Pro lepší pochopení procesů metody CARE je zapotřebí nejprve vysvětlit, co znamená psychosociální rehabilitace. Definice WHO (1996, str. 2) je následující: *„Psychosociální rehabilitace je proces, který umožňuje jedincům, kteří jsou postižení, trpí disabilitou nebo duševní poruchou, dosáhnout jejich optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti. Zahrnuje jak zlepšení individuálních schopností, tak představuje zavedení změn v okolním prostředí jedince za účelem vytvoření co nejlepší možné kvality života pro jedince, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, které přináší určitý stupeň postižení. Cíl psychosociální rehabilitace tkví v zajištění optimální úrovně fungování jednotlivce a společnosti se snahou minimalizovat disabilitu a postižení, s důrazem na rozhodování jednotlivců o tom, jak úspěšně žít v komunitě.“*

Hollander a Wilken (2016, str. 15) definují psychosociální rehabilitaci jako *„proces zahrnující aktivity zaměřené na pomoc osobě s psychickými, sociálními a dalšími omezeními s cílem*



*maximalizovat kvalitu jejího života na osobní a sociální úrovni tak, aby tato osoba mohla uspokojivě fungovat doma, v zaměstnání a v dalších prostředích, která si sama zvolí“.*

Jak již z názvu vyplývá, metoda CARE přistupuje k rehabilitaci jedince v širokém kontextu. Ve fokusu zájmu je klient, který je lidskou bytostí s určitým životním postojem a sociálními sítěmi. Metoda přistupuje ke klientovi jako ke komplexu, který je ovlivňován různorodými sociálními vlivy v různých životních oblastech, jež ovlivňují kvalitu jeho života. A jak metodu používat?

Je zapotřebí pracovat s klientem ve třech základních oblastech:

- dosažení cílů a přání, které souvisí s kvalitou života jedince;
- posilování silných stránek a vyrovnání se se zranitelností klienta;
- snaha maximalizovat kvality života v klientových sociálních a životních podmínkách, spolu se zpřístupněním daného prostředí. (Hollander, Wilken, 2016)

Pro efektivní užití metody CARE jakožto komplexního přístupu k jedinci je třeba mít na paměti, že klient, který vstupuje do služeb psychiatrické péče (nebo psychosociálních, zdravotních služeb), přichází nejen s duševním onemocněním, ale především přichází s určitou rolí v sociálních sítích. Nedílným aspektem využívání tohoto přístupu je zaměření se na silné stránky jedince namísto jeho „problému“ nebo diagnózy. Cesta každého jedince k zotavení bude velmi individuální. Tu mu mohou usnadnit profesionálové, kteří mu v daném čase a místě pomohou v procesu zotavování, a to skrze zplnomocnění, podporu a zaměření se na osobnostní rysy klienta.

#### **4.4 Modely péče – ACT a FACT**

ACT – asertivní komunitní léčba (*Assertive Community Treatment*) je původně americký přístup, který se vyznačuje orientací na komunitní péči a byl vyvinut jako reakce na uzavírání psychiatrických léčeben po roce 1970. Vyznačuje se tím, že se komunitní tým společně snaží udržet klienta v síti dostupných služeb, zamezit jeho hospitalizaci a zároveň se snaží podpořit ho v dosahování lepších sociálních vazeb, sociálního fungování a celkového zlepšení kvality života. (Marshall, Lockwood, 2011)

Multidisciplinární tým o 10 plných úvazcích, který pracuje na bázi modelu ACT, je zdrojem podpory a pomoci klientovi orientovat se v dostupných komunitních službách, které mu zároveň poskytuje. Často se stává jeho „průvodcem“ a asertivním způsobem ho vede k dosažení údravy v jeho přirozeném prostředí. Zahraniční studie dokázala (Marshall, Lockwood, 2011), že model péče ACT byl v porovnání se standardní komunitní péčí efektivnější, zejména pak v oblastech prevence hospitalizace, bydlení, práce nebo například celkové spokojenosti pacienta. Tento tým intervnuje především v terénu a zajišťuje dlouhodobou péči klientům, a to přibližně jednomu stu, kterým by mohla hrozit hospitalizace, zanedbání péče nebo až bezdomovectví. Všichni členové týmu mají přehled o všech klientech, které mají v péči (Veldhuizen, Bähler, 2013).

FACT – flexibilní asertivní komunitní léčba (*Flexible Assertive Community Treatment*), jedná se o nizozemský model péče, který se vyznačuje obdobně jako ACT. I zde jsou klientovi dostupné služby celého týmu, přičemž FACT týmy pracují na bázi case managementu – tedy každý klient má svého case managera, který koordinuje péče o klienta a vytváří si s ním užší vztah. Tento tým má více o 1 až 2 úvazky v porovnání s ACT týmem a zajišťuje péči až 200 klientům. Tento tým využívá tzv. *FACT board* – tabuli, na níž monitorují dění u klientů, kteří vyžadují větší pozornost a intenzivnější péči. Těmto rizikovým klientům se tým věnuje intenzivněji a pracovníci o nich hovoří na každodenních poradách.

Ostatní klienti, kteří nevyžadují tak intenzivní léčbu stále zůstávají v péči multidisciplinárního týmu za pomoci individuálního case managementu (viz 4.2), přičemž docházejí méně. Pokud se situace některého klienta zhorší, připíše se jeho jméno na FACT tabuli a intenzivně s ním pracuje celý tým až do zlepšení jeho stavu (Veldhuizen, Bähler, 2013).

Při porovnání týmů pracujících na bázi ACT a FACT modelu vyvstalo, že klienti, kteří docházeli do týmů duševního zdraví využívajících FACT, byli méně často v kontaktu s celým týmem a strávili s nimi méně času při zachování stejné kvality péče. (Sood a kol., 2017)

## 4.5 Krizová intervence

Krizovými situacemi může procházet každý jedinec v jakékoli životní situaci. Pro týmy a pracovníky v péči o osoby s duševní poruchou je potřebnou znalostí umět zacházet s krizovými situacemi a krizemi klientů. Za krizi považujeme stav, při kterém se jedinec cítí ohrožený, a tuto situaci nedokáže zvládat obvyklými vyrovnávacími strategiemi (adaptačními prostředky). Tato situace je vyvolávána pocitem nebezpečí, tísně a může vést až k ohrožení života.

Krizová intervence je pak první psychologickou odbornou pomocí v psychické krizi jedince, která napomáhá stabilizovat krizovou situaci. Metody krizové intervence jsou tedy nezbytnou výbavou pracovníků v týmech duševního zdraví. Ti se s krizemi svých klientů setkávají nejen na pracovišti, ale též při výjezdech do terénu.

Za nejužívanější klasifikaci krizí můžeme považovat systém vytvořený Baldwinem (in Vodáčková a kol., 2002). Je odstupňován dle závažnosti od méně po nejvíce závažné a dle zdroje stresu od vnějšího po vnitřní.

- situační krize;
- tranzitorní krize (z očekávaných životních událostí);
- krize z náhlého traumatizujícího stresu;
- vývojové a krize zrání;
- krize vycházející z psychopatologie;
- neodkladné krizové stavy.

Lidé, kteří jsou v psychiatrické péči či mají zkušenost s duševní poruchou, jsou citlivější a zranitelnější než ostatní, a budou tedy více citliví ke krizovým situacím, se kterými se hůře vyrovnávají (Vodáčková a kol., 2002). Je zřejmé, že pro práci v psychiatrických službách je krizová intervence nezbytnou součástí profesní výbavy. Špatenková (in Baštecká, 2009) uvádí, že termín krize vystihuje přechodný stav, resp. pocit, který vede k lepšímu, či horšímu, ale vždy se jedná o vývoj a změnu.

Ještě předtím, než jedinec navštíví (nebo zavolá) krizové pracoviště, se snaží řešit situaci po svém. Vodáčková (2002) je popisuje jako přirozené vyrovnávací mechanismy, kterými disponuje každý jedinec a které jsou velmi individuální. „*Předpokládejme, že jsme všichni*

*nadání schopností hledat a nacházet přirozené cesty, které vedou z postupně narůstající tenze vyvolané eskalující krizovou situací“ (Vodáčková a kol., 2002, str. 46). Pokud však vlastní coping mechanismy nepomáhají, je zapotřebí vyhledat krizovou pomoc. Pro oblasti péče o duševně nemocné je nejčastější formou buď telefonická krizová intervence, nebo intervence tváří v tvář.*

Jak již bylo naznačeno, jedná se o první pomoc v případě krize jedince. Přichází ve chvíli, kdy selhaly vyrovnávací strategie a pomoc nepřišla ani z blízkého okolí. Základním prostředkem pomoci je rozhovor a dle Caplana (Vodáčková in Baštecká a kol., 2009) má následující atributy:

- cílem je redukce ohrožení, snížení rizika zhoršení stavu jedince a pomoc dostat se zpět na předkrizovou úroveň;
- jedná se o krátkodobý a intenzivní (pár setkání) kontakt s klientem;
- krizová intervence se snaží zaměřit na podpůrnou síť klienta;
- zahrnuje bio-psycho-sociálně-duchovní složky jedince;
- soustředí se na prvky z minulosti a práci s budoucností, která bezprostředně souvisí s krizí;
- krizová intervence by měla mít návaznost na další služby, pokud je potřeba;
- pracovníci krizové intervence by měli mít zázemí v týmu.

Předpokládá se, že v krizové situaci se může ocitnout každý jedinec. Krizový pracovník by měl disponovat aktivním přístupem, což však neznamená převzít iniciativu za klienta. Jak dále popisuje Vodáčková (2002), krize jedince má velmi individuální charakter, je časově omezená, a pokud nedojde k pomoci, může způsobit psychické potíže.

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **5 Multidisciplinární tým v Centru duševního zdraví pro Prahu 8**

#### **5.1 Výzkumný soubor**

Vzorkem pro výzkumné šetření mezi multidisciplinárními týmy v oblasti péče o duševní zdraví byl zvolen tým fungující pod Centrem duševního zdraví (dále jen CDZ) pro Prahu 8. Vzhledem k faktu, že mezioborová spolupráce v daném CDZ je ojedinělým příkladem v našich podmínkách, rozhodnutí bylo vzhledem k okolnostem jasné. Výběr byl též podmíněn tím, že v CDZ v Podskalí, kde obdobně specifický tým funguje, avšak v jiném složení, byl výzkum již proveden.

Neopomenutelným faktem je také to, že vybrané CDZ je pod záštitou největší psychiatrické nemocnice ČR, funguje v pilotním projektu Center duševního zdraví a řadí se mezi první vzniklá Centra, která poskytují péči duševně nemocným v komunitních podmínkách. Nedílnou součástí je pak autorův zájem o psychiatrickou reformu a s ní související tvorba multidisciplinárních týmů v CDZ.

#### **5.2 Kontext vzniku multidisciplinárního týmu v CDZ pro Prahu 8**

Vzniku multidisciplinárního týmu předcházela zájem o zapojení se do pilotního projektu testování CDZ několika zainteresovaných osob. V rámci připravované psychiatrické reformy se MUDr. Hollý (ředitel PN Bohnice), který byl do příprav reformy od začátku zaangažovaný, rozhodl zavést psychiatrickou terénní službu v rámci nemocnice. Služba vznikla v roce 2012 jako Komunitní terénní centrum (KTC) a stala se součástí PN Bohnice. Tým pracoval částečně mezioborově, jelikož zahrnoval psychiatrické sestry, psychiatra a psycholožku, pracoval převážně v terénu a snažil se rozvíjet myšlenku asertivní komunitní péče. S dalšími kroky reformy, zejména pak s přípravami standardů CDZ, bylo zapotřebí doplnit tým KTC o sociální pracovníky.

Možností, jak splnit požadavky standardů Strategie reformy péče o duševní zdraví přijaté v roce 2013, bylo spojit tým zdravotníků s již existujícím týmem sociálních pracovníků ve Fokusu Praha, který pracoval též v terénu a působil na území Prahy 8. Ještě před sloučením měl Fokus

s týmem KTC v péči několik stejných klientů. Vzhledem k pozitivnímu nastavení obou týmů k psychiatrické reformě vznikl jeden společný multidisciplinární tým fungující pod Centrem duševního zdraví pro Prahu 8. Rizikem ve sloučení těchto zaběhnutých týmů byl nejen střet profesí a metod práce, ale též faktor, že ředitelé obou institucí (PN Bohnice a Fokus Praha v Bohnicích) vzali zodpovědnost za fungování týmu do vlastních rukou a podmínky pro úspěšnou spolupráci museli podpořit z vlastních zdrojů.

Proces slučování týmu do prostor Fokusu (nedaleko od PN Bohnice) trval více než rok, jelikož musela proběhnout rekonstrukce prostor, kolaudace zdravotní části pracoviště a muselo dojít k vytyčení základních pravidel pro společné fungování týmu. Výsledkem je zdravotně-sociální tým, který by svým fungováním měl co nejvíce odpovídat standardům CDZ, jehož složky budou flexibilní, asertivní a dobře fungující v komunitě. Ztěžujícím faktorem již od začátku byl fakt, že oba týmy do sloučení fungovaly samostatně s několikaletou zkušeností a s nastavenými pravidly poskytované péče. Metody, postupy a vlastní hodnoty se snažily integrovat do práce druhého týmu. Střet zdravotní a sociální složky v rámci jednoho týmu je v tuzemských podmínkách ojedinělý, velmi přínosný, ale občas náročný (osobní sdělení, Novotná B., 2017).

### **5.3 Současné fungování týmu**

Multidisciplinární tým v CDZ pro Prahu 8 funguje v nepřetržitém provozu. Ve směnném nočním provozu pracuje vždy jedna psychiatrická sestra. Ostatní členové týmu fungují v běžné pracovní době, přičemž jejich přítomnost se odvíjí od výše úvazku. Všichni členové týmu, kteří jsou daný den přítomni na pracovišti, mají nejprve společnou poradu, která trvá zhruba hodinu. Jednou za dva týdny probíhá metodická porada celého týmu, která obvykle trvá několik hodin. V rámci daného dne, podle možností jednotlivých členů, vyjíždí vždy část týmu do terénu. Multidisciplinární tým má celkem 19 členů, přičemž konkrétní zastoupení jednotlivých profesí, včetně výše jejich úvazku, je uvedeno v tabulce níže (7.2). Poskytují služby psychosociální a psychiatrické rehabilitace, terénní krizové intervence, dále sociální poradenství, služby psychiatrické a psychologické ambulance, volnočasové aktivity a nabízí možnost resocializačního pobytu. Kritériem pro vstup do služby je dlouhodobé vážné duševní onemocnění. Na otázku, zdali takto nastavený multidisciplinární tým je optimální pro účely poskytování kvalitní komunitní péče, bude odpovídat následující výzkumné šetření.

## 6 Metody výzkumu

### 6.1 Vymezení výzkumných cílů

Vzhledem k charakteru výzkumného šetření a jedinečnosti zkoumaného vzorku je cílem zmapovat proces tvorby multidisciplinárního týmu, jeho fungování – specifika a možná rizika týmové spolupráce a bariéry, které brání optimálnímu fungování v komunitní péči o duševně nemocné. Vedlejším cílem je zhodnocení spolupráce s peer konzultantem, jako nově vznikající pozicí v oblasti péče o duševní zdraví. Za hlavní výzkumnou otázku lze považovat následující:

- Jakým způsobem funguje multidisciplinární tým v komunitní péči pro duševně nemocné?

Pro potřeby rigorózní práce byl na základě poznatků z výzkumného šetření vytyčen výzkumný cíl:

- Vymežit a popsat kompetence psychiatrických sester a sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu v Centru duševního zdraví pro Prahu 8.

### 6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Celkem bylo dotazováno 13 osob. Způsob jejich rozdělení pro jednotlivé rozhovory je následující:

<i>Profese</i>	<i>Technika sběru dat</i>	<i>Počet (ženy + muži)</i>	<i>Celkový počet v týmu / počet úvazků</i>	<i>Průměrný věk (rozsah)</i>	<i>Průměrná doba praxe (rozsah)</i>	<i>Průměrná doba praxe s cílovou skupinou (rozsah)</i>
<b>Psychiatrická sestra</b>	Focus group (řízený skupinový rozhovor)	5 (4 + 1)	9 / 8	50 let (37–61)	28 let (18–38)	24,5 let (6–38)
<b>Sociální pracovník</b>	Focus group (řízený skupinový rozhovor)	4 (4 + 0)	6 / 6	37 let (25–44)	7, 25 let (0,5–10)	2,5 let (0,5–4)
<b>Psycholog</b>	Polostrukturovaný společný rozhovor	2 (2 + 0)	2 / 1	34 let (29–39)	9,5 let (7–12)	9,5 let (7–12)
<b>Psychiatr</b>	Polostrukturovaný individuální rozhovor	1 (0+ 1)	1 / 1	35 let	9 let	9 let
<b>Peer konzultant</b>	Polostrukturovaný individuální rozhovor	1 (1 + 0)	1 / 0,4	40 let	1 rok	1 rok
<b>CELKEM</b>		<b>13</b>	<b>19 / 16,4</b>	<b>39 let</b>	<b>11 let</b>	<b>9, 5 let</b>

(N=13)

### 6.3 Techniky sběru dat

Pro potřeby výzkumného šetření byly využity kvalitativní metody, zejména z důvodu vytyčených výzkumných cílů, kterým odpovídá kvalitativní sběr dat. Pro účely výzkumného šetření byly použity následující techniky.

- a) *Polostrukturovaný individuální rozhovor*
- b) *Polostrukturovaný společný rozhovor*
- c) *Focus group (řízený skupinový rozhovor)*

K zajištění co nejširších výpovědí respondentů ze skupiny psychiatrických sester a sociálních pracovníků byla užitá metoda focus group neboli řízeného skupinového rozhovoru, v českém překladu „ohniskové skupiny“. Jde o kvalitativní techniku sběru dat, při které dochází ke skupinové interakci a hlubšímu náhledu do diskutované problematiky (Morgan, 2001). Výhoda této techniky spočívá ve sběru relativně velkého množství výpovědí v krátkém čase, kdy zkoumaná skupina přináší co nejširší výpověď k danému tématu (Thomas et al., 1995).

Z důvodu nemožnosti koordinace společného setkání (různorodost směn) byly provedeny focus group se zástupci ze „zdravotní“ a „sociální“ části týmu, kteří měli zájem a čas se do výzkumu zapojit. Obě focus group byly moderovány autorem diplomové práce. S ostatními profesemi, které jsou zastoupeny pouze jedním nebo dvěma pracovníky, byl proveden rozhovor samostatně nebo společně, vždy tak, aby skupina respondentů byla homogenní. Focus group byly provedeny zvlášť s psychiatrickými sestrami a zvlášť se sociálními pracovníky, zejména z toho důvodu, aby se zachovala profesní homogenita ve zkoumané skupině, docílilo se tak co největší diskuze v rámci jedné pozice v týmu a došlo k co nejmenšímu ovlivnění výpovědí při střetu profesí.

Na základě charakteru výzkumu v Podskalí byly stanoveny okruhy témat, podle kterých byly sestaveny vhodné výzkumné otázky (viz příloha). Pro zjištění co nejširšího spektra výpovědí k danému tématu byly využity *ad hoc otázky*, které napomáhaly konkrétnějšímu doplnění informací.

Multidisciplinarita přináší rozdílné pohledy na přístup k poskytování péče v oblasti psychiatrie. Nedílnou součástí je tedy i rozdílný pohled na fungování multidisciplinárního týmu. Výzkumné



šetření přináší názory na jednotlivé aspekty multidisciplinární spolupráce z pohledu jednotlivých profesí. V souladu se záměrem výzkumného šetření byly otázky užívané v jednotlivých rozhovorech a focus group kategorizovány do tematických okruhů následovně:

- a) Specifika multidisciplinární spolupráce
- b) Změny oproti předchozí zkušenosti
- c) Zapojení peer pracovníka
- d) Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce
- e) Cíl práce s klientem
- f) Kompetence v týmu
- g) Komunikace v týmu

Sběr dat se uskutečnil v období od prosince 2016 do ledna 2017. Individuální rozhovory trvaly cca 60 minut, společný rozhovor dvou psychologek trval přibližně 60 až 70 minut a každá focus group s respondenty zabrala zhruba 90 až 100 minut. Rozhovorů a focus group se účastnilo celkem 13 osob zastupujících všechny profese spolupracující v týmu. Se souhlasem všech zúčastněných byly rozhovory nahrávány na diktafon.

Na základě výsledků diplomové práce (Dudová, 2017) byl pro potřeby rigorózní práce proveden společný rozhovor s vedoucí psychiatrických sester a s vedoucí sociálních pracovníků v CDZ pro Prahu 8, se zaměřením na oblast kompetencí skupin „zdravotníků“ a sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu, jelikož tyto dvě skupiny jsou v týmu zastoupeny nejvyšším počtem úvazků. Rozhovor trval zhruba 90 minut a byl se souhlasem nahráván na diktafon.

## **6.4 Analýza dat**

Analýza odpovídá metodě a technikám sběru dat. Po shromáždění všech potřebných dat byl proveden doslovný přepis s úpravou textu. Doslovně byly přepsány všechny výpovědi respondentů, jejich odpovědi byly následně kódovány a tříděny do předem stanovených kategorií za pomoci kvalitativní deduktivní analýzy, kdy na základě předem vytyčených kategorií byly přiřazovány dílčí kódy k danému tématu. Tento postup byl použit pro všechny typy rozhovorů. Za pomoci tematické analýzy byl vytvořen souhrn výpovědí všech respondentů na dané téma. Tato analýza spočívá v tom, že z již okódovaných a kategorizovaných výpovědí jednotlivých respondentů byl proveden společný souhrn výpovědí – pohled všech respondentů

na dané téma. V případě tematické analýzy je za hlavní cíl považován popis určitého jevu z různých pohledů (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Při analýze výsledků společného rozhovoru vedoucí psychiatrických sester a vedoucí sociálních pracovníků byl užit stejný postup při analýze sebraných dat. Tedy doslovná transkripce s úpravou textu. Text byl následně okódován a dané odpovědi jsou popsány v kapitole 8.

## 7 Analýza výsledků a jejich interpretace

Prezentace výsledků nejprve popisuje výsledky z dílčích focus group, a to s psychiatrickými sestrami a se sociálními pracovníky zvlášť. Následují výsledky společného rozhovoru s psycholožkami a dále jsou popsány výstupy z jednotlivých rozhovorů s psychiatrem a s peer konzultantem. Pro lepší pochopení kontextu výpovědí jsou výsledky doplněny o přímé citace zúčastněných respondentů. Za každou skupinou a jednotlivými respondenty následuje souhrn všech výpovědí. Následují výpovědi vedoucí psychiatrických sester a vedoucí sociálních pracovníků, které jsou primárně zaměřené na kompetence obou profesí (viz kapitola 8). Dále je zde předložen ucelený, společný souhrn výpovědí, včetně doporučení pro zlepšení (kapitola 9). Pro lepší orientaci v textu je osoba s vážným duševním onemocněním využívající služeb multidisciplinárního týmu označena jako *klient*.

### 7.1 Psychiatrické sestry

V současné době působí v týmu 8 sester a 1 bratr. Pro přehlednost bude v textu použito označení zdravotníci a jiné. Ráda bych se tím vyhnula stereotypnímu genderově neadekvátnímu označení zdravotní sestra vzhledem k faktu, že v týmu působí i jeden „zdravotní bratr“. Název profese zdravotní sestra, jak můžeme znát z běžné praxe, se již neuvádí. Tento pojem nahradilo označení všeobecná sestra. Všichni zdravotníci mají specializaci v oboru psychiatrie označovanou sestra pro péči v psychiatrii, známou též pod názvem psychiatrická sestra. Pro účely tohoto výzkumu však bude užíván pojem zdravotníci, popřípadě psychiatrické sestry, který označuje všeobecné sestry se specializací sestra pro péči v psychiatrii. Tato skupina bude v textu a celém kontextu výzkumného šetření označována jako „zdravotní část týmu“. Tento subtým má jednu hlavní psychiatrickou sestru, která je jeho součástí. Se skupinou zdravotníků byla provedena focus group.

#### Specifika multidisciplinární spolupráce

Zdravotníci považují multiprofesní spolupráci za komplexní v poskytované péči. Jedná se zejména o spolupráci sociální a zdravotnické části, které spolu vytvářejí celistvou pomoc klientům. Za výhodné označili respondenti možnost konzultovat s jinými profesionály.

*„... a když se nevyznám v sociálních věcech, tak si můžu říct o pomoc. Třeba když mám někoho, kdo se mnou půjde za tím člověkem a vyřídí sociální věci nebo kdo mi s tím pomůže. A já se zase můžu věnovat jenom tomu svému oboru a pro mě je to příjemný.“*

Psychiatrické sestry hodnotí vyšší počet sociálních pracovníků v týmu jako výhodu, jelikož nedojde ke střetu názorů jednoho pracovníka se zdravotnickou částí týmu, ale dochází ke zhodnocení situace všemi sociálními pracovníky, kteří předkládají ucelený vhled zkombinovaný z mnoha pohledů.

Dochází ke sdílení zodpovědnosti, ucelenějšímu a komplexnějšímu pohledu na klienta a k lepšímu řešení krizových situací.

*„Je to i taková úleva, že tam je někdo, na koho se můžu obrátit s věcmi, které nejsou v mé kompetenci nebo kterým úplně nerozumím, že bych je musela složitě dohledávat třeba. A to platí i pro terén...“*

### **Změny oproti předchozí zkušenosti**

Oproti práci zdravotníka, který pracuje v přímé péči o klienta u lůžka, je změna dle respondentů značná, neboť v nemocničním zařízení je způsob práce dán, zde mají dle výpovědí „velkou svobodu v rozhodování“. Změna oproti předchozí zkušenosti je také ve způsobu rozhodování.

*„Když jsme byli v práci dva a přišlo něco, tak jsme se o tom bavili my dva. A pak zpětně jsme to rozebrali s někým dalším. A když přišla Blanka (vedoucí zdravotních sester), tak jsme se začali rozhodovat předtím, než jsme něco udělali, a víc v tom týmu. To bylo, jako když jsme byly samy sestry, no a teď, když jsme ještě se sociálními pracovníkama... začali jsme do toho mluvit všichni.“*

Multidisciplinarita přinesla zdravotníkům nové pohledy na situaci klienta, včetně možnosti poradit se v týmu. Velkou změnou byl příchod vedoucí zdravotních psychiatrických sester. Diskutující poznamenali, že oproti práci v psychiatrické nemocnici je zde absence standardů práce s klientem a direktivnější práce vedoucího pracovníka. Zodpovědnost v nemocnicích je vymezená, daná. Zde v týmu ji přebírá celý tým a v daných situacích člen týmu sám.

*„U lůžka bylo všechno daný, strukturovaný nějakýma standardama. A tady nepociťuju ty standardy. Možná už nějaký jsou, ale...“*

*„Hlavně se tady musíme naučit přijmout svou zodpovědnost. Někdy bylo jednodušší přijmout to rozhodnutí nadřízených a těch standard, co bylo pro celou nemocnici stejný a takhle se to bude dělat, protože takhle to vyžaduje zákon a takhle to vyžaduje chod té nemocnice, a prostě budeme to dělat všichni stejně... Ta práce u toho lůžka je výrazně jednodušší.“*

Zdravotníci referovali o vlastní zkušenosti ohledně odlišných přístupů ke klientovi, kdy v psychiatrických zařízeních se pacient podřizuje systémové péči, v péči CDZ se naopak péče co nejvíce snaží přiblížit potřebám klienta a danou péči mu co nejvíce přizpůsobit.

### **Role peer konzultanta**

Respondenti si uvědomují, že peer konzultant je ve své profesi sám oproti ostatním kolegům, kteří mají alespoň jednoho spolupracovníka se stejným profesním zázemím. I přes tuto absenci vnímají peera jako velmi otevřeného, který má možnost konzultovat cokoli s ostatními členy týmu.

*„Máme zkušenosti, že když má nějaký problém ta naše peer konzultantka, tak přijde, zeptá se a poradí se.“*

Přínos peerů je dle psychiatrických sester v jejich zkušenosti s nemocí, zejména pak pro ty klienty, kteří mají zkušenost se stejným onemocněním, jako měl sám peer konzultant. Svoji zkušenost dokáže sdílet s ostatními členy týmu, kterým autentičtěji popíše, jak se klient cítí a co prožívá. Pro klienty je osoba se stejnou zkušeností *„blíže a dokáže se i víc otevřít“*.

*„Ty klienti, kteří mají stejný problémy, jako měla ona, těm dokáže hlouběji pomoci než třeba my, který to neznáme.“*

*„Mně teda i pomůže, když třeba pak popíše ty svoje pocity z toho rozhovoru, že vlastně já přes ni můžu líp vnímat toho člověka.“*

Pozice peer konzultantky v týmu je dle respondentů přínosná. Ocenili by větší zpětnou vazbu od peer konzultanta ke své práci, například v oblasti komunikace s klientem.

*„Já bych vítala, kdyby nám víc dávala zpětnou vazbu. Ve smyslu – mluvíte hrozně nebo když tohle řeknete, je mi z toho úzko nebo je mi nepříjemně. Protože si myslím, že se takový situace dějou. A ona je taktní, tak nikoho nepeskuje. Takže já bych vítala, kdyby měla víc tuhle roli... mně by se líbilo, kdyby nám dávala zpětnou vazbu v tomhle smyslu, jak vidí to naše uvažování o klientech, čeho si ona všímá, co se jí třeba dotýká, a tak to bych si přála, aby se ještě nějak podpořilo.“*

Vzhledem k výši úvazku a faktu, že je v týmu ve své roli jediná, mohla by se současná peer konzultantka cítit osaměle. Diskutující zdravotníci však upřesnili, že jí je celý tým k dispozici pro konzultace a v běžném provozu se její profesní zařazení stírá.

*„To mi přijde nekorektní, že je sama. Protože pak je těžší tomu týmu říct něco, co může být vnímaný jako kritický hlas třeba. Kdyby byli dva, tak se v tom můžou podpořit nebo tak. Takhle to nemusí být snadný pro ni.“*

### **Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce**

Zdravotníci hovořili o situacích, kdy bilancují na hranici, zda určité úkony stále ještě spadají do kompetencí psychiatrické zdravotní sestry a zda mají ještě pomáhat a pečovat o klienta. Hranice jsou v tomto případě vnímány jako ubírání kompetencí a zplnomocňování klienta.

*„... a jestli je to vlastně pomoc tomu člověku, že někdy víc znamená vlastně tomu člověku ubírat jeho kompetence a jeho soběstačnost. Takže v okamžiku, kdy ho opečujeme ze shora, ze zdola, odvezeme, přivezeme, pomalu za něj dýcháme, tak vlastně ho ochromujeme. Vlastně mu beru tu jeho soběstačnost. A já to vidím, že ho mám podpořit, aby byl soběstačnější, samostatnější, aby žil hodnotnější život. Aby ten jeho život nebyl zapasovaný do té nemocnice na tom lůžku, do toho nemocničního řádu, kdy on teda se musí podvolovat. A on se nakonec podvolí a je to vlastně pro něj pohodlný, protože nic nemusí.“*

Zplnomocňování klienta by dle diskutujících zdravotníků mělo probíhat už v nemocnicích, aby nedošlo k zacyklení klienta mezi následnými službami, nemocniční péčí a běžným životem. Klient po propuštění z nemocnice není schopen čelit nárokům běžného života. Během pobytu v nemocničním zařízení ztrácí schopnost péče o své vlastní potřeby. Pobyt v nemocnici také znamená, že pacient nemusí utratit žádné peníze ze svého důchodu, tudíž je pro něj výhodnější

v nemocnici setrávat nebo se do ní opět vracet. Jak respondenti uvedli, zplnomocňování klienta v této problémové situaci nastává při kontaktu s centrem, kdy je klient veden k sestavení finančního plánu pro zajištění potřeb. Zdravotníci dále uvedli, že situace klienta bez finanční gramotnosti, popřípadě s finančními problémy pramenícími z dlouhodobého onemocnění, je překážkou pro efektivní práci členů týmu.

*„... já i vidím tu svoji roli v tom, že podpořím toho člověka, aby měl život kvalitnější, aby měl z něčeho radost, aby byl soběstačnej. Aby se co nejvíc integroval... a dokázal prožívat radost, protože to je něco, co mi přijde, že se v tý nemocnici vytrácí.“*

Psychiatrické sestry uvedly, že CDZ na Praze 8 pracuje v nepřetržitém provozu. Na nočních směnách se však střídá pouze zdravotnický personál spadající pod Psychiatrickou nemocnici Bohnice, kde též funguje nepřetržitý provoz. Sociální pracovníci jsou zaměstnanci Fokusu, který oproti nemocnici nefunguje v nočních směnách. Jak podotkla jedna z diskutujících, v současné době je to „otázka financí“. Dalším aspektem při noční službě je fakt, že podání medikace je možné pouze zdravotníkem. Diskutující se přiklání k názoru, že pokud by druhá část dostala možnost pracovat i v nočních směnách, tuto nabídku by pravděpodobně přijali.

*„Myslím si, že kdyby se podařilo úplně narovnat ty finance nebo způsob financování, že by některý sociální pracovníci měli možná zájem o noční směny.“*

*„Další otázkou trochu je to podání léků, protože tam to naráží na nějaký legislativní úpravy toho, co kdo smí dělat, co kdo smí podat.“*

Dle hodnocení zdravotníků je nepřetržitý provoz centra velkou výhodou pro klienty, a jak sami referují: „Již se to několikrát vyplatilo.“ Žádanou službou je telefonická intervence, kdy volají klienti, aby s někým pohovořili. Krizovými jsou též soboty a neděle.

*„... oni jsou hlavně rádi, že můžou zatelefonovat, takže volají poměrně často. A pak už se fakt několikrát stalo, že v noci přišli. Jedné paní jsme zachránili život díky tomu, že přišla. Předávkovaná lékama. Myslím, že to efekt má, ještě až tady budou lůžka, že jo, že...“*

*„A ještě soboty, neděle. Tak ty soboty, neděle poměrně dost využívají. Hlavně to jsou ty časy, kdy vlastně nic nefunguje. Mít otevřeno v době, kdy mají otevřeno i jiný zařízení, není taková výhra, jako když mají kam přijít v době, kdy právě nikam jinam přijít nemůžou.“*

Diskutující zdravotníci hovoří o tom, že se v komunikaci s ostatními zařízeními nebo například u rodin nemocného setkávají s tím, že nemají povědomí o tom, co Centrum duševního zdraví je a jaké služby nabízí. Povědomí mezi zaměstnanci nemocnice je také malé, je tedy přítěží se legitimovat a je zapotřebí zdlouhavě vysvětlovat, jak Centrum funguje. Referenti však hodnotí současnou situaci za zlepšující se.

*„Lidi nevědí, co to je CDZ. V nemocnici někdy nevědí, co to je CDZ, ale zlepšuje se to. Za ty roky, co to pozoruju, tak to povědomí o nás je lepší a ta naše pozice je lepší. A máme zkušenosti s lékařema a dlouhodobě třeba u klientů. Je vidět, že to bude lepší, si myslím. Ale někdy člověk si připadá jak cizinec ve své nemocnici.“*

*„Teď to hodně závisí, jestli člověk narazí na někoho, kdo je fanoušek změn psychiatrické péče, anebo na někoho, kdo si myslí, že to je úplně zbytečný vyhazování peněz, když to takhle zpolarizuju. V tom prvním případě se to daří dobře. Myslím, že máme vytipovaný lidi, se kterými víme, že je dobrá spolupráce, a pak známe lidi, se kterými víme, že to bude těžký. Ale je to, jak to říkal Zdeněk. Když to přeženu, je to trošku jako výchova toho okolí. Je to potřeba opakovaně vysvětlovat, co to vlastně děláme, co chceme, o co nám jde, jak moc budeme zasahovat tomu jinému člověku do jeho kompetencí, do jeho práce a naopak, co za něj dělat nebudeme třeba. Vyžaduje to hodně času, než si to vyjasníme s těma dalšíma stranama.“*

*„Tu pozici si budujeme... myslím, že je potřeba, abychom byli otevření a vstřícní.“*

Zdravotníci hovořili o problému, že stále nejsou dostatečně napojeni na návazné služby, oblasti a místa, do kterých multidisciplinární tým ještě neměl možnost proniknout. Současná komunikace s nemocnicí je snazší díky tomu, že všichni členové zdravotnické části přišli z psychiatrické nemocnice v Bohnicích s osobními kontakty, tudíž dobře funguje komunikace „skrze známé“. Blízkost psychiatrické nemocnice a profesní zakořeněnost členů zdravotní části týmu je určitým usnadněním v komunikaci a potřebném zasíťování na služby psychiatrické nemocnice.



*„... každý tam někoho zná, takže ty můstky se dají budovat takovou oklikou. A to je výhoda.“*

Za výhodnou zkušenost zdravotníci označili také znalost provozu a chodu celé nemocnice nebo předchozí kontakt s některými klienty, se kterými se posléze snadněji navazovala spolupráce.

*„... to jsem se setkala právě u sociálních pracovníků, že třeba někdy to hůř chápou, co vlastně to v té nemocnici dělají a proč oni nedělají to přesně, co si ten člověk přeje. A já třeba rozumím tomu, proč oni to tak dělají, jak to dělají. A mně to pomáhá... a i s těma klientama, že jsem je znala a oni věděli, že jsem ta, co se o ně starala před x lety tam a podobně.“*

### **Cíl práce s klientem**

Psychiatrické sestry hodnotí, že cíl je vnímán u všech členů týmu stejně. Dle nich je cílem myšleno to, že klient bude moci zůstat ve svém přirozeném prostředí a nebude potřebovat pobytové služby. Pojetí, jakým způsobem vytyčeného cíle dosáhnout, se liší v závislosti na profesi a na metodách práce. Sociální část multidisciplinárního týmu vnesla do péče o klienta „jiné důrazy“ odlišné od práce zdravotníků. Jak uvedli diskutující zdravotníci, obě části týmu se snaží provázat a vzájemně se od sebe v přístupech učí.

*„Jsou případně nějaký rozpory na té cestě. Tam já vnímám rozdíly a vnímám, že ti sociální pracovníci přinesli přeci jenom jiný důraz, než který v člověku může vypěstovat nemocnice, logicky, a že tohle to se nějak ladí. A tam jsou případně nějaký rozpory typu, jestli to ještě zkusit doma, nebo už je hospitalizovat. Ještě ho to nechat dělat samostatně, nebo mu v tom už pomáhat. Tam se můžeme lišit, ale v tom se můžou lišit v týmu i jako lidi.“*

Zdravotníci dále uvedli, že rozdílnost názorů není daná jen profesní příslušností, ale též vlastní jedinečností osob v týmu, které se od sebe vzájemně učí. Jak referovala jedna z diskutujících, vzájemné učení a znalost opačného profesního postoje jsou důležité pro vytváření týmu.

*„Skoro se mi zdá nebo já to tak vnímám, že poslední dobou je to stále víc osobní rozdíl než profesní. Tohle si myslím, že už se nějak promíchává, a to je něco, co třeba mě radost dělá. I já můžu uvažovat o jednotlivých lidech jako o jednotlivých lidech, ne jako o skupinách. Tak i sociální pracovníci v něčem jsou na zdravotnický pozici a obráceně. A to si myslím, že je hrozně důležitý moment tvorby toho týmu.“*

Diskutovaným tématem mezi zdravotníky bylo ukončování spolupráce s klientem. Ukončení jim není jasné, nejčastější způsob je změna bydliště klienta, nezájem klienta o další spolupráci se službou nebo nezájem o službu ve smyslu – navázání na CDZ, které jim umožňuje dřívější propuštění z nemocnice – formální navázání bez zájmu službu využívat. Dosavadní ukončování spolupráce bylo dle výpovědi zdravotníků „do ztracena“, kdy se četnost návštěv velmi zmenšovala, až úplně vymizela.

Jak dále sestry hodnotí, propouštění z péče ulehčí dostupnost návazných služeb, které budou suplovat konkrétní potřebu klienta.

*„... a to propouštění by bylo zase úplně jiný, kdyby byla možnost, co těm lidem nabídnout, řekněme v uvozovkách pokročilejšího. Když víte, že ho vlastně nemáte kam předat, tak je to problematický.“*

Ukončení spolupráce by mohlo nastat dříve, než jsou zdravotníci zvyklí, ale vyžaduje práci se vztahem, na kterou v nemocnici navyklí nebyli. Dle jejich názoru je na tomto novém kritériu ukončování spolupráce potřeba pracovat již od začátku navázání vztahu s klientem, při kterém by se současně pracovalo na jeho ukončení.

*„... ukončovalo by se o fous líp. Neříkám, že snadno, ale o fous líp, protože je to nějaký jasnější i mezi mnou a tím klientem. Když to rozjedeme jako, pojd'te, my vás tady máme rádi a budeme tady s váma, a najednou přijde to, že je to potřeba z nějakýho důvodu skončit, tak je to samozřejmě pak zraňující na obě strany si myslím. Že se to pak špatně ukončuje i těm sestrám, a nejenom sestrám.“*

Dalším „přáním“ zdravotníků pro klienty bez nároku na výplatu invalidního důchodu je, aby tento nárok vznikl. Fakt, že klienti řeší existenciální problémy, je přítěží pro efektivní práci členů týmu a stěžujícím faktorem na cestě k recovery. Jak diskutující zdravotníci hodnotí, chybí též návazná chráněná práce, ve které by měli klienti možnost vydělat si adekvátní peníze k pokrytí základních potřeb a náležitostí, jež dlouhodobé duševní onemocnění přináší, nejlépe však získání takového finančního obnosu, který by navíc pokryl volnočasové a jiné podpůrné aktivity.

## Kompetence v týmu

Role zdravotníků se nezaměřuje pouze na zdravotnickou péči, ale jak referovala jedna z psychiatrických sester, jedná se také o roli „*administrativního pracovníka, konzultanta pro klienty, kamarádku pro klienty, poradnu, průvodce, řidiče, uklízeče, kuchaře*“.

*„Teprve teď jsem pochopila, proč jsem všeobecná sestra.“*

Psychiatr je zdravotníky vnímán jako nejvyšší zdravotnická autorita. Kromě ambulance, kterou v rámci CDZ má, zastupuje také roli konzultanta pro členy týmu. Otázky nedobrovolné hospitalizace u klienta neřeší pouze lékař, ale je na zvážení celého týmu, jak se rozhodne. Jak zdravotníci uvedli, za jeden z hlavních hlasů v těchto otázkách je považován case manager klienta. Case manageri v týmu (zdravotníci a sociální pracovníci) řeší administrativní záležitosti ohledně klienta, koordinují péči o klienta v rámci týmu. Dle výpovědí zdravotníků bylo zvykem, že se „*všichni starají o všechny*“, zprvu tedy nebyli zvyklí vést case management s klientem.

*„Dříve to právě nebyla case práce, ale spíš to byla nějaká kolektivní péče. Takhle jsem to nějak vnímala nebo občas vnímám, že sestram občas dělá problém ten case, ve smyslu, jak to teda zkoordinovat, co mám dělat a že nemám čekat, až bude zle, ale mám dělat něco předem. Že to... obě dvě strany se potřebovaly něco naučit... Přitom ten terénní tým potřebuje oboje. Mít ty koordinátory těch případů a potřebuje mít i tu schopnost zareagovat prostě pružně bez ohledu na to, jestli ten case tam je, nebo není.“*

Jádrem celého multidisciplinárního týmu by dle diskutujících zdravotníků měl být terénní tým, který má k dispozici psychiatra, jedná se tedy o opak ambulantní péče. V okamžiku využívání pouze služeb psychiatra a nepotřebnosti služeb terénního týmu, by neměla pokračovat spolupráce klienta s multidisciplinárním týmem.

Psychiatr multidisciplinárního týmu by se měl dle názoru zdravotníků primárně starat o potřeby týmu, tedy poskytovat konzultace, a neměl by poskytovat pouze ambulantní péči. Obdobně vnímají pozici psychologa v týmu, který je prvotně k dispozici klientům týmu a potřebám jednotlivých členů týmu.

*„... je tam v určitý konzultační roli toho týmu a neměl by si vést svoji samostatnou ambulanci nebo mít klienty, kteří chodí jenom k němu. Stejně tak si myslím, že by psycholog terénního týmu neměl mít své klienty, ať už v psychoterapii, nebo v nějaký jiný formě jako podpory, protože si myslím, že by měl tu kapacitu mít volnou pro všechny klienty týmu, co zrovna potřebují, a u psychologů ještě taky pro ten tým.“*

## **Komunikace v týmu**

Za možnou problematickou oblast označili zdravotníci nemožnost rozpoznat klienta v sociální databázi, kdy je zde klient označen jako anonym. Tudíž není možné přiřadit sociální úkon k danému klientovi, což zhoršuje dostupnost informací hlavně směrem ke case managerovi. Tyto problémy by dle diskutujících zdravotníků mělo vyřešit sloučení dokumentací za pomoci softwarů v tabletech. Diskutovaným tématem mezi psychiatrickými sestrami bylo předávání informací case managerovi klienta. Rozpor byl mezi názory, zda by informace case managerovi klienta měli podávat členové týmu, kteří s klientem pracovali, nebo zda by se měl daný case manager informovat sám u jednotlivých kolegů, kteří komunikovali s klientem.

*„A to je právě rozdíl v pojetí toho case, že já si myslím, že case by se měl ptát těch lidí. Ne že by měl tolik čekat, až za ním přijdou a sdělej mu, o čem s tím klientem mluvili. A že on by se měl ptát.“*

*„Někdy, když se ptám, tak ne vždycky se doberu ke zdárnému konci. To není jako že... to už ve výsledku se vlastně snažíme ptát, aby jsme se něco dozvěděli.“*

Zdravotníci hodnotí, že k předávání informací slouží ranní porady, kde se probírají akutní případy. Pokud má někdo ze zdravotníků noční službu, předávají si informace až během služby. Diskutující zdravotníci vypověděli, že není v jejich možnostech, aby během volna po noční službě byli přítomni na ranních poradách. Informace tedy získávají z dostupných databází a přes přímou komunikaci s někým z kolegů. Nepravidelná přítomnost zdravotníků, kteří slouží v nočních směnách, zapříčiňuje dle jedné z referentek menší dostupnost informací. Zdravotníci dále uvedli, že při množství událostí, které se během denního provozu stanou, není v lidských silách doplnit všechny informace o provedených úkonech. Tyto situace „se řeší ad hoc“.

Přístup k informacím by měl řešit tablet, ve kterém budou sloučené záznamy z databází a další potřebné informace o klientech.

Zdravotníci by ocenili menší multidisciplinární tým s menší spádovou oblastí a četnějším kontaktem v rámci týmu. Za efektivní pro práci týmu označili diskutující sestry sdílení více odborníků, kteří jsou k dispozici více týmům – adiktologa, pracovníka pro oblast zaměstnávání apod. Ideální pro spolupráci označují zdravotníci stav, kdy by všichni členové týmu měli psychoterapeutické vzdělání.

### **Souhrn výpovědí – psychiatrické sestry**

Zdravotníci označují multidisciplinaritu v termínu **komplexnost** v poskytované péči, zejména díky **mezioborové spolupráci a možnosti konzultovat** s jinými profesionály v týmu. Dle jejich výpovědi dochází ke sdílení zodpovědnosti a dochází k **ucelenějšímu a komplexnějšímu pohledu** na klienta. Vnímají zde prostor pro **lepší řešení krizových situací**.

V týmu zdravotníci oceňují možnost **svobodnějšího a sdíleného rozhodování v péči** o klienta. Psychiatrické sestry negativně hodnotí **absenci standardů práce s klientem a direktivního vedení**. Za velkou výhodu považují **příchod vedoucí psychiatrických sester**. V nemocničním zařízení se klient podřizuje systému instituce, zde se péče co nejvíce **podřizuje potřebám klienta**.

Přínos peerské role vnímají psychiatrické sestry ve zkušenosti s nemocí, kdy tuto **zkušenost dokáže peer sdílet s ostatními kolegy a autentičtěji dokáže popsat prožitek a pocity klienta**. Zkušenost s konkrétní nemocí hodnotí jako přínosnou zejména pro klienty s obdobným onemocněním. Sestry by ocenily **větší zpětnou vazbu od peera v oblasti komunikace profesionálů s klienty**.

Zdravotníci vnímají **nejasné nastavení hranic a kompetencí pozice psychiatrické sestry**, a to do jaké míry by měla pečovat o klienta, aby nedošlo k ubírání jeho kompetencí, ale naopak aby docházelo k jeho zplnomocňování. Dále považují za nutné, aby **zplnomocňování klienta** probíhalo **již v nemocnicích**, aby se předcházelo zacyklení mezi návaznými službami a zdravotnickým zařízením. Efektivní práci ztěžuje zdravotníkům **socioekonomická zátěž klientů**. **Nepřetržitý provoz CDZ považují za velkou výhodu** pro klienty v krizových situacích. Za komplikaci efektivní práce zdravotníci označili **neinformovanost ostatních zařízení a rodin**

**klientů o nabídce služeb** Centra, taktéž nemocnice v Bohnicích, kde neznají nabídku služeb Centra, a stále je nutné **tuto nabídku prosazovat a vysvětlovat**. Psychiatrické sestry vnímají **nedostatečné navázání na ostatní služby**, totéž platí pro některé oblasti a místa spadající pod multidisciplinární tým. Za výhodné považují **znalost provozu nemocnice a předchozí kontakt** s některými klienty.

Zdravotníci vnímají, že k dosažení cíle používá každá profese v týmu jiné metody, dochází však k **vzájemnému provázání a učení se**. Dále hovoří o tom, že **není definováno ukončení spolupráce s klientem**, doposud se četnost návštěv klienta snižovala, až úplně vymizela. Za nutné pro ukončení spolupráce s klientem považují **práci se vztahem** již od prvního kontaktu. Jako stěžující faktor označují zdravotníci **socioekonomický status klienta a absenci návazných služeb**.

Za nedobrovolnou hospitalizací stojí **rozhodnutí celého týmu s důrazem na názor case managera** klienta. Psychiatrické sestry nebyly zvyklé na roli case managera, vypověděly, že tu se stále učí. Za **jádro multidisciplinárního týmu** považují **terénní tým**, jehož součástí je psychiatr. Lékař a psycholog by dle jejich názoru měli primárně působit jako **konzultanti pro tým**.

Za problematickou oblast v komunikaci zdravotníci považují **nemožnost rozpoznat klienta v sociální databázi**. Řešením by mělo být **sloučení databází** skrze software v elektronických tabletech. Dále sestry vnímají určité nejasnosti v tom ohledu, zda **předávat informace case managerovi** automaticky po intervenci s příslušným klientem, nebo zda by se case manager měl u jednotlivých členů informovat sám. Pro zjednodušení komunikace a lepší předávání informací považují možnost využívat **elektronické tablety**, které má tým k dispozici, ale **učí se je využívat**.

## 7.2 Sociální pracovníce

V týmu pracuje šest sociálních pracovníků s předchozími zkušenostmi z komunitního týmu Sever Fokus Praha, pod kterým doposud fungují. V týmu také působí jako case managerky – klíčové pracovníce pro klienty. Pro účely tohoto výzkumného šetření bude skupina sociálních pracovníků označována jako „sociální část týmu“. I v tomto případě jedna sociální pracovníce zastává post vedoucího pracovníka subtýmu, kterého je součástí. Se skupinou sociálních pracovníků byla provedena focus group.

### Specifika multidisciplinární spolupráce

Sociální pracovníce hodnotí, že sloučení dvou zaběhnutých týmů přineslo změnu v rozšíření pohledu na další aspekty práce s klientem ze zdravotnického pohledu. Respondentky mají možnost konzultovat veškeré otázky ze zdravotnické oblasti s lékařem, který je přítomen.

Diskutující sociální pracovníce podotkly, že sociální část týmu má část svého úvazku pod PN Bohnice, tudíž má možnost nahlížet do zdravotnické databáze Medicus, kde mohou najít informace o klientech, kteří jsou i v jejich péči. Stejnou možnost mají i zdravotníci, jejichž část úvazku je z téhož důvodu v oblasti sociální (pod Fokusem), též mají možnost nahlížet do databáze Highlander, kterou využívají nezdravotnické profese k výkazu o výkonu. Tímto odpadá nutnost získat souhlas klienta pro nahlížení do jeho osobní složky s informacemi o jeho zdravotním stavu, proběhlých konzultacích atp.

*„... výhodou je, že tím, že máme část úvazku pod Bohnicema, máme možnost nahlížet do zdravotnické databáze, tak to mají i zdravotníci opačně. Takhle to je taky kvůli tomu, abychom mohli do té jejich databáze.“*

Respondentky vidí výhodu v tom, že se nebojí jít zkontaktovat klienty do PN Bohnice a k jiným psychiatrům, jelikož patří pod multidisciplinární tým, kde je součástí lékař. Zjednodušuje se tím přijetí klientů do péče týmu, rozšířilo se podvědomí o službě mezi pacienty a personálem PN Bohnice, tudíž první kontakt s CDZ je snazší.

## **Změny oproti předchozí zkušenosti**

Vznik multidisciplinárního týmu přinesl sociálním pracovnícím možnost, jak nabídnout klientům více služeb v rámci jednoho místa. Od klientů mají velmi dobré zpětné vazby ohledně práce multidisciplinárního týmu a služeb, které jim nabízí. Sami pracovníce hodnotí tuto komplexnost služeb za nejpřínosnější, zejména kdy klient může v akutní fázi najít v týmu nejen krizovou intervenci, ale psychickou podporu, psychiatrickou pomoc nebo po navázání spolupráce psychoterapii nebo například podporu v oblasti zaměstnávání. CDZ tvoří komplexní systém a provázanost služeb, které lze klientovi při navázání spolupráce nabídnout.

Velmi užitečnou službou je z pohledu respondentek nepřetržitá provozní doba (24 hodin denně po celý týden), která umožňuje klientovi najít pomoc během celého dne. Klient může přijít osobně nebo může s pracovníkem hovořit telefonicky. Slabinu této služby vidí sociální pracovníce v odlišných směnách jednotlivých pracovníků. Zejména se pak jedná o různost směn psychiatrických sester a nemožnost sdílení informací o daných klientech, kteří navštívili službu v nepřítomnosti ostatních, často klíčových pracovníků. Různost směn tedy často znemožňuje účast na společných poradách, které probíhají v pravidelných termínech. Další riziko vidí v nedostižnosti case managera klienta, pokud má noční službu, a tudíž není přítomen ve dne.

*„... ten klient sem pak přijde, ale toho case managera tady nezastihne, protože je třeba po noční. A tak ten klient sem může chodit třeba obden, ale toho svého case tady nezastihne, protože má noční.“*

*„Ten klient toho klíčovýho pracovníka zastihne jen v určitý termíny, což může být nepohodlný. Pak to vede k tomu, že se naváže na někoho z nás, kdo jsme tady často, a může to vypadat tak, že někdo někomu přebere toho klienta. Ale ono to tak vyplyne, když sem ten klient chodí hodně často a my jsme tady často a ten jeho case je tady jen jednou za týden nebo čtrnáct dní.“*

## **Role peer konzultanta**

Sociální pracovníce uvedly, že multidisciplinární tým v CDZ má v současné době pouze jednoho peer pracovníka na necelý poloviční úvazek. Jeho pozici v týmu respondentky vnímají jako nezbytnou a velmi přínosnou. Přínosná je nejen vlastní zkušenost, ale jak dále hodnotí,



také autenticita a nepříslušnost k žádné z profesí v týmu. Podstatu tohoto poslání považují za nezastupitelnou, avšak diskutující sociální pracovníce stále nevědí, kde jsou určité hranice a kompetence peer pracovníka. Výši úvazku peer pracovníka považují za nedostatečnou pro potřeby týmu. Tudíž by dle jejich názorů bylo třeba nabrat dalšího peer pracovníka do týmu, popřípadě stávající peer konzultantce navýšit úvazek. Dalším nedostatkem souvisejícím s výši úvazku je i obtížná zastizitelnost peera a jeho nepravidelná přítomnost na společných poradách.

*„... já bych třeba byla hrozně ráda, kdyby ona byla na těch poradách, protože ten její hlas je tam důležitý. I to, že se s ní třeba potřebuju rychle o něčem poradit, ale prostě tam není, ale to je tím polovičním úvazkem, a proto nemá jasně dané, kdy tu bude.“*

Názory peera hodnotí diskutující sociální pracovníce jako velmi přínosný, zejména proto, že by se s peerem potřebovaly poradit o klientech. Přínos peer pracovníka vidí respondentky v autentické výpovědi své zkušenosti, a především v možnosti konzultovat způsob práce jednotlivých členů týmu. Konzultace s peerem umožní pracovníkům zprostředkovaně se více vžít do situace klienta, a tím lépe přizpůsobit metody práce.

*„... ona to řekne tak, jak to je, já se cejtí takhle a takhle, tak to tomu klientovi taky musíš říct. My používáme ty naše postupy, jestli se tomu dá tak říkat, ale ona to bere tak, jak to zná. My v té situaci nebyly, takže nemůžeme říct, jaké to je.“*

Pracovnice hodnotí, že je nedostatek času s peerem konzultovat. To se dle jejich názoru odvíjí od výše úvazku a také nevymezenou pracovní pozicí, tedy neznalostí kompetencí peera. Tato nejistota je dle respondentek zapříčiněna tím, že role peer pracovníka je v této oblasti novou profesí, tudíž není tak zřetelné, co je jeho náplní práce. Problémem by mohla být nedostatečná vzájemná komunikace, přetížení nebo nemožnost probrat profesní zátěž s jinou stejně kompetentní osobou.

*„... je pravda, že ona tady nemá někoho, na koho se může obrátit. Samozřejmě se může obrátit na nás, ale my jsme už jiná profese, takže to děláme jinak. Bylo by fajn, aby měla k sobě někoho v roli, jako je ona, aby mohla za ním zajít a probrat, jak to peer dělá. My to s ní neprobereme z jejího pohledu, tak snad to aspoň probírá na těch peerovských supervizích, ale to je s peerama z jiných zařízení...“*

*„... a klienti se po ní ptají, takže tak nějak víme, že to dělá dobře.“*

Z pohledu diskutujících sociálních pracovníků by peer pracovník měl mít k sobě stejně kompetentní osobu (dalšího peera v týmu), aby měl možnost diskutovat s kolegou se stejnou zkušeností. Bylo by vhodné, aby peer měl možnost supervizních setkávání s jinými peer konzultanty (v současné době má peer možnost chodit na společné setkání peer pracovníků z jiných zařízení).

*„Když vyjedeme ke klientovi, tak já chci, aby se k tomu peer taky v terénu vyjádřil, ale nevím, jestli toho na něj není moc, když to po něm chci, jestli ho tím nepřetěžuju, nevím, kde má ty hranice, ale možná to neví on sám...“*

### **Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce**

Vzhledem k lokaci má CDZ dle sociálních pracovníků velmi dobré vztahy s PN Bohnice, kde jejich služby pracovníci Bohnic znají. Respondentky vypověděly, že se setkávají i s žádostmi od potenciálních uchazečů o službu nebo od psychiatrů, zda by konkrétního klienta přijali do péče. CDZ však bere klienty pouze z Prahy 8. Pokud je třeba, komunikují i s rodinami klientů a s ostatními službami, se kterými klient spolupracuje.

Diskutující sociální pracovníce hodnotí, že vztahy s okolím jsou intenzivní, zejména pokud je potřeba spolupracovat s rodinou klienta nebo s ostatními (návaznými) službami. Problémy by mohly nastat, pokud není člen týmu zvyklý jednat s celou rodinou. Tomu by se dle respondentek dalo předcházet vzděláváním v oblasti rodinné terapie. Jak však vypověděly, kontakt s okolím není problém, záleží však na jednotlivých členech týmu

*„... to je strašně moc individuální. Ale vztahy máme dobré, když je potřeba, tak pracujeme s celou rodinou. Ale je to vážně individuální.“*

*„Snažíme se zapojovat ty kolegy, kteří už mají zkušenost s rodinnou terapií, nebo v ní mají výcvik. Ono je to totiž docela náročné.“*

Sociální pracovníce uvedly, že navázání klienta na službu CDZ bývá nejčastěji z nemocnice v Bohnicích, kde se povědomí o fungování a nabídce služeb CDZ rozšířilo jak mezi personál,

tak mezi klienty. V případě, že je potenciální klient hospitalizovaný, pracovník CDZ ho navštíví na pavilonu a v případě zájmu předjedná budoucí spolupráci.

### **Cíl práce s klientem**

Respondentky vypověděly, že po navázání kontaktu s klientem se konkrétně nedefinuje zakázka. Respektive klient se ošetří v akutní fázi, zakázka vyplývá z potřeb klienta, které sdělí personálu. Ze zkušenosti sociálních pracovníků se zakázka objevuje až v průběhu spolupráce. Po ošetření v akutních oblastech nabízejí diskutující sociální pracovníce klientům další možnosti, které v rámci spolupráce s CDZ může využít. Dále diskutující vypověděly, že by ideálním řešením bylo sestavit s klientem individuální plán. Ten by mapoval přání klienta, se kterým by celý tým prodiskutoval dílčí kroky k dosažení cílů.

*„... kdybych měla kouzelný proutek, ideálně by to vypadalo tak, že si jako tým sedneme s klientem a vyslechneme, co on by si přál... a tak s ním mohli sestavit něco jako případový plán, co on si přeje, ne, jak si to přejeme my, ale jak to chce on a jak mu můžeme být my nápomocní, a na tom společně pracovat.“*

*„Pro klienta by to byla i taková zpětná vazba, když by si po splnění těch cílů řekl, jak daleko už ušel a co všechno se mu podařilo zvládnout.“*

*„Ten klient by měl jednoho klíčového pracovníka, ale k dispozici by mu byli všichni z týmu...“*

Jak sociální pracovníce uvádějí, cíl práce mají všichni v týmu stejný, a to zlepšit kvalitu života daného klienta. Ovšem dále hodnotí, že každá profese využívá vlastní metody k dosažení cíle. Zakázka však nebývá klientem vyslovena, utváří se v rámci spolupráce s profesionály.

Diskutující pracovníce zmínily nejasnost v ukončení práce s klientem. Dle jejich názoru chybí krizový plán a hranice určující do jaké míry může klient využívat dílčí části služby. Do budoucna hodnotí jako potřebné specifikovat kritéria pro ukončení spolupráce s klientem a možnosti využívání dílčích částí služby multidisciplinárního týmu. Optimálním řešením by dle sociálních pracovníků bylo kritérium pro službu, kdy klient může využívat služby pouze celého týmu, ne pouze jednu jeho službu. Tím by se eliminovalo přetížení jednotlivých složek týmu.

*„Máme klienty, co sem chodí třeba jednou za měsíc k psychiatrovi jen pro léky. Jenže tenhle klient zabírá čas lékaře pro klienty, kteří ho potřebují akutněji. Vždyť tenhle klient může mít svého ambulantního psychiatra, kam si bude chodit pro léky... dal by prostor klientům, kteří chtějí využívat všechny služby multidisciplinárního týmu.“*

Pohled na cíl péče je dle respondentek ve všech profesích stejný. Způsob práce, kterým disponuje každá profese specificky, se liší. Diskutující sociální pracovníce tak upozornily na fakt, že by se pohled na *recovery* měl více sjednotit.

*„Zdravotníci řeší tu akutní fázi, my s klientama jdeme hodně, hodně do hloubky problému. Možná je to paradoxní, ale mohlo by se zdát, že zdravotníci jsou víc strukturovaní...ale jsme to my, kdo potřebujeme mít větší strukturu té práce. Když jednáme o klientovi, tak oni nepotřebují se s nimi vídat pravidelně, my to zase chceme, abychom viděli, jak se posouvá.“*

Za problémovou oblast označily sociální pracovníce odlišný pohled všech profesí na cestu k uzdravení. Zjednodušeně řečeno, zdravotnické profese by se dle respondentek měly vzdělávat v oblasti sociální práce s klientem, tudíž by i snáze pochopily způsob práce nezdravotnických profesí. Velkou výhodu však vidí v case managementu, který je komplexnější a *„má záběr do všech oblastí práce s klientem“*.

Zdravotnická část týmu je dle respondentek praktičtěji zaměřená a *„ví, co klient potřebuje a jak mu k tomu dopomocť.“* Jak diskutující sociální pracovníce uvedly, je na klientovi, aby své potřeby v případě zájmu sdělil a popřípadě je pomocí pracovníků naplnil. Diskutující vidí praktičnost zdravotníků jako přínosnou u klientů v krizi, kdy sociálně zaměřenými pracovníci nemají ve zvyku zasahovat. Klient v tomto stavu často není schopen rozhodovat se, v těchto situacích je ceněn direktivnější styl práce zdravotníků. Respondentky sdělily, že je zcela přirozené mít odlišné přístupy v práci s klientem. Dle jejich hodnocení je vhodná propojenost obou přístupů, která přináší komplexnost péče.

*„Myslím, že jsme na zlomu v té propojenosti v přístupech, takže věřím, že se to začne dobře propojovat.“*

Sociální pracovníce uvedly, že odlišný pohled na cestu k uzdravení není limitující. Avšak dle jejich názoru by společnou komunikaci usnadnilo vzdělávání zdravotnických profesí z nezdravotnické oblasti.

*„A pomohla by i otevřenosti ke vzdělávání z té naší oblasti, nebo nějaké společné... hlavně v tom case managementu.“*

*„Ideální by bylo, aby každý měl toho svého case, který s ním má nějakou dohodu a nějaký plán... aby ten case vedl víc ten svůj případ. A zasílá je na lidi v týmu nebo někde jinde, že je v kontaktu s tím jeho ambulantem anebo s někým z rodiny.“*

### **Kompetence v týmu**

Za přínosné v multidisciplinární spolupráci označily respondentky spolurozhodování o klientovi zdravotnické a sociální části týmu. Zejména pak v oblasti medikace, potřeby hospitalizace nebo například nutnosti další intervence.

*„Kdo má odpovědnost... tohle vždycky řešíme s doktorem, a ten na náš názor dá, takže to je společné rozhodnutí, prostě si vyslechne náš názor a podle toho se rozhoduje.“*

Diskutovaným tématem mezi sociálními pracovníci byla hierarchie v týmu. Problémovou oblastí se zdá být rozdílný systém financování jednotlivých pracovníků, který přináší určitou hierarchizaci v týmu. Tato asymetrie rolí dle sociálních pracovníků také zapříčiňuje odlišné vnímání jednotlivých profesí. Dle respondentek je tato *platově nastavená hierarchie* nežádoucím faktorem pro optimální multidisciplinární spolupráci. Rozdílné financování (zdravotnická část týmu je placena z peněz Ministerstva zdravotnictví, sociální část týmu z Ministerstva práce a sociálních věcí) zapříčiňuje rozdílné vnímání rolí v týmu, z čehož vyplývá rozdílné vnímání odpovědnosti a kompetencí.

*„Myslím si, že ty sestry jsou už ze školy naučené, že co řekne doktor, je svaté, takže pak náš názor není tak důležitý.“*

*„... takže kdyby se srovnal ten systém financování a my měli v týmu všichni stejné peníze, rozhodně by se tím změnilo hodně, ať už ve smyslu odpovědnosti, nebo i těch kompetencí, kam až která profese sahá, a že všechny názory jsou odborné a mají svoje oprávnění.“*

Legislativní nároky, kdy tým musí vyhovět požadavkům různých ministerstev, rozdílné systémy vykazování a odlišné finanční ohodnocení nesou rozdíly mezi jednotlivými profesemi v týmu, tudíž vytváří i rozdílné podmínky práce. Tyto aspekty dle pracovníků částečně ovlivňují „fungování týmu jako týmu“.

Počet sociálních pracovníků a zdravotních sester výrazně převažuje počet lékařů v týmu. V současné době je v týmu pouze jeden psychiatr. Dle sociálních pracovníků by tento počet mohl být limitující zejména v oblasti terénní práce. Z pohledu respondentek by bylo vhodné navýšit počet psychiatrů alespoň o jednoho, který by doplnil stávající službu psychiatra, a zároveň by alespoň jeden měl možnost vyjet s dalšími pracovníky do terénu. Tímto by došlo k posílení zdravotního týmu a nároky na práci stávajícího psychiatra by se s příchodem dalšího zmenšily.

*„Já se jdu často jenom poradit, ale on má pocit, že jdu s něčím, co neumím vyřešit, přitom já chci jenom znát jeho názor. Ale on toho má prostě moc, takže na tyhle věci pak nemá čas a má pocit, že jdu jenom na něj přehodit něco, co on si myslí, že nezvládnou...“*

Pro řešení problémových oblastí, které jsou spojeny s prací multidisciplinárního týmu, považují diskutující pracovníci za vhodné zavést společné porady vedoucích členů týmu. S tímto tématem souvisí absence jednoho vedoucího pracovníka, který by navenek zastupoval celý tým, delegoval kompetence a napomáhal chodu celého týmu.

### **Komunikace v týmu**

Za nejasnou oblast označily diskutující sociální pracovníci systém vykazování výkonů, které komplikuje sdílení a předávání informací. Jako vhodné řešení označily sloučení či vytvoření nového vykazovacího systému pro všechny profese. Zejména se jedná o oblast práce v terénu, kdy je dle jejich názoru náročné tuto službu vykazovat.

V současné době má tým k dispozici tablety, se kterými se učí pracovat. Do budoucna je respondentky vnímají jako velmi přínosné. Tablety by mohly pomoci při zápisu týmových porad nebo k zřehlednění zápisu o klientovi z obou vykazovacích systémů.

*„... když se naučíme používat ty tablety. Člověk se pak podívá do složky o tom klientovi, tam by byl zápis jak od lékaře, tak třeba od sociálního pracovníka, takže kdokoli by k tomu měl přístup, věděl by, jak na tom ten klient je, co se zrovna ohledně něj děje, a strašně by to zjednodušilo to složité hledání jednotlivých zápisů o klientovi. Takhle by to celé bylo na jednom místě.“*

Frekvenci společných porad hodnotí sociální pracovníce jako dostačující na úkor péče o klienta. Dalším krokem pro zlepšení komunikace nejen mezi pracovníky týmu, ale také směrem od klientů by dle jejich názoru bylo vytvoření hodnotícího dotazníku pro klienty, který by zvyšoval kvalitu služby a podával zpětnou vazbu pro práci dílčích částí týmu.

### **Souhrn výpovědí – sociální pracovníce**

Sloučení dvou zaběhnutých týmů považují sociální pracovníce za **rozšíření pohledu na práci s klientem**. Za vhodné považují **možnost konzultovat** zdravotní záležitosti s lékařem. Hovoří o možnosti **vzájemně nahlížet do databází**, což je příležitost lépe se informovat o úkonech s klienty. Sociální část týmu hodnotí, že **navázání spolupráce** s PN Bohnice probíhá **snadněji**, zejména díky **přítomnosti lékaře v týmu**.

Vznik týmu dle respondentek **rozšířil nabídku služeb** v rámci jednoho místa. Nabídku považují za **komplexnější a provázanější**, díky rozšíření o psychoterapii, zdravotní péči nebo podporu v oblasti zaměstnávání. Za velmi užitečné označily pracovníce **nepřetržitý provoz**, avšak pracovníci v nočních směnách nejsou přítomni na společných poradách, tudíž je **nemožné uceleně předávat informace** o klientech. Jako další riziko způsobené odlišností směn vnímají **nemožnost zastihnout case managera klienta** v případě potřeby.

Za velký přínos peer konzultantky označují **autenticitu** a **nepříslušnost k žádné profesi** v týmu. **Jedinečnost** peera jim znesnadňuje rozpoznat **hranice a kompetence** této pozice. **Výši jeho úvazku považují za nedostačující potřebám týmu**; dle názoru sociálních pracovníc znemožňuje pravidelné výjezdy do terénu, pravidelnou přítomnost na poradách nebo možnost konzultace práce s klienty. Dále pracovníce hovoří o tom, že neznalost peerské pozice by mohla zapříčinit

**přetížení peera.** Dle jejich názoru *absence kolegy* na téže pozici nedovolí konzultovat práci na stejné úrovni. Za vhodné řešení považují *přijmout do týmu stejně kompetentní osobu.*

Vzhledem k lokalitě Centra vnímají sociální pracovníce vztahy s PN Bohnice jako *dobré. Intenzivněji navazují kontakt s rodinami* klientů. Problémová situace by mohla nastat ve chvíli, kdy člen týmu *neumí pracovat* s celou rodinou. Pro snadnější řešení těchto situací vnímají potřebu *vzdělávání týmu v oblasti rodinné terapie.*

Pracovnice hovoří o tom, že zakázka klienta nejčastěji *vyplývá z jeho potřeb.* Negativně vnímají *absenci individuálního plánu s klientem,* který by mapoval jeho přání; dosahování dílčích cílů by se diskutovalo s celým týmem. Za obecný cíl práce s klientem označují *zlepšení kvality* života daného jedince. *Postrádají krizové plány klientů* a stanovení míry, do jaké mohou *využívat pouze dílčí části služby* multidisciplinárního týmu. Za efektivní řešení považují sociální pracovníce nastavení *kritéria služby,* čímž by se eliminovalo přetížení některé ze složek týmu. Hodnotí, že by se měl více *sjednotit pohled na recovery,* zejména ve způsobu jeho dosahování. Pro lepší provázanost služeb by dle respondentek prospělo *vzdělávání zdravotnických profesí v sociální oblasti a case managementu.*

Respondentky vnímají, že práci týmu zefektivňuje *spolurozhodování členů týmu* o medikaci, hospitalizaci a dalších intervencích. V multidisciplinární spolupráci považují za limitující *odlišný způsob financování* jednotlivých členů, který přináší určitou *hierarchizaci v týmu.* Tento faktor považují za nežádoucí element, který zapříčiňuje *odlišné vnímání rolí* a s tím související *vnímání odpovědnosti a kompetencí.* Odlišné legislativní podmínky, rozdílné systémy vykazování úkonů a nestejnoroelé finanční ohodnocení považují diskutující pracovníce za *překážku v optimálním fungování* týmu. Přínosné by dle jejich názoru bylo *navýšit počet psychiatrů,* přičemž jeden by mohl vyjíždět do terénu. Negativně hodnotí *absenci vedoucího celého týmu,* který by navenek tým zastupoval, delegoval kompetence a směřoval chod celého multidisciplinárního týmu.

Práci sociálních pracovníc *znesnadňuje systém vykazování úkonů,* které je vedené ve dvou databázích, zejména pak vykazování práce v terénu. Situaci by dle jejich výpovědi mohl řešit *společný vykazovací systém* nebo *sloučení databází* do jedné.



### 7.3 Psycholožky

Společný rozhovor probíhal se dvěma psycholožkami, které do multidisciplinárního týmu přišly s odlišnou předchozí pracovní zkušeností. Jedna respondentka již zkušenost s prací v multiprofesním týmu má z předchozího zaměstnání, a to na lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice. Druhá referentka přišla z neziskového sektoru. Za primární náplň práce s klienty označily respondentky poskytování psychoterapie.

#### Specifika multidisciplinární spolupráce

Za specifické pro multidisciplinární spolupráci považují psycholožky distribuci zodpovědnosti a kompetencí mezi jednotlivé části týmu, včetně možnosti konzultovat. Tyto aspekty dle respondentek přispívají k lepší psychohygieně každého člena týmu.

*„... a výhoda psychohygieny. Nemusí to být žádný hluboký setkání, ale někdy stačí jen pár vět, kdy si třeba řeknete o posledním vývoji toho, kdo spolupracuje taky s váma...“*

Psycholožky do týmu přinesly možnost intervize, která je dostupná všem členům týmu. Specifickou úlohu mají psycholožky v týmu, kdy se věnují též péči o kolegy.

*„Já to vnímám za sebe i tak, že každé ten člen toho týmu, včetně psychologa, je nějaký hlas do té společné hudby o těch klientech, která se nějak rozeznívá. A teď mluvíme hodně i o tom, že specifická funkce toho psychologa v tom týmu je starat se o ty kolegy. Vzhledem k té profesi je to nějaká úloha, která připadá na nás, my si ji vlastně teďka nějak – se to tvaruje, začaly jsme dělat intervize třeba, který vedeme, a myslím si, že je to zase podpora těch lidí jiným způsobem. Že vlastně v rámci těch porad nejde jenom o klienty, ale že jsme citlivější na to, když jsou kolegové unavený, a to je takový naše specifikum...“*

Dle hodnocení psycholožek přináší jedinečnost každého v týmu a škála profesionálů setkávajících se v týmu jistě „*třetí plochy*“, které však označily za potřebné a běžné při tvorbě takového multidisciplinárního týmu. Jak dále uvádějí, rozdělení úkolů a kompetencí mezi jednotlivé profese v týmu zamezuje vzniku určité „*rivality, kdo, co, s kým dělá*“.

*„... a je to o tom, jak si to rozdělíte, tu péči o toho jednoho klienta, abyste se nějak nedublovali třeba.“*

*„I třeba ve chvíli, kdy jsme se spojovaly, ty týmy, tak bylo tady několik klientů, který prostě měli svého case managera v té sociální oblasti a zároveň se o něj staral někdo ze zdravotníků. A ve chvíli, kdy byl i ten sociální pracovník a zdravotník na jednom pracovišti a vlastně třeba přišly společný setkání, tak se tam muselo hodně vyjednávat, co kdo bude dělat.“*

### **Změny oproti předchozí zkušenosti**

Jak sdělila jedna z psychologek, oproti předchozí zkušenosti z multidisciplinárního týmu je zde zařazena pozice case managera. Sociální část týmu byla v předchozím zaměstnání zastoupena jedním sociálním pracovníkem na oddělení, v nynějším týmu je tato složka posílena. Hodnotí, že odlišná je též hierarchie postavení jednotlivých profesí v týmu, přičemž v nemocničních zařízeních je tradičně nejvyšší autoritou primář, dále vedoucí dílčích oddělení, následováni dalšími odborníky. Tato hierarchizace se v současném týmu stírá. Dle respondentek je současný způsob spolupráce profesionálů komplexnější, rovnější si navzájem a s provázanějšími komunikačními kanály. Týmová spolupráce byla označena za „pružnější“.

*„... ve směru komunikace, kudy to jde. Tady je to vlastně víc horizontální. Jakoby si ty informace předáváme více po té horizontální rovině než směrem jako ze shora. Taky to funguje jako nějaký vertikální směr, ale v zásadě spolupracují ty členové týmu víc navzájem.“*

*„Někdy, když jde o nějakýho klienta, tak se vlastně stírají profese. Někdy je jedno, jestli je někdo sociální pracovník nebo psycholog nebo doktor, protože dáváme dohromady nějakou jako plán a ve chvíli, kdy potřebujeme jít zase do těch svých odborností, se zase rozejdeme.“*

Dle jedné z psychologek je velkým rozdílem rozdělení kompetencí mezi jednotlivé členy týmu. Jak sama popisuje, byla zvyklá, že na předchozím pracovišti musel psycholog/terapeut zajišťovat péči ve všech potřebných oblastech týkajících se klienta. Multiprofesní sdílení a konzultace přináší rozdělení zodpovědnosti v dílčích oblastech a nabízí širší pohled na péči o klienta.

*„Ten jeden pracovník měl na starosti všechno u toho klienta. To znamená přes práci na jeho zdraví a nějaký akutní situace, přes oblast bydlení a sociální otázky a tak dále... Takže tenhle multidisciplinární tým je pro mě hrozně velká úleva, že vlastně zodpovídám za kus toho a zbytek můžu konzultovat a předávat vlastně těm kolegům. Takže ten tlak je menší a zodpovědnost je nějak rovně distribuovaná. A je možný ty věci nejen sdílet, ale taky společně domlout. A ten pohled těch lidí, jak je pokaždý jinej, vlastně těch pracovníků, co se točí okolo toho jednoho klienta, tak pak dává dohromady smysluplný směr, kam vést dál.“*

## **Role peer konzultanta**

Dle názoru diskutujících psychologek se spolupráce s peer konzultantem odvíjí od osobnosti peera. Jak dodávají, peerka působící v současné době v týmu důkladně přemýšlí, co pro jednotlivé klienty může udělat. Zkušenost respondentek s peerskou pozicí je velmi *„příjemná a pěkná“* a roli současné peerky v týmu hodnotí velmi pozitivně. Včlenění peer konzultantky do týmu přineslo dle respondentek nový rozměr, a to nejen pro klienty pro sdílení zkušeností a pomoc na partnerské úrovni, ale peerka rozšířila služby Centra o aktivity (např. hudební setkávání), které jsou klienty vyhledávány.

*„... a má okruh lidí, kteří na tohle slyší a kterým tady ten člověk předtím asi chyběl. A tak to tak hezky zapadlo.“*

Psycholožky uvedly, že se zpočátku nevědělo, kam peerská role kvalifikací spadá. Jak dále hodnotí, počáteční obavy se setřely díky osobnostním vlastnostem peerky. Práce peer konzultantky se v současné době posouvá od individuální práce ke skupinové práci s klienty, což je dalším rozšířením jejích aktivit.

*„Teď otevírá tu skupinu... která je hodně peerovsky orientovaná, kde je vlastně zaměřená na zotavení, na tu zkušenost a práci s ní u těch klientů. Tak to si myslím, že to, co teďka dělá individuálně, asi teďka začne dělat na té úrovni skupiny. No, a zapadla skvěle do toho týmu.“*

Respondentky se s prací peer konzultanta v týmu setkávají poprvé, nedokážou přesně zhodnotit, jak pracuje s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Zde opět psychologky podotkly, že jde zejména o osobnostní rysy a o vlastní prožívání daných situací, které přinášejí jeden pohled

na práci peer konzultanta. Zastávají názor, že se peerská pozice nedá zobecnit, jelikož výklad zkušeností, které jsou stěžejní ve vztahu ke klientovi, bude u každého peera odlišný.

*„... já jsem to třeba ještě neviděla. Ale to, co říká nám, je takový průchozí. Je vidět, že nemá nějaký zábrany o tom mluvit, tak si myslím, že takhle to má k těm klientům, což je dobře.“*

### **Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce**

Dle hodnocení psychologek je navazování spolupráce s psychiatrickou nemocnicí stále v začátcích, zejména z toho důvodu, že CDZ stále nemá jasné postavení v systému péče a na využívání služeb centra si nemocnice a rodiny klientů stále zvykají.

*„Myslím si, že to je otázka zvyku. Že to je nový hodně. Takže i v té nemocnici si na nás zvykají, a že vůbec existujeme, jak fungujeme, jaký bereme pacienty, v tom jsou nějaký nedorozumění. Ale myslím si, že to bude snad lepší a lepší a podobně s těmi rodinami, které často nevědí, jak to zařízení funguje. Tak až to vejde v nějakou známost, tak se to bude lepší.“*

Jak uvedla jedna z respondentek, problematickým by mohl být fakt, že do psychiatrické nemocnice nastupuje řada mladých lékařů, kteří zde nabudou praxi v oboru a odchází do ambulancí a soukromých zařízení. Postavení CDZ v nemocnici by v tomto případě nemuselo mít vzrůstající tendenci, ale naopak by si s nově přicházejícími lékaři muselo opakovaně své postavení budovat.

### **Cíl práce s klientem**

Dle názoru psychologek je orientace na recovery totožná u celého týmu. Tuto vizi ctí všechny profese v týmu, odlišným způsobem ji však dosahují. Zdravotníci (včetně psychologek) jsou dle respondentek více skeptičtí v práci s klientem, sociální část týmu považují za více podpůrnou a orientovanou na změnu.

*„... zotavení po všech možných stránkách života, zbavení se symptomů onemocnění, který v řadě případů není možný... Já nevím, já za sebe můžu říct, že jsem v tom týmu v pozici takového většího skeptika, že nejsem úplně jako nadšeně – a jo, to ještě musíme zvládnout, to půjde a jdeme do toho. Ale to si myslím, že jsem já, já v životě, tak takhle to mám, že jsem*

*vlastně rezervovanější vůči možnostem klientů. Tam vnímám víc takový ty, který hodně věří a jsou více orientovaný na tu změnu, že půjde a že dokážeme spoustu věcí, tak to jsou kolegové z Fokusu než zdravotníci obecně.“*

Z rozhovoru s psycholožkami vyvstalo, že k dosažení zotavení v co nejširším spektru oblastí života u klientů je nutná kombinace obou těchto přístupů. Jejich zkušenost přináší pohled na fakt, že obě tyto složky se po sloučení začaly doplňovat, respektive se začaly od sebe navzájem učit a při kontaktu s klientem hledí na aspekty vycházející jak ze zdravotní oblasti (medikace), tak z té sociální (zátěžová situace).

*„... tak je to hezký, když to pozorujete potom, že po tom roce, co jsme spolupracovali, tak už pak když slyšíte kolegy třeba z té sociální oblasti, jak telefonují, tak se ptají, jedna z prvních otázek – a je vám hůř a léky jste si dneska vzal? Tak je to takový hezký, jak se ty zkušenosti předávají a ovlivňují určitě navzájem.“*

Dle hodnocení psycholožek se do budoucna za problémovou oblast považuje ukončování spolupráce s klienty a jejich delegování na další návazné služby. Jak hodnotí, zatím se musí ukončovat ve chvíli, kdy se klient odstěhuje mimo spádovou oblast. Jak uvedla jedna z respondentek, při poskytování psychoterapie si vytváří určitý plán na několik měsíců, který zpětně s klientem vyhodnocuje. Řada klientů má přetrvávající potíže, a jak dodává, stále se objevují témata vhodná řešit psychoterapeuticky.

*„Řada z nich je na takový houpačce, že chvíli jsou lepší, tak si jako vydechneme, pak se zase zhorší a je zase na čem dělat. Možná už teďka, co dělám, že se spíš snažím to zalimitovat a udělat plán na pár měsíců. Ale za mě to není ještě dořešený. Ty lidi to potřebují a ten kontakt jim dělá dobře.“*

## **Kompetence v týmu**

*„Těžiště práce bude v tom case managementu a doprovázení těch lidí víc v terénu.“*

Na roli case managera v týmu není dle psycholožek kladena zodpovědnost za klienta, ta je týmová, avšak klíčový pracovník by měl mapovat situaci klienta a distribuovat potřebnou péči na jednotlivé členy týmu. Současný způsob spolupráce, který byl psycholožkami v rozhovoru

označen za optimální, je informování case managera klienta o jednotlivých krocích, které společně s profesionálem (v tomto případě s psychologem) podnikl. Další vize směřování péče by měla být s case managerem předem diskutována.

*„Ve většině případů udává case manager směr. Já třeba, když mám klienta toho case managera v terapii, tak s ním pak třeba mluvím o tom, kam jsme došli, kterým směrem se vydat dál. A když v té terapii začneme přemýšlet o tom, kam dál, že by třeba nebylo špatný udělat nějakou společnou schůzku třeba s přítelkyní, tak to konzultuju s tím case managerem.“*

*„Já si nemyslím, že by to mělo být o nějaký zodpovědnosti, ale že ten case má zajistit, aby nám ten klient nevypadl ze zřetele. Že mu vlastně zajišťuje to, že když se něco děje, tak aby se o něm vědělo. A myslím si, že by měl organizovat tu péči ve smyslu, že ví, že zároveň chodí na terapii, že pokud je s ním potřeba pracovat ještě na něčem, změnit doktora, tak on je ten, kdo to organizuje ideálně. V tomhle smyslu. Ale myslím si, že ta zodpovědnost je celkově týmová. Že pokud on se zhorší, že to není jeho zodpovědnost ani chyba, ale že se to snaží řešit v tom týmu.“*

Psycholožky uvedly, že mají od klientů vyplněné souhlasy, jaké informace o nich mají možnost členové týmu znát. Jedná se o informace o nich samých a o kontaktech na potřebné osoby. Zde se dle jejich názoru otevírá možnost spolupracovat například s ambulantními psychiatry klienta nebo s dalšími zainteresovanými osobami.

*„Máme od klientů souhlasy, přesně klient vyplňuje, jaký druhy informací si přeje, abychom věděli, co s námi chce sdílet. A tam patří třeba i kontakt s ambulantním psychiatrem.“*

Diskutovaným tématem mezi psycholožkami byla otázka kompetencí jednotlivých členů, metodiky týmové spolupráce a vedení týmu. Vnímají absenci „šéfa“ týmu, od tohoto faktu pak pramení zmíněné určení kompetencí a chybějící metodika týmu.

Užitečné dle názoru respondentek by bylo navýšit počet psychiatrů v týmu, a to alespoň o jednoho, který by mohl intervenovat v terénu. Specifická úloha psychiatra v týmu by posílením o jednoho lékaře vnesla možnost konzultací na stejné profesní úrovni a možnost suplovat v době nepřítomnosti jednoho z nich.

Psycholožky dále uvedly, že krizové situace jsou diskutovány v týmu a výsledek je rozhodnutím týmu. Pokud nastane akutní krizová situace v terénu, zdravotnické intervence se konzultují s lékařem. Jak dále dodaly, pokud krizová situace nastane, koordinaci péče zajišťuje case manager klienta.

*„Když je klient v krizi, tak tu koordinaci má na starosti skutečně ten case, který udělá nějaký základní plán a oslovuje jednotlivé lidi nebo nechává třeba vzkaz na poradě, aby někdo někam zajel, zavolal, něco zařídil a tak dále.“*

### **Komunikace v týmu**

Dle hodnocení psycholožek jsou společné schůzky personálu každý den, metodické porady jednou za čtrnáct dní a osobní schůzky mezi jednotlivci vyváženou mírou mezi předáváním nutných informací a péčí o klienty. Dalším komunikačním kanálem jsou zápisy v databázích.

*„... asi kdybychom těch porad měli víc, tak asi by bylo vždycky o čem mluvit, ale je potřeba být s těmi klienty.“*

Na společných poradách vnášejí respondentky poznatky o dynamice, popřípadě o pozadí nemoci konkrétních klientů. Stejný pohled, jak dodávají, vnášejí též sociální pracovnice case managerky.

### **Souhrn výpovědí – psycholožky**

Specifičnost týmu dle psycholožek spočívá v **distribuci zodpovědnosti a kompetencí** mezi jednotlivé části týmu. Za efektivní ve spolupráci považují **možnost konzultace** s ostatními profesionály. Všechny zmíněné aspekty vnímají jako prospěšné pro psychohygienu každého člena týmu a s tím související **možnost intervize**, kterou psycholožky členům a skupinám v týmu poskytují.

Psycholožky hodnotí, že oproti předchozí zkušenosti vidí rozdíl v hierarchickém rozdělení, kdy se toto dělení v současném týmu stírá. Nynější spolupráci profesionálů považují za **komplexnější, rovnější navzájem a provázanější v oblasti předávání informací**. Vnímají, že sdílení v týmu **rozděluje zodpovědnost** v daných oblastech a též přispívá k **rozšíření pohledu na péči** o klienty.

Dle respondentek se zapojení a role peer konzultantky odvíjí od *osobnosti člověka*. Její vstup do týmu považují za *nový rozměr práce*, a to nejen pro klienty skrze *pomoc na partnerské úrovni*, ale též se *rozšířily služby Centra o další aktivity*. Hodnotí, že peerka rozšiřuje své aktivity z *individuální práce s klienty na skupinovou*, současně tím rozšiřuje pole působnosti peer konzultanta.

Za problémovou oblast označují psycholožky *navazování spolupráce* s psychiatrickou nemocnicí v Bohnicích; důvod vidí v tom, že *CDZ nemá vybudované postavení v systému psychiatrické péče*.

Práci zdravotníků považují psycholožky za *skeptičtější* v oblasti práce s klientem, sociální pracovníce jsou dle jejich názoru více *orientované na podporu*. Za optimální považují *kombinaci obou přístupů*, které se vzájemně doplňují, a profesionálové tak mají možnost *navzájem se od sebe učit*. Za přítěž označují *absenci sítě návazných služeb*, do kterých by bylo možné klienty předávat. Tento fakt s sebou přináší otázku *ukončování spolupráce*, kterou psycholožky považují prozatím za nevyjasněnou.

Za hlavní úlohu case managera považují respondentky *distribuci péče* mezi jednotlivé členy týmu. Vše, co se děje ohledně daného klienta, by se dle názoru psycholožek mělo sdělovat case managerovi, se kterým předem konzultují směr péče. V rámci *kontraktu s klienty* považují za výhodné možnost komunikovat s ambulantními psychiatry a rodinou klienta, popřípadě s dalšími zainteresovanými osobami. Za limitující označují *neznalost kompetencí jednotlivých členů týmu, metodiky týmové spolupráce a absence vedoucího celého týmu*. Stávající *počet psychiatrů hodnotí jako nedostatečný*, vhodným řešením by bylo přijetí dalšího psychiatra, který by mohl vyjíždět s terénním týmem. *Řešení krizových situací* je vždy *rozhodnutím týmu*, což považují za velmi vhodné. Pokud taková situace nastane v terénu, zdravotní intervence konzultují s lékařem. Dle respondentek *koordinaci péče zajišťuje case manager* klienta.

Týmové setkávání považují psycholožky za dostačující k předání nutných informací. Psycholožky a sociální pracovníce přinášejí při poradách pohledy na dynamiku v týmu a pozadí nemoci u klientů.



## 7.4 Psychiatr

V současné době působí v týmu jeden psychiatr, který poskytuje služby ambulantního psychiatra pouze části klientů CDZ (řada ostatních klientů dochází ambulantně ke svým psychiatrům). V týmu má roli konzultanta a též se účastní některých výjezdů do terénu, zejména k těm klientům, kteří dosud nebyli v kontaktu s psychiatrickou péčí nebo se jejich zdravotní stav výrazně zhoršil.

### Specifika multidisciplinární spolupráce

Psychiatr hodnotí multidisciplinaritu velmi pozitivně, zejména z toho důvodu, že pokrývá větší spektrum řešení problémů, se kterými se může klient setkávat. Dle jeho názoru nedochází k segregaci sociální a zdravotní složky, tudíž je zde prostor pro vzájemné propojení těchto složek. Dochází k pokrytí dílčích aspektů života jedince.

*„Jedna věc je to, že klient může dostat lepší péči a že se dají vyřešit ty situace, které se předtím tolik nedařily. A druhá věc je, to se týče těch pracovníků, těch profesionálů, že mají možnost se naučit myslet tím druhým způsobem. Uvědomit si, že třeba pro lékaře, který je vyučený v medicíně a má tak nějak pocit, že všechno souvisí s biologií a dá se to všechno vysvětlit biologicky, chemicky a tak dále... a tady v tom týmu se naučí pracovat jinak. Víc rovnocenně, víc poslouchat toho klienta, dát na to, co on chce.“*

Dle výpovědi psychiatra je zdravotnická část týmu zvyklá jednat v daném okamžiku asertivněji a mají snahu na sebe přebírat větší zodpovědnost za klienta. Rozdílný přístup pak vnímá u sociální části týmu, která dílčí kroky práce s klientem promýšlí a postupuje konstruktivněji. Rozhodování je pak v rukou obou složek týmu, kdy se zvažují názory obou částí.

*„My máme pocit, že tomu člověku musíme pomoci za každou cenu. I když to ten klient nechce a nechápe to. A u těch sociálních pracovníků to je naopak... oni to mají tak, že když to klient nechce, tak já to dělat nebudu a nemám právo za něj něco rozhodovat.“*

Jak uvedl psychiatr, velkou část pracovní doby mu zabere psychiatrická ambulance, zbylou část tvoří konzultace poskytované ostatním členům týmu. Výhodou je poskytování poradenství pro

sociální část týmu, která dle jeho názoru zefektivnila multiprofesní spolupráci, a tím došlo k lepší provázanosti služeb.

Za obtížné považuje respondent deformaci ze stávajícího systému psychiatrické péče, kdy při krizové situaci klienti vyhledávají lékaře jako autoritu, přestože by danou situační krizi lépe vyřešil jiný profesionál z týmu. Je to tedy zátěž nejen časová, ale též profesní. Referent se v odpovědích zmiňuje o západním trendu, kdy lékař stojí v týmu jako konzultant, nikoli jako ústřední člen multiprofesního týmu. Hlavní úlohu v řešení těchto situací by měl přebrat case manager.

*„... oni třeba odmítají jednat se sociálním pracovníkem nebo zdravotní sestrou, protože oni řeknou, že potřebují lékaře... Ale ten lékař by měl být jen konzultant a ten case manager by měl být ten, který to celý vede a který jde za tím lékařem. A nenechat rozhodovat toho lékaře samotného. S tím klientem si nechají poradit a pak se rozhodne klient nebo s podporou toho case managera sám.“*

Psychiatr hodnotí, že další možností ke zlepšení by bylo přijetí dalšího lékaře do týmu, který by mohl vyjíždět do terénu, avšak tuto možnost označil referent za *diskutabilní*.

Nové pohledy na práci s klientem přináší do zdravotnické části týmu sociální pracovníci, jejichž strukturu práce s klienty hodnotí respondent za více *kontinuální*. Zdravotníci jsou zvyklí pracovat „*od schůzky ke schůzce*“, přičemž sociální část týmu používá plány práce s klienty, řeší dlouhodobé cíle a dávají více prostoru klientovi, aby si na řešení situací přišel sám. Kombinace obou přístupů je dle respondenta nutná.

Rozdílnost v přístupu ke klientovi na základě profese by mohlo na klienta působit komplikovaně, jelikož způsob práce každého z nich je odlišná. Dle názoru psychiatra by mohlo dojít ke zneužívání služeb.

*„Na ty klienty by to mohlo působit zmatečně. Když se jednou sejdou s tou zdravotní sestrou a pak se sociálním pracovníkem, co má jiný přístup, a oni možná... někdy se to naučí zneužívat, využívat, neví přesně, co od koho čekat, takže využijí toho, co se jim zrovna hodí.“*

## **Změny oproti předchozí zkušenosti**

Respondent popisuje, že po sjednocení týmů nastala velká zátěž pro sociální pracovníky, kdy se zvýšil počet jednotlivých klientů na jednoho pracovníka. Více klientů tedy přináší vyšší tlak na snižování času stráveného s klienty.

*„... oni měli asi předtím větší pohodu a čas na toho klienta, tady to takhle prostě nejde. I tenhle týden jsme měli snad každý den kontakt na potenciálního člověka, který je potřeba řešit. Do toho ty, co máte. Do toho vlastně víc řešíme každou tu krizovou situaci těch našich klientů, což oni předtím tolik nedělali...“*

Dle psychiatra jsou zdravotníci z předchozích zkušeností zvyklí, že musí „zvládnout“ hodně klientů. Změna oproti velkým nemocnicím je zde znatelná, zejména v počtu pacientů, se kterými během dne pracují. V rámci CDZ mají více času se jednotlivým klientům věnovat a lépe s nimi navazovat vztahy.

## **Role peer konzultanta**

Současného peer konzultanta psychiatr vnímá kolegiálně, partnersky. Respondent referuje o možném přínosu peerů v týmu, ve kterém se přiklání k názoru, aby počet peerů byl v týmu navýšen. Vhodným řešením by dle jeho názoru bylo posílit složku peerů z řad klientů, kteří by měli jednoho zástupce, který by se účastnil porad týmu, a tak se zapojil do rozhodování na klientské úrovni.

*„Co i přemýšlím do budoucna, je to, jak víc angažovat ty klienty do chodu toho CDZka. Nevím... aby měli nějaký vlastní odbory nebo představitele, že by to nemusel být peer úplně jako zaměstnanec.“*

Přítomnost peera v týmu prezentuje zkušenost, která by měla dotvářet pohled na klienty, zejména pak na praktické překážky, které může duševní onemocnění přinášet.

Peerská pozice (pozice zástupce klientů z řad pacientů) by dle lékaře měla přinášet asertivnější a otevřenější názor na fungování týmu. Peer by tak mohl mít výhrady k chování a jednání

s klienty, aby se služby poskytované multiprofesním týmem mohly ještě zlepšit. Tuto zpětnou vazbu považuje respondent za důležitý aspekt při utváření dobrého týmu.

*„... a měl by to právo říct, že mně se nelíbí, že se tady chováte takhle, nebo že tady na mě někdo mluví povýšeně a mně se to nelíbí.“*

Respondent hovoří o trendu ze zahraničí, kdy by měla být pozice peera rozšířená a jeho kompetencí by mohlo být vedení týmu.

*„Pokud chceme bojovat za tu myšlenku recovery, tak si myslím, že ani ten nejosvícenější profesionál to nedokáže, jako to dokážou ty klienti sami.“*

*„To jsou věci, co prostě racionálně nevymyslíme. Dokud tu budou ty role a ten předsudek, že těm lidem nevěříte, nebo jim nedáte tu zodpovědnost a nedůvěřujete v ty jejich schopnosti, nebo že někde vzadu si myslíte, že je to blázen, nebo že je neschopný, tak pokud se tohle neprolomí, možná i v celé společnosti, tak prostě na ty lidi pořád bude vyvíjen tlak a z toho pramenící pocity méněcennosti.“*

### **Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce**

Pro optimální fungování týmu by byla dle psychiatra potřeba systémová změna, aby se CDZ v péči o duševní zdraví zařadilo na stálou pozici a disponovalo svými kompetencemi, právy a povinnostmi.

Lékař dále uvedl, že při jednání s opatrovníky, s nemocnicí nebo ambulantními lékaři musí tým vynaložit velké úsilí, aby obhájili pozici multidisciplinárního týmu (nebo celého CDZ) v péči o duševně nemocné. Spolupráce např. s psychiatrickou nemocnicí v Bohnicích, která je také největším „zdrojem“ klientů, by usnadnila péči o klienta, zejména z toho důvodu, že péče multidisciplinárního týmu o klienta přinesla určité změny, se kterými při nové hospitalizaci klienta již nemocnice nedisponuje. Chybějící kontinuita je pak označena psychiatrem za určitou regresi v péči o klienta, který je znovu vystavován anonymnímu přístupu velkých nemocnic.

*„... mně přijde, že by tohle mělo být někde jasně daný, že když CDZ řekne, že ten člověk musí nebo má něco dělat, tak například ten jeho psychiatrický ambulant nemůže být proti nebo...“*

*s nemocnicí, to je běžný. My máme lidi, které moc dobře známe, a když je potřebujeme poslat do nemocnice, tak tam oni nás často ignorují a myslí si, že to umí nejlíp. Tím, že toho člověka neznají, tak zase vaří úplně z vody.“*

K větší informovanosti o službě dle názoru psychiatra přispěje vznik dalších Center duševního zdraví. Rozšiřování této služby dopomůže lepšímu zasítování a prevenci toho, aby klient vypadl ze systému návazných služeb. Expandování dalších center dle názoru respondenta též přispěje k ustálení služby a zvýšení povědomí o službě nejen v psychiatrické sféře, ale zejména v běžné populaci.

*„A taky když těch CDZ bude víc, tak to pokaždý bude znát. I ty klienti se budou moct předávat někam jinam.“*

Lékař dále hodnotí, že změna bydliště klienta je nesnází pro splnění kritérií k využívání služeb CDZ. Chybí návazné služby odpovídající potřebám klienta v místě bydliště, což je rizikem pro zhoršení stavu, které může vést až k opětovné hospitalizaci. V tomto případě může být klient zacyklen v síti dostupných (ne vždy dostačujících) psychiatrických služeb.

K lepší provázanosti psychiatrických zařízení a CDZ by dle respondenta dopomohly standardy CDZ a změna zákona v oblasti postavení Center v psychiatrické péči. Potřebná by též byla změna v sociální politice státu v oblasti bydlení a v dalších základních oblastech života jedince, které jsou pro člověka s vážným duševním nemocněním (často invalidním) obtížně dosažitelné. Za možné řešení považuje psychiatr sociální dávku pro osoby s vážným duševním onemocněním, kteří jsou invalidní, ale bez nároku na výplatu peněžitě dávky.

*„Já vlastně i tlačím na tu nemocnici, aby zavedla nějaký standardy, kde bude napsáno, že řekněme, musí se s nima komunikovat. Nebo že ten case manager, nebo nějaká ta klíčová osoba toho pacienta, i když je hospitalizovanej... ale po tom asi i nějaká zákony, ty vyhlášky...“*

*„... je podle mě potřeba i změnit sociální politiku státu. Protože my například máme obrovský problém v tom, že spousta těch našich klientů nemá bydlení a nemá ani peníze a nejsou ani schopni toho dosáhnout. Tak někde jedete do zahraničí a tam vám vypráví o tom, jak to jejich CDZ pracuje, ale pracuje díky tomu, že oni tam mají seznam 100 volných bytů, které tam město nabízí. A váš úkol už je ty klienty dosazovat. Zatímco tady to není... tady na Praze 8 nemáte*

*šanci nikomu žádný sociální byty sehnat, důchody jim neseženete, protože ty lidi často onemocní v tom věku mezi tou školou a prací. A oni nechtějí ten důchod, a když si o to požádají, tak jim sice řeknou, jste důchodce, ale bez nároku na výplatu. Tam neexistuje vlastně žádná sociální dávka, která by pomohla těm lidem se postavit na nohy.“*

## **Cíl práce s klientem**

*„Někdy je to těžký... oni jsou vážně nemocní, tak já to vidím tak, že u poloviny klientů jedeme super to recovery, že to někam jde. A u další poloviny nedokážu překročit ten stín.“*

Psychiatr hodnotí, že cíl práce je v celém týmu vnímán stejně, kdy všechny profese vidí cíl v recovery. Způsob, jakým dosáhnout tohoto cíle, je dle respondenta velmi individuální, neodvíjí se však od profese, ale od individuální osobnosti člena týmu. Individualita hraje velkou roli i v rozdělování klientů mezi case managery, kdy je snaha řadit klienty vždy k case managerovi s určitými zájmy, které mohou být podobné zájmům klienta.

*„Jsou tady třeba lidi, co rádi organizují výlety, tak je necháme organizovat výlety, nebo jsou tady takoví, co mají rádi hudbu, a my víme, že někdo z těch klientů má rád hudbu nebo se chce nějakým způsobem zapojit. Tak se ho většinou snažíme nakontaktovat na toho člověka.“*

*„Myslím si, že i ty zdravotníci, co jsou tady, jsou takoví vybraní z té nemocnice. Takže většinou jsou to lidi, co pro to měli dobré předpoklady nebo měli správné názory. Takže si myslím, že každý jde za tím stejným cílem, jenom každý má jiné pochopení toho cíle.“*

Lékař uvedl, že zakázka od klientů není specifikovaná, vyplývá vždy ze stavu, ve kterém klient přichází. Ošetřena není také oblast ukončení spolupráce s klientem. Nejčastějším důvodem ukončení spolupráce je změna bydliště klienta mimo spádovou oblast CDZ, popřípadě se klient rozhodne přestat využívat služby multidisciplinárního týmu. Jak referuje respondent, tým má dané kritérium pro vstup (diagnóza a místo bydliště), nikoli pro výstup ze služby.

*„Zatím to máme nastavené tak, že plánovitě nikoho neukončujeme. My jedeme spíš holandský model... Ten anglický je takový, že tam jsou nějaká vstupní kritéria, výstupní kritéria, a prostě je to taková omezená služba pro určitou populaci. A ten holandský zase říká, že každý, kdo tu diagnózu má, tak na 99 % bude v něčem selhávat a bude mít nějaký krizový období. Takže pro*

*nás vstupní kritérium je jen diagnóza a bydliště. A dokud takový člověk od nás něco chce, tak vždy máme tendenci s ním pracovat. Pokud je ten člověk v nějakém dobrém stavu, tak udržujeme s ním kontakt, ale rozvolňujeme to. Ale ti Holanďani tvrdí, že dříve nebo později se všichni vrátí s nějakým problémem.“*

Jak dále uvedl, striktní pravidla pro ukončení spolupráce s klientem by měla být nastavena ve chvíli, kdy počet potenciálních klientů bude přesahovat stávající kapacitu týmu. Řešením v těchto otázkách by měl být vznik dalšího multidisciplinárního týmu pro návaznou péči pro duševně nemocné.

Respondent vnímá nastavení CDZ jako pomoc každému z komunity, kdo ji potřebuje. Což v praxi znamená, že je třeba se věnovat klientům, kteří pomoc akutně potřebují, na úkor těch klientů, kteří jsou zabezpečeni.

*„To CDZko by mělo mít takovou nějakou funkci, že opravdu pomůže všem, co to v té komunitě potřebují. Takže někdy opravdu musíte slevit z těch nároků a udělat možná jenom poloviční práci, a ne s více lidma.“*

Jak již bylo zmíněno, důležitým aspektem v práci s klientem je dostupnost návazných služeb, primárně sociálních bytů, kterých je v současné době velmi málo, nebo úplně chybí.

### **Kompetence v týmu**

Jak sděluje respondent, forenzní odpovědnost nese za rozhodnutí o pacientovi lékař i přes to, že rozhodování např. o nedobrovolné hospitalizaci je rozhodnutím celého týmu po vzájemné dohodě, se zvážením všech možných aspektů, které by mohly být zdrojem zlepšení stavu pacienta v přirozeném prostředí.

Dle názoru psychiatra by počet členů multidisciplinárního týmu neměl přesáhnout 15 členů. Mělo by to tak být kvůli užší spolupráci, intenzivnějšímu a snazšímu předávání informací a zvýšení týmovosti.

Jak uvedl respondent, diskutovaným tématem v týmu bylo zavádění krizových lůžek v rámci CDZ. Zavedení lůžek pak přináší další zátěž pro tým, kdy vždy někdo z týmu bude muset

intervenovat u lůžka na úkor práce v terénu. Tento fakt hodnotí jako kontraproduktivní pro práci CDZ a jako limitující pro nabízené služby.

*„Tak nějak to přivádí ty lidi sem místo toho, aby byli doma nebo v komunitě. Když tu máte to lůžko, tak část týmu bude muset u toho lůžka stát a poskytovat tu péči. Takže o to miň jich bude v terénu.“*

Jak sám uvádí, v diskuzi o krizových lůžkách byl přehlasován týmem. Ideálním řešením by byla „komunitní klinika“, kde by fungoval obdobný multidisciplinární asertivní tým. Dále by zde fungoval tým, který by měl na starosti lůžka, a tým, který by měl na starost krizové intervence jako v normální populaci.

### **Komunikace v týmu**

*„Každý ten pracovník používá jiný jazyk, jiné ideje, takže někdy porozumět si je dost náročné.“*

Psychiatra uvedl, že předávání informací mezi členy týmu funguje dobře na každodenních poradách a na společných poradách jednou za čtrnáct dní. Dalším způsobem interního předávání informací je možnost nahlížet do databází a možnost sdílet vzkazy na tabuli. Komunitní práci by měly zjednodušit tablety, kterými by měl disponovat každý člen týmu, ve kterých bude souhrn zápisů z obou informačních systémů (Medicus, Highlander), sdílená tabule nebo například možnost videohovorů s pracovníky v terénu.

*„Ty tablety by měly fungovat tak, že vlastně každý člověk má svůj tablet, který je osobní, unikátní, s nějakým osobním přihlášením. A vidí ty zápisy všech lidí, protože vám to stáhne z obou těch systémů ty informace. Má to mít nějaký společný kalendář, kde vidíte všem lidem schůzky, a potom můžete posílat i vzkazy... a taky tu fact tabuli, kdy se ukáže, který ten klient je zrovna v té situaci, že se mu máme věnovat. A v těch tabletech by to mělo být, že je tam ta databáze, a máte tam potom, že někteří z nich jsou zvlášť vyznačeni...“*

### **Souhrn výpovědí – psychiatr**

Lékař oceňuje, že tým dokáže **řešit širší spektrum problémů**, se kterými se klient setkává v běžném životě. Dochází ke vzájemnému **propojení sociální a zdravotní složky**, což dle respondenta přináší **celistvist v řešení problémů** jedince. Práci zdravotníků označuje za



*asertivnější*, kdy mají tendence *přebírat větší zodpovědnost* za klienta. Oproti tomu *sociální část týmu postupuje konstruktivněji* a péči *více promýšlí*. Lékař vede psychiatrickou ambulanci a poskytuje konzultace ostatním členům týmu. Zdravotnické poradenství, které poskytuje sociální části týmu, a jejich působení v týmu hodnotí jako *efektivní v multidisciplinární spolupráci*. Vnímá, že došlo k *provázání služeb*. Za hlavní úlohu case managera označuje *řešení krizových situací* klienta.

Přínos sociálních pracovníků vnímá psychiatr v *kontinuálnější struktuře práce*, s *využitím plánů práce* s klienty a *stanovením dlouhodobých cílů*. Hodnotí, že je v tomto případě nutná *kombinace přístupů* jak sociální, tak zdravotní části týmu. Obává se však, že střet metod různých pracovníků by na klienta mohlo působit komplikovaně a mohlo by dojít ke *zneužití služeb*. Poukazuje, že počet klientů je oproti nemocničnímu standardu nižší, a tak mají zdravotníci větší *možnost se věnovat klientům individuálně a do hloubky*.

Působení současného peera považuje za velmi *kolegiální a na partnerské úrovni*. Ocenil by *navýšení počtu peer konzultantů*, a to zejména z *řad klientů*. Ti by měli v týmu jednoho zástupce, který by se *účastnil porad* a zapojil se *při rozhodování z klientské pozice*. Přinášel by *asertivnější názor na fungování týmu* a *zpětnou vazbu jednání profesionálů s klienty*. Zastává názor, že by peer konzultant měl být *vedoucím týmu*.

Psychiatr hodnotí, že ke zlepšení fungování týmu by pomohlo *zařazení CDZ do systému psychiatrické péče*. Za vhodné pro lepší povědomí o CDZ považuje *vytyčení kompetencí Centra* spolu s jeho právy a povinnostmi. Poukazuje na fakt, že tým musí vynaložit velké úsilí při jednání s opatrovníky, nemocnicí a ambulantními lékaři klientů, neboť stále *nemá svoji pozici v systému služeb* a je obtížné služby prosadit. Dále konstatuje, že k vybudování pozice v systému *napomůže vznik nových CDZ*, čímž se též přispěje k *prevenci vypadnutí klienta* ze sítě služeb. Vnímá *absenci návazných služeb*, což považuje za rizikové pro zhoršení stavu klienta. Za nutnost považuje *tvorbu standard CDZ* a *změny zákona* v oblasti postavení CDZ v psychiatrické péči; pro efektivnější práci by byla třeba *změna v sociální politice státu v oblasti bydlení* a *nová dávka pro duševně nemocné*, kteří na výplatu peněžitých dávek nemají nárok.

Respondent vnímá, že celý tým má snahu dosáhnout *celostní úzdravy* klienta, avšak použité metody práce se liší. Dle jeho názoru se užití metody neodvíjejí úplně od profese, ale spíše od

*osobnosti pracovníka*. Osobnostní nastavení case managerů považuje za **rozhodující faktor přiřazování jednotlivých klientů**. Zakázku klienta nevnímá jako jasnou, ale odvíjí se *od stavu* klienta. Poukazuje na **nejasné ukončování spolupráce**, je dané **pouze kritérium pro vstup, nikoli pro výstup**. Konstatuje, že **striktní pravidla ukončení spolupráce** by měla být nastavena při překročení kapacity služby. Za optimální nastavení týmu považuje stav, kdy se CDZ věnuje **každému z komunity**, kdo aktuálně potřebuje pomoc.

**Forezní zodpovědnost** vůči klientovi nese sám respondent, jak však upřesňuje, rozhodnutí o dílčích intervencích je na **dohodě celého týmu**. Za optimální počet členů v týmu považuje **maximálně 15 osob**, zejména kvůli užší spolupráci, snazšímu předávání informací a zvýšení týmovosti. Podle jeho názoru **zavedení krizových lůžek** by mohlo být **kontraproduktivní a limitující** pro nabízené služby, avšak dodává, že byl v této oblasti týmem přehlasován.

## 7.5 Peer konzultantka

Pro následující interpretaci dat bude použito označení nejen peer konzultant/pracovník, ale také pouze „peer/ka“. Peerka je v týmu od začátku jeho vzniku. Do multidisciplinárního týmu přišla bez předchozí zkušenosti s prací peer konzultanta. Pro přípravu na pozici peer konzultanta absolvovala týdenní školení.

### Specifika multidisciplinární spolupráce

Rozdílnost práce sociálních pracovníků a zdravotních sester je dle peerky odlišná, tato skutečnost je dána profesí. Odlišnosti v pohledu na klienta si však mohou sdělit při pravidelných týmových poradách, na kterých mají možnost diskutovat na dané téma a přijít na způsob práce, který bude pro klienta nejefektivnější. To činí tým dle respondentky *jedinečným*.

*„Každý má nějaký pohled, každý má nějakou zkušenost, každý den na poradách mají možnost si to říct a přijít na to, co bude nejlepší, a přemýšlejí o tom každý den, jestli takhle nebo takhle.“*

Práci sociálních pracovníků hodnotí peer konzultantka za více citlivou, kdy se více soustředí na detaily a větší preciznost v jednotlivých aspektech práce s klienty. Naopak zdravotníci mají dle jejího názoru radikálnější přístup ke klientům. Jak respondentka uvedla, *„příjemně se přístupy doplňují“*. Pro klienty multidisciplinárního týmu je podstatné, aby zde byla rovnováha v intervenci jednotlivých profesí. Peerka poukazuje, že je velmi přínosná provázanost *„pečujícího“* a *„praktického a stručného“* přístupu ke klientovi, který mu dává určité hranice služby.

*„Někdy je strašně důležitý tomu klientovi říct, teď počkejte, já za vámi za pět minut přijdu. A tohle jednání zdravotníků je pro toho klienta hrozně namístě. Ted' mám na mysli tři holky, co jsou takový stručný, ale zároveň jsou velmi vřelý.“*

Peerka byla od začátku srozuměna s nastavením týmu, avšak absence kolegy na stejné pracovní pozici znemožňuje adekvátní nastavení pozice peer konzultanta. Týdenní školení není dle respondentky dostačující průpravou pro získání informací o struktuře práce peera v multidisciplinárním týmu. Tato pozice není konkretizovaná svojí náplní, je tedy utvářena peer

konzultantem v dané situaci. Práce by dle respondentky mohla zabíhat až do kompetencí jiných profesí, kterým se však sama chce vyvarovat.

*„Já si nejsem úplně jistá, co a kam až to může... tím, že jsem tady sama, tak se nemám o tom s kým poradit. Jo, a tam to není úplně ještě vyhraněný, tím, že my jsme tady úplně nově a nemáme se úplně od koho učit, jak to chodí v jiných multidisciplinárních týmech.“*

*„On (peer) by neměl chtít splynout s nějakou tou rolí v tom týmu, je to ale strašně těžký si to uvědomovat, když i ty klienti nás do toho tlačí, že jsme tam jako něco víc, jako terapeut třeba. To si pak musí vzpomenout na to školení a znovu si připomenout tu svoji roli a nechtít s těma lidma dělat psychoterapii. Ono když se to jednou za čas stane, tak se nic nestane, ale je dobrý si připomínat, že si s těma lidma máme povídat na úplně stejný úrovni...některý lidi to i odrazuje, že pořád musí vykládat... a ta možnost být s někým, kdo to taky prožil, je pro ně důležitá.“*

### **Změny oproti předchozí zkušenosti**

Peer konzultantka přišla do týmu na začátku jeho vzniku. Nemá předchozí zkušenosti s prací peer konzultanta, tudíž není možné popsat procesy, které nastaly při sloučení zdravotnické a sociální složky a při tvorbě multiprofesního týmu.

### **Role peer konzultanta**

Respondentka hodnotí roli peera jako *výhodu* pro tým a pro klienty. Ztotožňuje se se západním trendem péče o duševně nemocné, kdy v týmu stojí mezi sociální a zdravotní složkou více peer konzultantů.

Peerka hovořila o specifikaci její práce, kdy by ráda pracovala s klienty, kteří mají stejné obtíže, jako mívala ona. V tomto případě by byla „*odborníkem*“ na jejich situaci a mohla by jim lépe pomoci – stejnou zkušeností. Dle respondentky by bylo optimálním řešením, aby v Centrech duševního zdraví působilo více peerů se zkušeností s různorodou diagnózou, jelikož odlišná zkušenost peerů může napomoci při podpoře osob se stejným onemocněním.

*„Bavilo by mě ten svůj úvazek rozšířit, abych měla příležitost být s lidma, co mají těžkou depresi, protože si myslím, že v tom jsem velmi vnímavá a tak... Ten můj kolega má zase zkušenost s bipolární poruchou, takže on je zase nastavenej jinak.“ (pozn. kolegou se nemyslí peer kolega z týmu, ale ze školení peer konzultantů, který v současné době působí v PN Bohnice)*

Jak již respondentka referovala, peer by si měl uvědomit svoji roli, jelikož by mohl v multidisciplinárním týmu inklinovat k roli sociálních pracovníků nebo zdravotních sester.

*„... on je tam ten, kterej není ani sociální pracovník, ani nemá medicínské vzdělání, tak aby na tu svoji roli nepozapomněl. Ale je tam proto, že něco přežil, že něco vydržel, a vlastně nabízí tu naději.“*

*„To by si ten peer měl každý den nějak napsat na papírek, co je to jeho poslání. Nechtít se rovnat těm kolegům v tom, co oni dělají, ale mít tu jedinečnou roli toho, kdo je s těma lidma na stejné lodi. To je něco, co je dobrý si připomínat, minimálně aspoň jednou týdně.“*

Peer pracovníka sama peerka popisuje jako osobu, *„která by měla věci přivést na pravou míru“*. Jako přínosnou hodnotí podporu od ostatních členů, kteří ji motivují ke sdělování názoru v přístupu ke klientovi, jelikož peer pracovník dokáže nejlépe popsat stav klienta skrze vlastní zkušenosti.

*„Já jako peer mám možnost říct, pane Vomáčko, už se na to vykašlete, já jsem se na to vykašlala taky. A to nemůže říct ani sociální pracovník, ani doktor, ani nikdo. A v tomhle je vlastně ta moje jedinečnost, že můžu říct, co mi pomohlo, a nebude to znít vulgárně. A to si můžu dovolit jen já, říct jim, že se na to můžou vykašlat. To nemůže nikdo jiný.“*

Přínos role peera vidí respondentka zejména v debatách, kdy může týmu referovat o stavu a o pocitech, které pravděpodobně klient zažívá v dané situaci, a ve schopnost sdělit týmu, co by měl dělat a co by klient v dané situaci ocenil. Pozitivní přínos této zkušenosti je zřetelný při zpětných vazbách od kolegů v týmu.

*„To, že nemám s tím problém říkat ostatním, co jsem prožila, tak v tom je vlastně moje síla. Svoji roli vidím v tom, že to, co jsem prožila, mám schopnost nějakým způsobem verbalizovat a prostě to říct těm lidem v týmu.“*

### **Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce**

Respondentka hovořila o dobré komunikaci s rodinnými příslušníky klientů, kteří jsou zainteresovaní do řešení situace klienta. Práce a působení týmu jsou blízkému okolí klientů známy, tudíž nevyvstávají problémy s legitimací při práci. Vše závisí na osobní domluvě a individuálním zájmu rodinných příslušníků spolupracovat se členy týmu. Zkušenost peerky s rodinnými příslušníky klientů je doposud kladná. Setkává se též s rodinami, které mají vícečetné obtíže (např. rodič klienta má také duševní onemocnění). V těchto případech shledává adekvátní zapojit více kolegů do řešení rodinné situace.

*„Někteří rodiče jsou velmi aktivní, zapojení a je s nimi spolupráce úplně bezproblémová nebo věčná a tak. Anebo jsou i třeba úzkostný, že i ten rodič, i ten náš klient je nemocnej, tak to je taky situace... ale jsou i takoví, že po nás chtěj hodně věcí, že věřej, že my ho máme prostě zachránit, toho jejich syna třeba, nebo že mu máme konkrétně nějak pomoci...“*

### **Cíl práce s klientem**

Peer konzultantka sdělila, že pro její přístup ke klientovi je velmi důležité uvědomit si, že u klientů nemusí dojít k úplnému potlačení symptomů nemoci nebo že se jejich zdravotní stav nikdy nezlepší. Srozumění se situací klienta a konfrontace s tímto faktem je nedílnou součástí psychohygieny každého v týmu.

*„... někdy ta radost z toho, že jsem se mohla uzdravit nebo minimálně se dostat někam na nulu, do nějakýho stavu, že mi je prostě dobře, že bych to přála všem... Ale zároveň člověk musí být realista a umět přijmout to, že se to prostě nepovede v každém případě. Nebo třeba – já nemám schizofrenii, takže je trochu lehčí to uzdravování s tou psychózou.“*

Za cíl práce považuje respondentka udržení nebo zlepšení stavu klienta do chvíle, kdy nebude potřebovat služby multidisciplinárního týmu. Za zlepšení stavu je považována určitá úroveň života klienta, ve které je subjektivně spokojen a dokáže dobře fungovat v běžném životě.

*„Tak já i bych řekla, že... třeba mám na mysli konkrétního kluka... a on bude mít ty hlasy, bude si povídat sám pro sebe... ale bude nějakým způsobem aspoň částečně zdravěj, bude mít aspoň trochu peněz na jídlo, a to vlastně stačí. A to je vlastně ten cíl... to je možná jen moje hypotéza, že ten zdravotník třeba bude chtít toho klienta zbavit hlasů, ať to stojí, co to stojí, ale že ten kluk je vlastně relativně spokojenej, žije si úplně ve svém světě...“*

## **Kompetence v týmu**

Jak peerka uvedla, kompetence jednotlivých členů týmu jsou vyhraněné profesí. Dále hovořila o tom, že určitou odpovědnost za klienta přebírá case manager, který by měl klienta znát nejlépe. Case manager by měl disponovat nejširšími informacemi o klientovi, měl by si být vědom, jak spolupracuje s týmem a jakým způsobem postupuje směrem k úzdavě.

*„Ten case manager, ten by měl o tom klientovi nejvíc vědět, i když s ním třeba sám konkrétně nepracuje a pracuje s ním nějaký jeho kolega, tak on je zodpovědněj za to, aby měl o něm veškerý informace, co se s tím klientem děje a co my s ním podnikáme. Podle mě je to teoreticky ten case manager, ale ten, kdo s ním konkrétně zrovna pracuje, ten si myslím, že přebírá zodpovědnost za to, co je pro toho klienta nejlepší a tak.“*

Peerka uvedla, že za rozhodování o nedobrovolné hospitalizaci klientů přebírá odpovědnost celý tým, není tedy rozhodnutím pouze case managera klienta.

*„Ten tým se třeba usnese při ranní poradě, že ten člověk je v nějakým ohrožení, a pak se to zase řeší týmově. A rozhodne se. Se hlasuje třeba.“*

*„Pro mě je to třeba strašně zajímavý. Mně dochází, že vlastně ty věci jsou na tom... že úplně normální lidi se sejdou a fakt se snaží vymyslet nějaký nejlepší řešení a že to není nějaká síla támhle odněkud, anebo jen psychiatr... ale že to rozhoduje, jak to říct, zdravěj rozum.“*

Za téma možné diskuze označila respondentka „překračování hranic“, kdy každý člen týmu reaguje na potřeby klientů různými způsoby, které by pro ostatní členy týmu nemusely být přijatelné, popřípadě nejasně definované. Jak peerka dále uvedla, určení hranic by mělo být rozhodnutím každého člena týmu, v případě potřeby je nutné diskutovat na společné poradě týmu, či na supervizních setkáních.

*„Z pohledu pacienta je strašně atraktivní pracovník, který dokáže, aspoň trochu, tu hranici porušit a přejít na nějakou takovou lidskou rovinu. Jakože kdyby tohle ti pracovníci uměli, neohrožovali tím samozřejmě sebe, svoje soukromí, ale uměli by jakoby přejít na tu lidskou rovinu. Protože pro klienta, kterej je v blázinci a má depresi, je to strašně vzácný... Takže to si myslím, že z hlediska klienta je strašně atraktivní, když ten člověk se nebojí a dokáže aspoň trochu přejít jakoby do té roviny – jsme dva lidi, máme v sobě emoce, máme v sobě prostě smutek nebo tohle a tohle, a to si myslím, že je hrozně důležitý.“*

*„No, každý si to zpracovává po svém. Tam nedošlo k verdiktu, tohle můžete, tohle nemůžete. A co řekl pan doktor, že věří, že všichni členi našeho týmu jsou natolik inteligentní a schopný lidi, že si to dokážou ohlídat sami. A že kdyby měli pocit, že něco zasahuje úplně do jejich soukromý zóny a nevěděli by si s tím rady, že by s tím přišli na radu. Že jsou tak schopný, že to nedopadne tak, že si třeba neuhlídají svoje soukromí.“*

## **Komunikace v týmu**

Dle peer konzultantky je rozdílnost v přístupu ke klientovi dána zkušeností každé profese, rozdílný je také jazyk, kterým s klienty jednotliví členové týmu hovoří. Různé profesní přístupy přinášejí rozdíly v označení diagnózy jednotlivých klientů. Respondentka hovořila o označení klienta např. jako *schizofrenik*, kdy zdravotníci jsou zvyklí označovat klienty dle diagnózy a sociální pracovníci toto označení vnímají jako více stigmatizující. Způsob označení dané skupiny dle respondentky hraje roli ve vnímání daného klienta a je tématem diskuze v týmu.

*„I když oni nás neslyší, měli bychom se o nich vyjadřovat jako o panu Novákovi, o paní... a snažit se tam mít nějakou etiku a kulturu komunikování i mezi sebou.“*

Dle respondentky dobře funguje předávání informací během pravidelných porad, popřípadě během celého dne při osobním kontaktu. Za další způsob předávání informací uvedla zápisy do databází, které jsou přístupné celému týmu. Peer konzultantka sdělila, že při své práci nerada nahlíží do zápisů o klientovi, jelikož jsou zde zřetelné diagnózy a pro její způsob práce je vhodnější, když ke klientovi přistupuje bezprostředně.

*„To je něco, na co já nejsem úplně zvyklá... já se tomu vlastně trochu vyhýbám, nahlížet do těch karet, protože tam vidíte černý na bílém tu diagnózu a všechno. Já to třeba vědět nechci.“*



*Mně to třeba u pár klientů, když jsem se dozvěděla víc, než jsem já sama věděla z kontaktu s těma lidma, tak mi to vlastně bylo nepříjemný...“*

*„Já jsem ho prostě přijala jako pana X, nějak jsem s ním spolupracovala a pak jsem se to dozvěděla a trochu to ovlivnilo ten vztah k němu. Ne nějak zásadně, ale prostě jsem to vědět nechtěla.“*

Za možnou komunikační bariéru označila peerka rozdílnost služeb některých členů týmu. Ti, kteří pracují na nočních službách, nejsou k zastížení v běžnou pracovní dobu. Některé informace by se tudíž nemuseli vůbec dozvědět. Rozdílnost služeb nepovažuje za zásadní překážku v předávání informací, základní informace jsou předávány bez problémů.

### **Souhrn výpovědí – peer konzultantka**

Peerka označuje spojení dvou skupin využívajících k práci odlišné metody za **jedinečnou**. Za efektivní v týmu považuje **možnost diskutovat různé pohledy a metody práce** s klientem a vzájemně tak **vytvářet způsob péče**, který bude pro klienta nejefektivnější. Práci **sociálních pracovníků** považuje za **citlivější**, více se **soustředí na detaily** a jsou **preciznější v dílčích krocích** péče. Práci **zdravotníků** pak hodnotí jako **striktnější**. Dodává, že vzájemně se tyto dvě **skupiny doplňují a společně vytváří hranice služby**. Pociťuje **absenci dalšího peera** v týmu, zejména z toho důvodu, že **nemá možnost konzultovat** na peerské úrovni.

Za optimální řešení považuje **zapojení více peerů**. Jak sama peerka hodnotí, jejich přítomnost je pro tým i klienty **výhodou**. Dále konstatuje, že peer se zkušeností s určitou duševní poruchou lépe dokáže porozumět klientům se stejnými obtížemi. Další peerové s odlišnou zkušeností tak lépe porozumí osobám s danou diagnózou. Sama má obavu, že z důvodu **nevyjasněnosti kompetencí** by mohl peer svojí prací **inklinovat k jiným profesionálům** v týmu. Dodává, že podpora od zbytku týmu ji motivuje ke **sdělování názoru na přístup** jednotlivců ke klientům.

Za výhodné považuje respondentka **dobrou lokaci a oblast působení** týmu, které **usnadňuje legitimitaci** v terénu. Do řešení specifických rodinných vztahů zve vždy více kolegů.

Důležité pro práci peer konzultantky je porozumět faktu, že u některých klientů **nemusí dojít k úzdravě**, a pochopit, že jejich stav již bude trvalý. Srozumění se s tímto faktem považuje za

*důležité pro psychohygienu* každého z týmu. Za cíl práce s klientem pak označuje *udržení nebo zlepšení stavu klienta* do té míry, kdy *nebude služby CDZ potřebovat*.

Peer konzultantka vnímá, že *částečnou zodpovědnost* za klienta *přebírá jeho case manager*. Jelikož case manager disponuje nejširšími informacemi o klientovi, měl by dle názoru respondentky *směřovat intervence* týmu. Hovoří o tom, že by si každý člen týmu měl *určit hranice vztahu s klienty sám*, neboli do jaké míry je *možné překročit standardy práce* jednotlivých profesí. Dále konstatuje, že jakékoli nejasnosti by se měly řešit při supervizních setkáních.

Střet různých profesí s sebou přináší *rozdílný jazyk při označování klientů*, což respondentka považuje za téma možné diskuze. Doplnuje, že zdravotníci klienty označují *na základě diagnózy* na rozdíl od sociálních pracovníků, kteří používají *nestigmatizující oslovení*. Informace o diagnózách v užívaných databázích peer konzultantka považuje za *zkreslující prvek pro bezprostřední komunikaci* a pro práci s klienty. Za možnou bariéru v komunikaci v rámci týmu považuje *rozdílnost služeb* některých pracovníků a z toho vyplývající jejich *nepřítomnost na každodenních poradách*.

## 8 Vymezení kompetencí psychiatrických sester a sociálních pracovníků

*„Velká část práce se pohybuje v takovém ne přesně vymezeném teritoriu.“*

Kompetence, kterými disponuje psychiatrická sestra: aplikuje intramuskulární injekce, provádí ošetrovatelské úkony, měří fyziologické funkce, připravuje medikaci, posuzuje zdravotní stav (somatický i psychický) a vyhodnocuje jeho rizika, sleduje výskyt nežádoucích/žádoucích účinků léků, při zhoršení stavu klienta řeší otázku hospitalizace, řeší souvislosti psychiatrické rehabilitace (pomoc při nákupu, pomoc při vytvoření finančního plánu, při využívání domácích spotřebičů), koordinuje péči o klienta (s jinými zainteresovanými profesionály), organizuje aktivity (volnočasové pomoc, rehabilitační, zájmové), pomáhá při mediaci konfliktů (v rodině, v chráněném bydlení apod.), pomáhá v krizových situacích, doprovází klienta atd.

Kompetence, kterými disponuje sociální pracovník: vytváří individuální plány péče, jejich hodnocení, vytváří protikrizové plány, pomáhá při zpracování žádostí (např. příspěvek na péči, žádost o dávky), provádí sociální poradenství, připravuje medikaci, posuzuje zdravotní stav (somatický i psychický) a vyhodnocuje jeho rizika, sleduje výskyt nežádoucích/žádoucích účinků léků, při zhoršení stavu klienta řeší otázku hospitalizace, řeší souvislosti psychiatrické rehabilitace (pomoc při nákupu, pomoc při vytvoření finančního plánu, při využívání domácích spotřebičů), koordinuje péči o klienta, organizuje aktivity (volnočasové pomoc, rehabilitační, zájmové), pomoc při mediaci konfliktů (v rodině, v chráněném bydlení apod.), pomoc v krizových situacích, doprovází klienta atd.

Jelikož jsou zdravotníci vedeni pod nemocnicí (Bohnice), platí zde jasně vymezená pravidla, kdo může podávat léky. Léky v tomto případě může **dávkovat pouze zdravotník**, nikoli sociální pracovník, přestože jsou si zdravotníci jistí, že i sociální pracovníci dokážou plně kompetentně přiřadit daný druh léku do krabičky svého klienta. Tato skutečnost je omezující, jelikož klade požadavky na zdravotníky, aby byli neustále přítomni u výdeje léků, a omezuje tak plynulost péče.

*„My jsme pracoviště, který je zároveň nemocniční pracoviště, a nemocnice má jasně daná pravidla, kdo smí podávat léky a za jakých podmínek a jakým způsobem, a ten nepřipouští, aby je připravoval sociální pracovník. My se potom dostáváme do takového střetu, který se teď*

*v nemocnici pokoušíme vyřešit... zároveň je úplně absurdní trvat na tom, že všem klientům, kterým připravujeme léky, to vždy bude dělat ta sestra. To je úplně nesmyslný požadavek.“*

Práce psychiatrických sester a sociálních pracovníků se **ve větší míře shoduje**. Jsou zde pouze rozdíly, které vyvstávají z profese (např. ošetrovatelské úkony, aplikace injekcí). V situacích potřeby znalostí/kompetencí jiného profesionála je velkou výhodou **možnost odkázat klienta na kolegu v týmu**, který je kompetentnější k danému úkonu (vyřízení dávek).

Psychiatrická sestra **sestavuje s klientem ošetrovatelský proces**, který je dle výpovědi psychiatrické sestry „kontraproduktivní pro komunitní péči“. Ošetrovatelský proces je hodnocen jako **nepoužitelný pro práci s dlouhodobě nemocným klientem v komunitní péči**. Psychiatrické sestry by ho však měly vést. Individuální plánování vede s klientem každý pracovník (case manager) zvlášť a dle výpovědi respondentek ho vytváří každý velmi individuálně – **není jasně dané, jak by individuální plán měl vypadat** a co vše by ho mělo tvořit. Vše se však odvíjí od klientů a od potřeb a očekávání, které od individuálního plánu mají, a zejména jaká forma plánu mu vyhovuje.

Různost v názoru na situace, které v týmu vznikají, jsou **považovány za výhodné**. Odlišné profesní zázemí skupin zdravotníků a sociálních pracovníků je příležitostí, jak se z opačného pole působení **učit o duševních poruchách a souvislostech**, které onemocnění přináší. Spojení sociálních pracovníků a psychiatrických sester v jednom týmu přineslo **rychlejší a intenzivnější mísení pohledu** na situaci klientů, učení se kompetencí opačné profese a možnost diskutovat řešení situací, se kterými se setkávají.

*„My jsme se posunuly od toho – takhle se to dělá, k tomu – dá se to dělat různými cestami a zvážit různá hlediska. Například u sociálních pracovníků bylo málo zkušeností s těma nejkřivějšíma stavama, protože většina toho týmu pracovala ve službě, která byla ambulantní a kam ten člověk, když mu bylo nejhůř, třeba vůbec nepřišel. A my jsme nebyly naučený chodit tam, zvonit tam a být tam, opakovaně ho kontaktovat... Jsme se naučily, jak toho člověka opakovaně kontaktovat, a tak se tak k němu vetřít, i když třeba úplně nechce. Ale pro toho člověka je to velká pomoc...“*

Do terénu **nejčastěji vyjíždí case manager klienta**. Ten si pro účely situace, pro kterou vyjíždí za klientem, **přizve potřebně kompetentního kolegu**. V jiném případě vyjíždí již smlouvením kolegové nebo spolupracovníci, kteří jsou na práci opačně kompetentního kolegu zvyklí a jimž společná práce v terénu vyhovuje. Respondentky neoznačily, že by pro výjezd do terénu byla

specializace primárním důvodem při výběru vyjíždějícího týmu. Do terénu však nejčastěji vyjíždí tým složený alespoň z jedné sociální pracovníce a jedné psychiatrické sestry.

Sami **klienti často nerozlišují**, kdo je v týmu psychiatrická sestra a kdo sociální pracovník. Nejvíce **komunikují se svým case managerem**, popřípadě se členem týmu, kterého znají a jsou s ním v častějším kontaktu.

*„... a pak vyhledává lidi podle toho, jak je zná a jaký s ním mají vztah.“*

*„Oni to kolikrát ani nevědí... hodně nám říkají sestřičko.“*

V případě potřeby specializace se obrací sociální pracovníce na psychiatrické sestry (somatické ošetření klienta) a v jiných situacích se obrací psychiatrické sestry na sociální pracovníce (odborné sociálně-politické znalosti).

*„On přijde třeba na depotku a je mu vlastně jedno, jak si to mezi sebou vyřídíme a rozdělíme.“*

Respondentky vypověděly, že se v týmu profilují kompetence, které se **nedají přiřadit ani k jedné profesi v týmu**. Tyto „kompetence“ jsou výsledkem praxe, osobnostního nastavení a jiných osobnostních vlastností jedince, od kterých se odvíjí daný vztah s klientem a s ním související uzdravný proces.

*„... někdy si vybírají podle toho, že umí ten vztah s tím člověkem navázat... Oni mezi sebou se domlouvají, radí a diskutují o těch klientech i v širším kontextu. Ve smyslu, co se s tím člověkem právě děje, čím to může být, co by byla další dobrá strategie, jak se zachovat v dílčí situaci... a co jsou další možnosti, co bychom pro něj mohli udělat. A to se nedá úplně úzce rozdělit, jestli je to zdravotní, nebo sociální, to je podle mě nějaká jakoby o patro výš možná i kompetence, ke které se může dopracovat jak sestra, tak sociální pracovník, tak ergoterapeut nebo fyzioterapeut. Něco, co je nad těma profesemi.“*

V návaznosti na diskutované kompetence, které nejsou zařaditelné k profesní specializaci, hovořily respondentky o kompetencích klíčového pracovníka klienta. V případě case managera by dle názoru jedné z respondentek **neměla být rozpoznatelná** jeho profese.

*„... ten výkon se neodvíjí od toho, čím původně jste.“*

Kompetence case managera dle výpovědí respondentek *vznikají ze vztahu s klientem*, primárně z dobré znalosti klienta v různých situacích. Nikde však *nejsou identifikovány či legislativně popsány*.

*„Je to vlastně kompetence zkušenosti s tím člověkem.“*

Dle respondentek by *case manager měl disponovat* těmito kompetencemi: vedení motivačního rozhovoru, schopnost plánovat s klientem, dovednost efektivně pracovat se zainteresovanými zdroji (sítí služeb, lidí, zdrojů) apod. Na základě těchto dovedností by takto kompetentní pracovník byl schopen pracovat s duševně nemocnými, aniž by bylo primární, jakou má předchozí pracovní kvalifikaci.

*„Celá reforma počítá s tím, že ty sestry, jak teď jsou, přejdou do totálně jiného prostředí, s totálně jinými nároky a budou to dělat, aniž by bylo řečeno, co tam budou dělat a kde se to naučí. To je podle mě úplně šílená situace.“*

Nejednoznačnost v náplni práce v péči o duševně nemocné v komunitních podmínkách je zapříčiněna *nedostatečným vzdělávacím systémem* – jak pro psychiatrické sestry, tak pro sociální pracovníky. *Neexistuje aprobace*, která by připravila pracovníky pro práci s duševně nemocnými, zejména pak pro práci v komunitních podmínkách, kde je snaha o nahrazení medicínského způsobu péče o duševní zdraví adekvátnějším přístupem.

*„Například pro pracovníka, třeba v tom CDZ, bych si představovala, že to bude ‚pracovník v péči o duševní zdraví‘, nebo tak nějak bych to pojmenovala, který má nějakou sesterskou průpravu do nějaké míry a nějakou sociální průpravu... Nebo kdyby existovala nějaká nástavba, specializační studium, které by oběma těm profesím dodalo tu druhou půlku... Možná, že to není problém jen CDZ, ale že to je otázka celkově komunitní péče.“*

Respondentky pocítují *absenci průpravy pro roli case managera*, která je klíčovou rolí pro vytváření komunitně založené péče o duševně nemocné. Nedostačující je též příprava sociálních pracovníků pro práci v psychiatrické oblasti, a dle jejich výpovědi nemají psychiatrické sestry zákonnou povinnost mít atestaci pro péči o duševně nemocné, což je také limitující.

*„Motivace k tomu mít to specializační studium je pak velmi chatrná. Ta specializace je orientovaná na lůžkovou péči, protože tady zatím žádná komunitní péče nebyla.“*

*„Když pak přijde sociální pracovník bez předchozí zkušenosti, musí absolvovat balíček kurzů těch základních... a tím se předpokládá, že se v tom posune, a asi se to i děje. Třeba individuální plánování, protikrizový plánování, psychiatrický minimum. Takový ty základní kurzy, pokud v tom žádnou zkušenost nemá, tak tím musí projít.“*

Dle respondentek by bylo vhodným řešením například **společné vzdělávání**, které by zvýšilo kvalifikaci členů týmu a přispělo tak k možnosti pracovat v určitých oblastech podobným způsobem. Chybí též **vzdělávání v metodách komunitní péče**.

*„Kdybych si tak představila, kdyby byl zachován tenhle současný systém... tak aby se týden dětské psychiatrie vyměnil za týden komunitní péče. Taky bych byla ráda, kdyby to studium bylo více postaveno na interaktivních metodách než na přednáškách typu – co je deprese, co je schizofrenie. To se v tuhle chvíli ale zdá být otázka toho, kdo to učí... protože ti vyučující tu zkušenost dnes nemají, protože všichni pracují v těch nemocnicích. Takže těžko můžou tohle (komunitní péči) vyučovat...“*

V aprobaci psychiatrické sestry chybí dle respondentky kompetence – vedení motivačního rozhovoru, krizová intervence (tváří v tvář, po telefonu) a další dovednosti, kterými nemusí všeobecná sestra disponovat. Tímto kvalifikovaným zaměstnancem by nemusela být psychiatrická sestra či sociální pracovník, ale **adekvátním řešením by byl vznik nové profese**, např. *„pracovník v péči o duševní zdraví“*, který by disponoval specifickými dovednostmi potřebnými pro péči o osoby s duševním onemocněním v komunitních podmínkách.

## 9 Výsledky výzkumu a doporučení pro praxi

### Specifika multidisciplinární spolupráce

Práce multidisciplinárního týmu je označována jako komplexní, celistvá, mezioborová spolupráce, která rozšiřuje pohledy na práci s klienty. Spolupráce a kombinace profesionálů v daném týmu nabízí klientům dostupné služby ošetřující zdravotně-sociální potřeby, a tím přispívá k ošetření celkového stavu klienta. Opakovaným tématem je sdílená zodpovědnost a možnost konzultovat s ostatními pracovníky v týmu. Zjednodušením, které tato forma spolupráce přinesla, je možnost nahlížení do obou vykazovacích databází, jež rozšiřuje možnosti ke sdílení informací. Sloučení zdravotnických a sociálně orientovaných týmů rozšířilo pohled na práci s klientem, zejména pak při kombinaci stylů práce zdravotníků a sociálních pracovníků, kdy dochází k propojení „striktnější a asertivnější“ a „citlivější a konstruktivnější“ struktury práce.

Kombinace obou přístupů a možnost konzultace pohledů na péči přináší efektivnější výsledky v dosahování recovery klientů. Možnost vzájemného učení se od ostatních profesí nabízí ucelenější pohled na klienta a efektivnější řešení krizových situací, zejména pak zmírnění sociálních a zdravotních dopadů nemoci. Spojení dvou fungujících týmů a s tím související potkávání rozdílných metod práce přináší postupné vytváření hranic služby. Lze předpokládat, že střet názorů na poskytovanou péči je výsledkem toho, že se spojily dva dobře fungující týmy a v současné době musí hranice a postupy uceleného týmu vytvářet. Dalším předpokladem je fakt, že pokud vstupují pracovníci do multidisciplinárního týmu bez předchozí zkušenosti práce v týmu, je snazší nastavit metody práce, popřípadě strukturu fungování celého týmu.

#### Doporučení pro danou oblast:

- Kombinovat přístupy;
- Konzultovat pohledy na péči;
- Vytvořit hranice služby;
- Při tvorbě nových týmů – přemýšlet více týmově.



## **Změny oproti předchozí zkušenosti**

Dochází k rozšíření nabídky služeb, která je provázanější a nabízí větší spektrum služeb. Novým specifickým prvkem je spolurozhodování týmu v oblasti nedobrovolné hospitalizace a medikace, kdy rozhoduje celý tým po zvážení všech možných rizik a možností, které stav klienta přináší, s respektem k přání klienta. Zdravotníci vnímají absenci standardů práce jednotlivých profesí a absenci direktivního vedení týmu; výhodou byl příchod vedoucí psychiatrických sester. Došlo k rozšíření metod práce o case management, který je vhodným nástrojem v komunitní péči, a zefektivnilo to nejen službu, ale též komunikaci mezi profesionály.

Značnou změnou je nepřetržitý provoz CDZ, kdy mají klienti možnost osobně přijít, popřípadě telefonicky kontaktovat jednoho z přítomných zdravotníků. Absence pracovníka po noční službě na denních poradách znemožňuje kontaktovat case managera klienta v případě potřeby. Z důvodu jeho absence na poradě dochází k neucelenému předávání informací. Vzhledem k charakteru služby (nepřetržitý provoz) se tomuto riziku tým pravděpodobně nevyhne. Pokud funguje část týmu v nočním provozu, jejich přítomnost v denním režimu je nemožná. Změna, zejména u zdravotníků, nastala ve způsobu práce, kdy mají možnost pracovat více individuálně na úkor „obsloužení“ řady anonymnějších klientů. To přináší lepší vytváření vztahů a s tím související hlubší pochopení klientovy situace a možnost s těmito informacemi pracovat.

### Doporučení pro danou oblast:

- Nastavení standardů týmu a jednotlivých profesí;
- Vzdělávání v case managementu jako hlavní metody práce;
- Zvolení jednoho vedoucího týmu;
- Zvážení personálního a funkčního nastavení nočních služeb;
- Vytváření vztahu s klientem.

## **Zapojení peer konzultanta**

Pozice peer konzultanta byla charakterizovaná jako autentická, nezbytná a přínosná díky otevřenému způsobu komunikace přinášejícímu nový rozměr práce na partnerské úrovni. Diskutovaným tématem byla nevyjasněnost hranic a kompetencí této pozice, dále z řad ostatních profesionálů zazněla obava o osamělost v týmu a přetížení. Jelikož peer konzultant nemá v týmu kolegu na stejné pozici a tato pozice se dá považovat za nově vzniklou v těchto podmínkách, vlastní metody práce stanovuje sám.

Nastavení metod, utváření a zapojování této pozice je otázkou osobního charakteru peera. Pracovníci by uvítali větší zpětnou vazbu na způsob komunikace s klientem, popřípadě možnost více konzultovat strukturu práce. Pohled peera na situaci a pocity klienta přináší autentičtější výpověď, která napomáhá vzhledu do problematiky duševních poruch. Výše úvazku neodpovídá potřebě týmu, zejména pak při výjezdu do terénu, kdy peer posoudí nutnost intervence týmu, též v nepřítomnosti peera chybí názor při společných poradách. Nepříslušnost k žádné z profesí v týmu činí tuto pozici jedinečnou. V týmu zazněl názor, že navýšení počtu peerů by mohlo probíhat z řad klientů, kteří by měli svého zástupce a měli tak spolurozhodovací pravomoc v týmu. Při výběru dalšího peer konzultanta by se mělo přihlídnout k odlišné zkušenosti s diagnózou, zejména pro autentičtější pomoc klientům se stejnou poruchou.

### Doporučení pro danou oblast:

- Stanovit kompetence peer konzultanta a jeho metod práce;
- Navýšit počet peerů, popřípadě navýšit úvazku stávajícímu peer konzultantovi;
- Nový peer konzultant: nejlépe z řad klientů, s rozdílnou zkušeností s nemocí, než má stávající peer;
- Dávat větší zpětnou vazbu od peer směrem k ostatním členům (komunikace s klienty, názor při poradách a při terénní práci apod.).

## Vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce

Problematickou oblastí je nejednoznačnost postavení CDZ v systému sociálních psychiatrických služeb. Stěžujícím faktorem pro práci týmu je neinformovanost ostatních institucí o poskytovaných službách Centra a z toho vyplývající nutnost je obhajovat a prosazovat. Vzhledem k tomu bylo apelováno na nutnost vytyčení kompetencí, práv a povinností CDZ a s tím související vznik standardů práce multidisciplinárního týmu a jednotlivých členů. Lze předpokládat, že budování pozice v síti služeb napomůže rozšíření povědomí o CDZ.

Přítěžujícím faktorem je stávající legislativa v oblasti bytové politiky, kdy klienti nemají možnost vymanit se ze sítě pobytových služeb zpět do běžného života. Tato zatěžující socioekonomická situace klientů přináší obavu o zacyklení klientů v síti služeb. Nejasné místo v systému ztěžuje navazování spolupráce s PN Bohnice, jakožto největším „zdrojem“ klientů, ve kterém nejčastěji dochází k prvotnímu kontaktu s klientem a předjednání následné spolupráce s CDZ. Za výhodu tohoto týmu by se dala považovat dobrá lokace, která částečně usnadňuje legitimaci při kontaktu s institucemi v okolí a s osobami zainteresovanými do řešení situace klienta. Navazování spolupráce s rodinami by usnadnilo vzdělávání v rodinné terapii, zejména pro efektivnější práci s rodinou, která je častým zdrojem problémů klienta nebo naopak má zájem na řešení situace nemocného.

### Doporučení pro danou oblast:

- Vymezit postavení CDZ v systému sociálních služeb;
- Rozšířit povědomí o službách CDZ mezi návazné instituce, psychiatrickou nemocnici a rodiny (možných) klientů;
- Vzdělávat se v rodinné terapii;
- Potřeba legislativních změn, zejména v postavení CDZ v systému sociálních služeb, potřeba sociálních bytů pro duševně nemocné, potřeba nové sociální dávky pro nemocné bez nároku na výplatu.

## Cíl práce s klientem

Cíl práce s klientem je vykládán každou profesí jinak, avšak za cíl považují stav, kdy je klient v přirozeném prostředí bez potřeby pobytových služeb; celostní úzdravu a udržení nebo zlepšení jeho stavu. K dosahování *recovery* užívá každá profese v týmu jiné metody a pohled na úzdravu by se měl více sjednotit. K propojení metod péče by přispělo společné vzdělávání (např. v rodinné terapii) nebo vzdělávání z opačné oblasti působení (zdravotníci sociální oblasti a naopak). Zdravotníci lépe dokážou pochopit sociální dopady nemoci na jedince, naopak sociální pracovníci nahlédnou do fyziologických dějů nemoci. Optimální je provázanost a vzájemné učení se od ostatních profesionálů a kombinace jejich přístupů.

Opakovaným tématem bylo nejasné ukončení spolupráce s klientem. V tuto chvíli není potřeba dělat opatření, jelikož počet klientů nepřesahuje kapacitu Centra. V současnosti probíhá ukončení spolupráce nejvíce z toho důvodu, že se klient odstěhoval mimo spádovou oblast CDZ, nebo samovolně přestal docházet, a tím spolupráce skončila. Lze předpokládat, že s rozšířením sítě Center bude snadnější předávání klientů do péče a vytvoří se kritérium pro ukončení spolupráce. Další kritickou oblastí je chybějící síť návazných služeb, do kterých by mohl tým klienta předat ve chvíli, kdy využívá pouze dílčí část služeb týmu a kdy nepotřebuje více profesionálů najednou. Tým by měl tak prostor věnovat více pozornosti ostatním členům komunity, a mohl by tak přispět k prevenci v cílové populaci.

### Doporučení pro danou oblast:

- Sjednotit pohled na *recovery*;
- Vymezit kritéria pro ukončení spolupráce;
- Vytvořit spolupráce s návaznými službami (pokud existují), popřípadě s jinými možnými zdroji aktivit (volnočasové aktivity, tréninková místa apod.);
- Působit preventivně v komunitě (vyhledávání potenciálních klientů, kontakt s bývalými klienty a mapování jejich stavu);
- Zavést společné vzdělávání, popřípadě vzdělávání zdravotníků v sociální oblasti a naopak.

## Kompetence v týmu

Došlo k rozšíření kompetencí zdravotníků, kteří mají možnost věnovat se nejen svému oboru, ale využívat metod sociální práce. Zejména zdravotníci se setkávají s neznalostí case managementu, tuto novou roli se stále učí. Case manager distribuuje a koordinuje péči a přebírá část zodpovědnosti za klienta, zejména z toho důvodu, že disponuje nejširšími informacemi o klientovi. Za jádro multidisciplinárního týmu je považován terénní tým, který je hybnou silou práce v komunitě. K rozšíření služeb poskytovaných v terénu by přispělo navýšení počtu psychiatrů alespoň o jednoho, který by kromě výjezdů do terénu měl možnost zastupovat současného lékaře v době jeho nepřítomnosti, a přibyla by možnost konzultace na stejné profesní úrovni. Určité nejasnosti vyvstaly v oblasti odlišného financování jednotlivých členů. Rozdílné finanční podmínky přispívají k hierarchickému vnímání jednotlivých profesí a s tím spjaté odlišné vnímání kompetencí. Jak již bylo zmíněno výše, kompetenci v rozhodování má celý tým.

Lékař a psychologky by měli být primárně k dispozici pro konzultace pro tým. Optimální počet členů v týmu by neměl přesáhnout 15 osob, takto velký tým zajišťuje užší spolupráci a efektivnější sdílení informací. Možným omezením by mohlo být zavedení krizových lůžek, zejména z toho důvodu, že část týmu bude poskytovat péči u lůžka a nebude mít čas vyjíždět do terénu, popřípadě poskytovat služby v běžném provozu. Každý jedinec v týmu by si měl určit vlastní hranici ve vztahu s klientem, kdy může například nabídnout volnočasovou aktivitu o víkendu nebo přinést nepotřebné oblečení pro rozdání mezi klienty. Zde by mohlo vyvstat riziko, že se vztah profesionála s klientem posune za hranici profesního života do soukromé sféry a mohlo by dojít k nežádoucímu využívání této situace ze strany klienta. V případě potřeby je nutné řešit nejasnosti při překročení hranic na supervizi nebo na poradách. V této profesi je však tak vysoká míra profesionality, že setkání s tímto problémem prakticky odpadá. Problematickým bodem je absence jednoho vedoucího týmu, který by určil kompetence jednotlivých členů, delegoval práci, zastupoval tým navenek a měl finální slovo při rozhodování, zejména v situacích, kdy má tým nejasnosti. Potřebou pro optimální fungování je možnost spolupracovat s externími profesionály, kteří by mohli do týmu docházet dle potřeby klientů (adiktolog, poradenství pro oblast zaměstnávání apod.)

### Doporučení pro danou oblast:

- Navýšit počet psychiatrů o jednoho, který bude působit v terénu;
- Lépe nastavit finanční ohodnocení členů týmu;
- Prodiskutovat zavedení krizových lůžek v rámci CDZ;
- Lékař a psycholog primárně působí jako konzultanti pro tým;
- Zvážit vlastní hranice vztahu pracovník – klient;
- Navázat externí spolupráci s profesionály z různých oblastí (dle potřeby);
- Přijmout vedoucího celého multidisciplinárního týmu.

### **Komunikace v týmu**

Potřebné informace jsou předávány na každodenních poradách, popřípadě během celého dne při osobním kontaktu jednotlivých pracovníků nebo z obou vykazovacích databází. Komunikaci dále zefektivňují porady celého týmu jednou za dva týdny. Počet a doba trvání jednotlivých porad je velmi dobře nastavená, zejména je vyvážená míra společné práce týmu a péče o klienty. Bariérou pro získání ucelených informací o klientovi je nemožnost rozpoznat klienta v sociální databázi, jelikož je veden pod označením *anonym*. Rozdílný systém vykazování, tedy i možnost nahlížení do zápisů klientů, zamezuje jednoduchému získání informací, ale vykazování úkonů v terénu na pojišťovnu je značnou komplikací. Rozdílnost služeb, jak bylo zmíněno výše, je možnou překážkou pro získání aktuálních informací o klientech.

Vzhledem k počtu klientů a intenzitě práce s nimi není v lidských silách obsáhnout všechny informace ani v případě, kdyby byly všechny informace o klientech viditelné na jednom místě. K usnadnění a zefektivnění týmové spolupráce by měly přispět elektronické tablety, ve kterých budou sloučené zápisy o klientech, sdílený prostor pro vzkazy a poznámky nebo například umožní videohovory s týmem v terénu. V této technologii je zřejmý potenciál, záleží však na schopnosti pracovníků s novou technikou se naučit a v širším kontextu pak zajistit tablety pro všechny v týmu. Toto je nejen zátěž finanční, ale též vyžaduje další schopnost jednotlivých pracovníků skrze tuto novou technologii spolupracovat. Další nedílnou součástí je neznalost softwaru, který se stále ještě utváří, a otázka, zda tato novinka bude zjednodušením pro vykazování výkonů na pojišťovnu.

### Doporučení pro danou oblast:

- Zjednodušit vykazovací systém, popřípadě vykazovací systémy sloučit nebo nahradit jiným, společným systémem pro vykazování výkonů pro zdravotní pojišťovny;
- Zjednodušit předávání informací personálu na nočních službách;
- Učit se práci s tablety, respektive naučit se využívat jeho výhody.

### **Východiska pro praxi**

<i>Dobrá praxe</i>	<i>Potřeba zlepšit</i>
Komplexnost, jedinečnost	Vytvořit standardy a metodiky práce
Mezioborová spolupráce	Definovat kompetence jednotlivých členů
Nabídka spektra služeb	Přijetí dalšího peer konzultanta
Ucelený pohled na klienta	Přijetí dalšího psychiatra
Řešení krizových situací	Přijetí vedoucího celého týmu
Terénní služba	Vzdělávání v rodinné terapii, společné vzdělávání
Možnost mezioborové konzultace	Budovat pozici CDZ v systému služeb
Distribuce zodpovědnosti	Navazovat spolupráce s PN Bohnice
Možnost intervize	a informovat zainteresované zdroje
Lepší psychohygiena	Budovat návaznou síť služeb
Sdílené rozhodování	Vytvořit individuální a krizové plány
Case management	Zlepšit case management
Kontinuálnější struktura práce	Sjednotit způsob financování zaměstnanců
Zapojení peer konzultanta	Zlepšit vykazovací systém
Dobrá lokalita	Nastavit noční služby
Snadná legitimace	Zlepšit komunikační jazyk
Nepřetržitý provoz	Nastavit krizová lůžka
Rozšíření kompetencí zdravotníků	
Využívání tabletů	

## Diskuze

Proces změn v psychiatrické sféře přinese mnoho dalších požadavků, jak by správně měla vypadat spolupráce na komunitní úrovni. Pouze praxe ale ukáže, jak péče o duševně nemocné může v těchto podmínkách fungovat. Každý nově vznikající tým bude čelit různorodým podmínkám, na které by se měl brát ohled a dle nich týmy formovat. Zejména záleží na rozsahu spádové oblasti, od čehož se odvíjí zastoupení různých profesionálů v týmu, na počtu fluktujících a stálých klientů nebo například na osobnostním nastavení každého člena týmu. Pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče musí tým cílit k vyváženosti zdravotních a sociálních služeb, za předpokladu dobré koordinace poskytovaných služeb a k asertivnímu přístupu ke klientům na základě vytvořeného profesionálního vztahu s klientem.

Péče o pacienty s SMI může být ztížena rezistencí na léčbu psychofarmaky, rozvojem dalších symptomů nemoci, rozvojem duální diagnózy nebo zhoršující se adaptabilitou do společnosti. Všechny tyto elementy přinášejí nároky na tvorbu legislativních změn, které alespoň zčásti zabezpečí dodržování práv osobám s duševním onemocněním, a to zejména u těch jedinců, u kterých jejich stav vyžaduje nepřetržitou péči, která by jinak byla poskytována v tradičním (zastaralém) systému na odděleních psychiatrických nemocnic. Legislativní změny v oblasti bytové politiky a sociální pomoci by efektivně napomohly k prevenci vyloučení nemocného ze společnosti a usnadnily by jim cestu k zotavení v oblasti kvality života.

Duševní zdraví je jedním z nejcennějších determinantů jak jedince, tak celé společnosti, přičemž počet duševně nemocných (nebo se zhoršeným duševním zdravím) celosvětově přibývá, výjimkou není ani Česká republika. Je tedy nutné dbát na dodržování mezinárodních úmluv a deklarovaných práv, které přispějí ke zlepšování duševního zdraví na národní úrovni.

Je zapotřebí opustit zastaralý způsob péče o duševně nemocné, kdy byly sociální a psychosociální potřeby nemocných opomíjeny na úkor potřeb biologických. Tyto změny v poskytování péče o duševně nemocné si žádají zaměřit se na sociální práci jako na způsob, skrz který dojde k naplňování nejrůznějších psychosociálních lidských potřeb. Při zanedbání těchto potřeb může docházet k rozvoji duševních potíží a v důsledku toho nemůže dojít k plnému zotavení jedince. Sociální práce je tak efektivním nástrojem pro péči o duševní zdraví a lze ji považovat za elementární k péči zdravotní.



Způsoby a metody poskytování kvalitní péče osobám s duševní poruchou, zejména osobám se závažným duševním onemocněním, a to v komunitních podmínkách, jsou stále nevyjasněnou oblastí. Práce v komunitních podmínkách představuje nové téma, kterému je zapotřebí se pozorněji věnovat. Primárně je žádané vzdělávat pracovníky v multidisciplinárních týmech z oborů sociální práce, krizové intervence, ošetrovatelství a naučit je, jak efektivně využívat případové vedení, individuální plánování nebo komunikační dovednosti, které jsou neodmyslitelným atributem vytváření kvalitního vztahu s klienty. Práce profesionálů v multidisciplinárních týmech je velmi komplexní a žádá si teoretickou i praktickou přípravu pracovníků, která by měla začínat již na vysokých či vyšších odborných školách.

Dalším aspektem úzce souvisejícím se vzděláváním pracovníků, kteří vstupují do psychiatrické oblasti a pečují o osoby s duševními poruchami, je potřeba praktického vhledu do toho, co komunitní péče znamená. O tom, co je komunitní péče, bylo již napsáno mnoho. Avšak proces psychiatrické reformy je procesem transformace do komunitních podmínek, ve kterých se pracovníci těžko orientují a který zůstává velkou neznámou. Na jedné straně se může zdát, že je zde velký prostor pro formování vlastního „stylu“ péče v komunitě, ale na straně druhé tento fakt přináší riziko neznalosti. Čas, který zabere prozkoumávání nového, tedy co ještě je komunitní práce a co ne, by se mohl efektivně využít při praktickém vzdělávání pracovníků, kteří by se mohli učit od těch, kteří již mají zkušenost dobré praxe komunitní péče například v zahraničí. Psychiatrická reforma přináší velké a zásadní kroky v péči o duševní zdraví, avšak pouze okrajově se dotýká těch, kteří budou s duševně nemocnými v dennodenním kontaktu.

Jak bylo diskutováno během rozhovorů, bylo by zapotřebí zavést vedle společného vzdělávání pracovníků v CDZ též novou profesi – s kvalifikací psychiatrické sestry a sociálního pracovníka. Takto vzdělaný pracovník by měl již přípravu z vysoké školy jak z oblasti ošetrovatelství, čímž by se odstranila bariéra např. podávání léků a aplikace intramuskulárních injekcí, ale zároveň by byl dostatečně kompetentní pro vytváření kvalitního vztahu s klientem, na kterém závisí role case managera. Příprava takto kompetentních jedinců by odstranila další bariéru, kterou jsou noční služby v CDZ, nyní pouze v pracovních povinnostech psychiatrické sestry.

V souvislosti se vzděláváním pracovníků CDZ je nutné podotknout, že Reforma psychiatrie počítá s pregraduálním a postgraduálním vzděláváním psychiatrů, klinických psychologů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků, ke kterému se zavazují CDZ. Též počítá s vytvořením celoživotního vzdělávacího programu lékařských, nelékařských zdravotních pracovníků a sociálních pracovníků a též se vyjadřuje k otázce edukace obyvatelstva a na ně navázanou osvětu v této oblasti. Dle mého uvážení je nedílnou součástí vzdělání pracovníků v nově vznikajících Centrech v metodách krizové intervence a psychoterapie, které by přispěly ke kontinuálnější práci s klientem a dopřály tak pracovníkům komplexní vzdělání, které je zapotřebí pro práci s osobami se závažným duševním onemocněním v komunitních podmínkách.

Proces zavádění Center duševního zdraví s kvalitními multidisciplinárními týmy je proces řádově na několik let. Jsem však přesvědčená, že i jako malá země s určitým ekonomickým statusem a politickou situací máme možnost na našem území vybudovat síť dostupných komunitních center, vzájemně provázaný systém s cílem starat se o duševní zdraví nejen na úrovni jednotlivců, ale též na úrovni celospolečenské.

Při zavádění nových Center duševního zdraví je nutné sledovat efekt a kvalitu poskytované péče. Na jedné straně jde o pracovníky, kteří péči poskytují – tedy vytvořit určitý rámec poskytovaných služeb integrovaný v legislativě, popsat kompetence jednotlivých profesionálů a standardů poskytované péče, což současně musí doprovázet evaluace ze strany klientů. Nutností tedy je vytvoření metodik a standardů práce multidisciplinárního týmu, a to zejména tak, aby odrážely praktickou zkušenost již vzniklých týmů CDZ. Nedílnou součástí by měla být supervize pro pracovníky týmů, která by měla efektivně posloužit jako nástroj kvality poskytovaných služeb.

Je důležité zmínit, že změny, které čekají tuzemskou psychiatrickou sféru, jsou zásadní v péči o duševní zdraví. Transformace služeb z tradičních pobytových nemocnic do komunitně orientovaných center se může zdát náročná ve svých dílčích krocích, ale lze se inspirovat v západoevropských a severských zemích, kde se tento způsob poskytování služeb osobám s duševním onemocněním osvědčil a aplikovat ho i do tuzemských podmínek. Jedná se o velké změny nejprve v legislativní sféře, kde je zapotřebí zakotvit péči o duševní zdraví jako jeden z nejdůležitějších cílů směřování státu, a posléze tyto změny provést v nižších sférách – od snížení lůžek v psychiatrických nemocnicích po edukaci a podporu profesionálů, kteří přímo

poskytují pomoc a péči nemocným jedincům a jejich nejbližším. Zefektivnění a zjednodušení administrativních záležitostí by mělo přinést ukotvení Center duševního zdraví v legislativě.

Nutností je přispívat k destigmatizaci celého oboru psychiatrie a sociální práce, jelikož chystaná reforma spočívá též v řešení sociálních otázek za pomoci metod sociální práce, nikoli pouze zdravotnickými způsoby, jako tomu bylo doposud. Stigma duševní nemoci může být příčinou zacyklení duševně nemocných v síti psychiatrických služeb, které nemají prostor pro podporu nemocného ve znovunalezení důstojného místa ve společnosti. Na tomto místě můžeme věřit, že si s sebou do budoucna duševní porucha neponese stigma, ale naopak vzroste v populaci povědomí o tom, jaké je žít s nemocí, a tím se posunout skrze destigmatizaci ke vzájemné podpoře. Zdravotní a sociální práce musí razit společnou cestu na stejné úrovni. Jedině tímto způsobem může dojít k úzdavě nejen klienta a jeho blízkého okolí, ale i k úzdavě celospolečenského vnímání duševní nemoci.

Komplexnost poskytovaných služeb a jedinečnost spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků přináší novou dimenzi péče v komunitních podmínkách. Zkoumaný tým stojí na zrodu něčeho zcela výjimečného, ale také se zátěží skutečnosti, že jsou prvním seskupením, které bude předkládáno jako příklad ostatním nově vznikajícím týmům v Centrech duševního zdraví. Budou příkladem toho, jak by služba měla být nastavena. I přes fakt, že se sloučily dva plně fungující týmy z různých oblastí práce s klienty, a hlavně s pracovníky, kteří mají mnoho let praxe, dosáhly za těchto podmínek relativně optimálního fungování. Nevýhodu, které toto sloučení přineslo, je odlišné financování pracovníků. Systém financování z odlišných ministerstev přináší rozdílné platové podmínky jinak srovnatelně stejně kompetentních pracovníků, kteří v týmech pracují. Bylo by vhodné, pokud je žádáno od pracovníků totéž, aby se i mzdové podmínky více sjednotily a umožnily tak pracovníkům přiblížit se odpovídající odměně za jejich komplexní práci.

Výsledky výzkumného šetření jsou však omezeny faktem, že neodpovídali všichni členové z týmu – tyto výsledky nejsou tedy úplně vyčerpávající, neboť z celkového počtu 19 členů bylo provedeno šetření pouze se 13 členy. Dalším omezením výzkumného šetření je též časová náročnost, kterou přináší prepis sebraných dat a následné třídění a kategorizování do finální podoby, při které mohlo dojít ke zkreslení významu některých výpovědí, popřípadě se ve výsledcích nemusely objevit všechny relevantní výpovědi. I přes všechny zmíněné faktory věřím, že předložené výsledky nejsou ovlivněny ničím zásadním a podávají tak reálný popis skutečnosti.

Závěrem je třeba podotknout, že stojíme na prahu nové éry poskytování služeb duševního zdraví, které by mělo Českou republiku posunout mezi vyspělé země v péči o duševně nemocné. Věřím, že do budoucna bude zřízen inteligentní systém financování týmů a jeho personálního zajištění a že fungování týmu, kromě běžných lidských problémů, nebude narušeno žádnými vnitřními ani vnějšími bariérami.

## Závěr

Předložená rigorózní práce si kladla za cíl zmapovat oblast formování a práce multidisciplinárních týmů v oblasti péče o duševní zdraví a přispět k zpřehlednění kompetencí psychiatrických sester a sociálních pracovníků v multiprofesním týmu v komunitních podmínkách. Multidisciplinární týmy v moderním pojetí péče o osoby s duševním onemocněním lze považovat za efektivní nástroj v poskytování komunitních služeb duševního zdraví.

Teoretická část práce přinesla informační kontext duševních poruch, vymezení závažného dlouhodobého duševního onemocnění (SMI) a jeho dopad na život jedince a pohled na legislativní postavení duševně nemocných v kontextu mezinárodních a tuzemských dokumentů. Další kapitoly byly věnovány komunitní péči, vymezení sociální psychiatrie a popisu modelů ACT a FACT, které se v rámci komunitních psychiatrických služeb osvědčily v zahraničí. Nedílnou součástí teoretického rámce diplomové práce byl rozbor současného stavu psychiatrické péče, vzniku nového pilíře psychiatrické péče – Center duševního zdraví, potřeby deinstitucionalizace a s ní spojenou destigmatizaci, a to jak samotného duševního onemocnění, tak dalších oblastí s ním spojených, a dále přináší pohled na proběhlou transformaci psychiatrických služeb v dalších zemích. Závěr teoretické části práce tvoří kapitola o multidisciplinárních týmech, včetně popisu personálního zajištění multidisciplinarity, nově vznikající peer pozici, vysvětlení pojmu recovery a metod práce týmů, jako je case management, metoda CARE a krizová intervence.

V návaznosti na poznatky z teoretické části popisuje práce výzkumné šetření a klade si za cíl zmapovat oblast formování a současného fungování multidisciplinárního týmu v nově vzniklém Centru duševního zdraví pro Prahu 8, a to za pomoci kvalitativních metod. Empirická část přináší pohledy zdravotních psychiatrických sester, sociálních pracovníků, psychiatra, psychologů a peer konzultanta na specifika multidisciplinární spolupráce s důrazem na změny oproti předchozí pracovní zkušenosti, popis pozice peer konzultanta a jeho zapojování do týmu, dále se zaměřuje na cíl práce s klientem, kompetence a komunikace v týmu a na vztahy týmu s okolím a vnější podmínky práce týmu. Všechny tyto oblasti pole působení multidisciplinárního týmu jsou nejprve popsány jednotlivě každou profesí zvlášť. Na ně navazuje souhrn všech výpovědí respondentů na dané téma.

Pro ucelenější pohled na práci psychiatrických sester a sociálních pracovníků jakožto nejvíce zastoupených profesí v týmech jsou v empirické části popsány kompetence jednotlivých skupin. Problematickou oblastí je vzdělávání jak zdravotníků, tak sociálních pracovníků pro péči o duševní zdraví. Chybějící aprobace je pak stěžujícím faktorem pro fungování týmu, včetně role case managera, kterou tyto dvě skupiny profesionálů zastávají, aniž by získaly z předchozího vzdělávání potřebné schopnosti a dovednosti.

Výsledkem práce je též popis zkoumaných oblastí, bariér, které brání optimálnímu fungování týmu, a příkladů dobré praxe, tedy popisu, jak by správně multidisciplinární tým v oblasti péče o duševní zdraví měl fungovat. Součástí každé kapitoly je přehled doporučení, která vycházejí z výpovědí účastníků výzkumného šetření.

Závěrem lze konstatovat, že sledovaný multidisciplinární tým zdařile funguje na profesionální úrovni a jeho snahy o zajištění co nejvyšší kvality péče o osoby s duševním onemocněním v jeho spádové oblasti jsou relativně naplněné.

## Zdroje

ANTHONY, William A. 1993. *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: [http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony\\_Recovery\\_Article.pdf](http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony_Recovery_Article.pdf)

BAŠTECKÁ, Bohumila. 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0.

BLATNÝ, Marek, Jaroslava DOSEDLOVÁ, Vladimír KEBZA a Iva ŠOLCOVÁ. 2005. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova Univerzita & Nakladatelství MSD Brno. ISBN 80-86633-35-7.

CAReEUROPE. 2017. *CARe Methodology*. *Www.thecareeurope.com* [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://thecareeurope.com/?c=care-methodology&l=en>

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2017. *Politika péče o duševní zdraví: zpráva o současném stavu*. *Www.cmhcd.cz*. [online]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf)

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2017a. *Stopstigma*. *Www.cmhcd.cz* [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

ČAPZ. 2017. *Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů*. *Www.capz-esprit.sweb.cz* [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: [http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar\\_mezinar\\_listina\\_prav.html](http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_mezinar_listina_prav.html)

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: 2006.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon). In: 2009.

DUDOVÁ, Monika. 2017. *Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné* [online]. 2017 [cit. 2017-08-19]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/178675>. Vedoucí práce Eva Dragomirecká.

EVROPSKÁ UNIE. 2007. *Listina základních práv Evropské unie*. *Www.eur-lex.europa.eu* [online]. [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0001:0016:CS>

EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND (ESFCR). 2017. *Principy komunitní práce: Principy komunitní práce a vodítka pro předkládání projektů komunitní práce*. *Www.esfcr.cz* [online]. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/2524297/P8+Principy+a+voditka+KP.pdf/8d56fa28-e648-451e-af32-1bba449dc881>

FIALA, Marek, Zuzana FOITOVÁ, Petr HEJZLAR, et al. 2014. *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)* [online]. Praha, 15 [cit. 2017-08-26]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ\\_final\\_leden2015.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ_final_leden2015.pdf)

FOITOVÁ, Zuzana a kol. 2014. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví: Manuál*. *Www.cmhcd.cz* [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual\\_ZPK\\_web.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf)

FOITOVÁ, Zuzana, Ondřej PĚČ a Barbora WENIGOVÁ. 2011. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním: Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky*. [online]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

FOKUS ČR. 2013. *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním: Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním*. *Www.fokus-cz.cz* [online]. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim>



HAVRDOVÁ, Zuzana. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 167 s. ISBN 80-902081-8-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HEJZLAR, Petr, Jan STUHLÍK, Pavel ŘÍČAN, Petr ŠTURMA, Marek FIALA, Jaroslav HODBOŮ a Ondřej PĚČ. 2015. *Sociální část CDZ - podkladové materiály pro MPSV* [online]. [cit. 2017-08-29]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/09/CDZ-socialni-cast\\_role\\_kompetence\\_060515.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2015/09/CDZ-socialni-cast_role_kompetence_060515.pdf)

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

KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2004. *Pozitivní psychologie: [radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí]*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-835-X.

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

MAISEL, Eric, R. 2013. *The New Definition of a Mental Disorder* [online]. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/rethinking-psychology/201307/the-new-definition-mental-disorder>

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. 2010. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde. ISBN 978-80-7201-801-7.

MARSHALL, M. a A. LOCKWOOD. 2011. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online]. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796415>

MATOUŠEK, Oldřich. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.

MEAD, Shery, David HILTON a Laurie CURTIS. 2001. *Peer Support: A Theoretical Perspective*. Psychosocial Rehabilitation Journal. [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36125828/Mead\\_Hilto\\_Curtis\\_peer\\_support\\_theoretical\\_perspective.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1491812420&Signature=NVVGsKMDWXykFEkyzIDgzKLlkt4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPeer\\_Support\\_A\\_Theoretical\\_Perspective.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36125828/Mead_Hilto_Curtis_peer_support_theoretical_perspective.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1491812420&Signature=NVVGsKMDWXykFEkyzIDgzKLlkt4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPeer_Support_A_Theoretical_Perspective.pdf)

MENTAL HEALTH COMMISSION. 2006. *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practise*. *Www.mhcirl.ie*. [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.mhcirl.ie/File/discusspamultiteam.pdf>

MICHALÍK, Jan. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV). 2013. *Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. ISBN 978-80-7421-057-0.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV). 2017. *Evropská sociální charta*. *Www.mpsv.cz*. [online]. [cit. 2017-04-6]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR (MZ). 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. *Www.reformapsychiatrie.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.WOCyhTvyjb0>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: 2011.

MLČOCH, Zbyněk. 2017. *Hospitalismus*. *Www.scs.abz.cz* [online]. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hospitalismus>

MORGAN, David L. 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN. Metodologie. ISBN 80-85834-77-4.

NATIONAL MENTAL HEALTH WORKFORCE DEVELOPMENT CO-ORDINATING COMMITTEE. 1999. *A Competency Framework for the Mental Health Workforce: A report of the National Mental Health Workforce Development Co-ordinating Committee* [online]. In: Wellington, s. 28 [cit. 2017-08-26]. ISBN 0-477-01885-8. Dostupné z: <http://www.hdc.org.nz/media/200509/a%20competency%20framework%20for%20the%20mental%20health%20workforce%20july%2009.pdf>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR (NRZP). 2017. *Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006–2015*. [online]. [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: [http://www.nrzp.cz/dokumenty/zahranicni/Akcni\\_plancoe.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/zahranicni/Akcni_plancoe.pdf)

LIBERMAN, Robert, Paul, Donald R. HILTY, Robert M. DRAKE a Hektor W.H. TSANG. 2001. *Requirements for Multidisciplinary Teamwork In Psychiatric Rehabilitation*. Psychiatric Services [online]. 52(10) [cit. 2017-08-26]. Dostupné z: <http://www.psychrehab.com/pdf/2001,%20Requirements%20for%20Multidisciplinary%20Teamwork%20in%20Psychiatric%20Rehabilitation,%20Lieberman.pdf>

OSN. 2017. *Úmluva o právech dítěte*. *Www.osn.cz* [online]. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>

OSN. 2017a. *Zásady ochrany duševně nemocných – rezoluce OSN*. *Www.ochrance.cz* [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Zasady\\_OSN\\_ochrana\\_dusevne\\_1991.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Zasady_OSN_ochrana_dusevne_1991.pdf)

PÁV, Marek. 2014. *Přístup zaměřený na uzdravu*. In: HOLLÝ, Martin, Pavel DOUBEK a Marek PÁV. *Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech: Sborník příspěvků X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. Brno, s. 3. ISBN 978-80-263-0702-0.

PĚČ, O. et al. 2009. *Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze*. Psychiatrie 13/1: 10-14. dostupné z:

<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/potreby-odborniku- psychiatricke-pece.pdf>

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

PĚČ, Ondřej. 2016. *Panelová diskuze – 34. konference sociální psychiatrie: Společně na cestě změn*. In: Psychiatrická společnost ČLS J.E.P. Sekce sociální psychiatrie. 24.-26.11.2016 Tábor.

PILÁT, Miroslav. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.

PROBSTOVÁ, Václava, Pavla ŠELEPOVÁ, Eva DRAGOMIRECKÁ, Hynek KALVODA, Gabriela SOCHOROVÁ a Ondřej PĚČ. 2006. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*. Praha: STRATOS. ISBN 80-239-8056-4.

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P. (PS ČLS JEP). 2008. *Koncepce oboru psychiatrie: 1. revize 2008*. *Www.rpkk.cz*. [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P. (PS ČLS JEP). 2017. *Implementace Akčního plánu péče o duševní zdraví na národní úrovni - prof. D. Wassermanová (EPA)*. *Www.ceskapsychiatrie.cz* [online]. [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/deni-aktuality/1198-implementace-akniho-planu-pee-o-duevni-zdravi-na-narodni-urovni-prof-d-wassermanova-epa>

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu*. [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf)

RUGGERI, M. et al. 2000. *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. The British Journal of Psychiatry*.177: 149-155. dostupné z:  
<http://bjp.rcpsych.org/content/177/2/149.full.pdf+htm>

SOOD, Loopinder, Andy OWEN, Richard ONYON, Aarohi SHARMA, Jessica NIGRIELLO, Dominic MARKHAM a Hannah SEABROOK. 2017. *Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation*. BJPsych Bulletin [online]. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z:  
<http://pb.rcpsych.org/content/pbrpsych/early/2017/01/06/pb.bp.116.053967.full.pdf>

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

THOMAS, L, J. MACMILLAN, Elaine McCOLL, C. Hale a Senga BOND. 1995. *Comparison of Focus Group and Individual Interview Methodology in Examining Patient Satisfaction with Nursing Care*. Social Sciences in Health. roč. 1, č. 4.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). 2014. *Poruchy duševní a poruchy chování*. *Wwww.uzis.cz*. [online]. [cit. 2017-03-27]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). 2016. *Psychiatrická péče 2015*. *Www.uzis.cz*. [online]. [cit. 2017-03-27]. dostupné z:  
[www.uzis.cz/system/files/psych2015.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/psych2015.pdf)

VELDHUIZEN, J.R. van a Michiel BÄHLER. 2013. *Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization*. [online]. Netherlands. [cit. 2017-04-2]. Dostupné z: <http://www.eaof.org/factmanual.pdf>

VLÁDA ČR. 2006. *Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání*. *Www.vlada.cz* [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z:  
<https://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/evropska-umluva-o-zabraneni-muceni-a-nelidskemu-nebo-ponizujicimu-zachazeni-nebo-trestani-17701>

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. 2002. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-0.

WHO. 1996. *Psychosocial rehabilitation a consensus statement*. *Www.apps.who.int*. Geneve: World Health Organization. [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60630/1/WHO\\_MNH\\_MND\\_96.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60630/1/WHO_MNH_MND_96.2.pdf)

WHO. 2005. *Mental Health Declaration for Europe* [online]. [cit. 2017-04-1]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88595/E85445.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf)

WHO. 2013. *Mental health action plan 2013-2020*. *Www.who.int*. [online]. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/bw\\_version.pdf?ua=1.pdf](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1.pdf)

WHO. 2014. *Mental health: a state of well-being*. *Www.who.int*. [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-21-9.