

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Multidisciplinarita v péči o duševní zdraví z pohledu sociálního pracovníka**

**Multidisciplinary in mental health care from the view of a social worker**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Petr Novák, Ph.D.

Autor:

Bc. et Bc. Jitka Kavková

Praha 2022

### **Poděkování**

Zde bych ráda poděkovala vedoucímu své práce, PhDr. Mgr. Petru Novákovi, Ph.D. za pomoc a důvěru, se kterou k mé práci přistupoval. Ráda bych také poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni pro účely této práce poskytnout rozhovory, případně výtvarné dílo. Děkuji také svým nejbližším za pochopení a podporu.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Multidisciplinarita v péči o duševní zdraví z pohledu sociálního pracovníka“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11. 12. 2022

Bc. et Bc. Jitka Kavková

## **Anotace**

Diplomová práce „Multidisciplinarita v péči o duševní zdraví z pohledu sociálního pracovníka“ pracuje s problematikou multidisciplinárního přístupu v rámci péče o duševně nemocné. Zaobírá se hlouběji postavením sociálního pracovníka v takovém týmu péče. Ve své výzkumné části zkoumá, jak je pracovník v týmu vnímán klienty, jak on sám se v n týmu vnímá a jak se v něm cítí.

## **Klíčová slova**

multidisciplinarita, multidisciplinární tým duševního zdraví, centrum duševního zdraví, psychiatrie, sociální pracovník, zdravotně sociální pracovník, duševní zdraví, duševní nemoc

## **Annotation**

The diploma thesis "Multidisciplinarity in mental health care from the perspective of a social worker" deals with the issue of a multidisciplinary approach in the care of the mentally ill. It takes a deeper approach to the position of the social worker in such a care team. In the research part, the thesis analysis how a worker in a team is perceived by clients, how he perceives himself in a team and how he feels in it.

## **Keywords**

multidisciplinarity, multidisciplinary mental health team, mental health centre, psychiatry, social worker, health social worker, mental health, mental illness

# Obsah

Úvod.....	1
1 Duševní zdraví .....	2
1.1 Modely péče o duševní zdraví v České republice .....	3
1.2 Psychiatrie.....	4
2 Multidisciplinární péče a Centra duševního zdraví .....	13
2.1 Personální zaopatření multidisciplinárních týmů a center duševního zdraví .....	14
2.2 Organizace CDZ a jeho úskalí .....	18
3 Sociální práce .....	20
3.1 Role sociálního pracovníka a jeho kompetence .....	21
3.2 Etika sociálního pracovníka .....	22
3.3 Teorie a přístupy v sociální práci .....	22
3.4 sociální pracovník .....	28
3.5 Sociální pracovník v péči o duševně nemocné osoby .....	28
3.6 Psychiatrické minimum.....	29
4 Metodologie výzkumu .....	35
4.1 Cíl výzkumu .....	35
4.2 Výzkumné otázky .....	35
4.3 Metoda výzkumu.....	37
4.4 Fáze výzkumného šetření .....	37
4.5 Výzkumný soubor .....	38
4.6 Metoda sběru dat .....	39
4.7 Analýza a interpretace rozhovorů .....	41
4.8 Arteterapeutická praktická část .....	67
4.8.1 Metoda výzkumu – Arteterapie a teoretické východisko .....	67
4.8.2 Výzkumný soubor .....	68
4.8.3 Metoda sběru dat .....	69
4.8.4 Analýza a interpretace výtvarných děl I.....	69
4.8.5 Analýza a interpretace výtvarných děl II .....	73
4.9 Výsledky – Zodpovězení výzkumných otázek.....	77
4.10 Diskuze.....	82
5 Závěr .....	85
Zdroje .....	86
Abstrakt.....	89
Přílohy.....	90

## **Seznam zkratek**

WHO – World health organization – Světová zdravotnická organizace

CDZ – Centrum duševního zdraví

MTDZ – Multidisciplinární tým duševního zdraví

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

ADDP – Asociace dětské a dorostové psychiatrie

NAPDZ 2020-2030 – Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030

OSPOD – Odbor sociálně právní ochrany dětí

# Úvod

V současné době, v roce 2022, je v plném proudu reforma psychiatrické péče v České republice. Je reformováno prostředí, které systémovou změnu nezažilo velmi dlouho. Po vzoru rozvinutějších zemí v tomto oboru, je zde kladen důraz také na komunitní druh péče. Podporuje se tak péče o klienta v jeho přirozeném prostředí, terénní služby, je snaha o minimalizaci hospitalizací. V tomto důsledku také vznikají multidisciplinární týmy, které pečují o duševní zdraví svých klientů. V těchto týmech se setkávají odborníci ze zdravotní a sociální oblasti. Obě tyto sféry přitom v České republice doposud fungovaly převážně samostatně a spíše se doplňovaly, ale ve svých podmínkách péče. Jedná se tedy o dobu setkávání sociálních a zdravotních služeb tak, kdy se z těchto profesionálů stávají kolegové. Každý z nich má ale naprosto odlišná východiska práce, jiné předpisy, jiné zákony. Řeší se tak stále spolupráce těchto všech odborníků z mnoha úhlů pohledu.

Práce se tak zaměřuje na pojetí a vnímání sociálního pracovníka v těchto týmech. Snaží se ukázat, jak se sociální pracovník v tomto týmu může cítit, nebo jak je vnímán. Práce bude obsahovat výzkum, který bude mít cílem právě odpovědět na zmíněné otázky pomocí rozhovorů a pomocí interpretací výtvarných děl sociálních pracovníků a také klientů takového multidisciplinárního týmu.

V teoretické části práce se práce bude snažit nastínit východiska práce, historické pozadí psychiatrické péče v České republice nebo členitost této péče v českém prostředí, pracuje také s pojmem sociální práce, etikou sociální práce. Věnuje se také multidisciplinaritě a pojetí zdravotně-sociálního pracovníka.

Cílem práce tedy je definovat teoretická a historická východiska potřebná pro správně uchopení kontextů především k ohledu doby vzniku této práce a také ukázat a odpovědět na otázku, jak je vnímán sociální pracovník v multidisciplinárních týmech při ohledech na prostředí, ze kterého členové týmu přicházejí a z faktu, že se jedná o poměrně novou službu, která stále hledá své zakotvení nejen mezi týmy, ale i v zákonech.

# 1 Duševní zdraví

Definice zdraví obecně dle WHO<sup>1</sup> *“Zdraví je stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody, nebo-li Well being”* (Kuzníková, 2011) rozbíjí biologizující názory, které tvrdí, že zdraví je pouze absence nemoci nebo vady. Názor a definice WHO je velmi zásadní pro vidění zdravého člověka pěti faktorovým modelem – bio-psycho-sociální.

Celá diplomová práce se věnuje práci s klientem, který má duševní onemocnění. Je tedy potřeba charakterizovat tento pojem, pojem duševního zdraví a také jeho opak, duševní nemoc. *“Duševní nemoc je proces, který má svou příčinu, začátek, průběh a konec v podobě vyléčení nebo smrti.”* (Hartl, 2004) Klient s duševními obtížemi je klient, který má specifickým způsobem změněnou některou z psychických funkcí a na základě dané změny může mít jiné nebo specifické naplňování určitých potřeb. Jak uvádí Venglářová, Mahrová a kol. (2008) stejně jako jakýkoliv jiný klient sociální nebo zdravotní služby, i člověk s duševní obtíží je také především člověk. Pečující odborníci by tak na takového člověka neměly nikdy nahlížet jako na diagnózu, ale stále jako na člověka, který má dané obtíže nebo odlišnost v jedné nebo vícero psychických funkcích. Cílem jakékoliv služby, ať už zdravotní, nebo sociální, je tyto obtíže co nejvíce zmírnit, případně odstranit úplně. Jakákoliv práce odborníka s člověkem s duševním onemocněním by měla být odborná a zaměřená na konkrétní druh duševní poruchy. Tato specifika budou popsána v další části práce.

Dle WHO je duševní onemocnění nejčastější důvod, proč jsou lidé na pracovní neschopnosti. Načes četnost duševních onemocnění stále stoupá. V České republice trpí duševním onemocněním dle dat Národního zdravotnického informačního portálu 10 % populace a např. od roku 2010 je podle NZIP nárůst osob s duševním onemocněním vyšší o více než 140 tisíc v roce 2021. To znamená, že celkový počet duševně nemocných stoupl mezi lety 2010 až 2021 o celých 22 % a meziroční nárůst osob s duševním onemocněním je 2 %. Nejčastější diagnostikovaným duševním onemocněním jsou poruchy nálad, následuje Alzheimerova nemoc, poté vážné psychické onemocnění a vaskulární demence. Největší

---

<sup>1</sup> Světová zdravotnická organizace



vytížení v posledních letech zažívají zejména služby, které jsou poskytovány dětem a adolescentům s duševním onemocněním.

## 1.1 Modely péče o duševní zdraví v České republice

Definice tedy jasně udávají, co je to duševní zdraví, a kdy se jedná už o duševní nemoc. Pokud se ale člověk s duševním onemocněním již setká, je zapotřebí, aby mu byla poskytnuta náležitá odborná pomoc a podpora. Může se jednat o celou řadu služeb a celou řadu odborníků z různých profesních oborů. Také se nemusí jednat pouze o jednu sféru služeb, např. zdravotní nebo jen sociální apod. Podpora rovněž nemusí být poskytována pouze člověku, který je onemocněním postižen, ale i jeho blízkému okolí, např. rodinám, partnerům. Některé typy služeb se zaměřují na řešení duševního onemocnění u konkrétního člověka, jiné naopak mohou cílit k prevenci duševních onemocnění v rodině nebo při těžkých situacích, kterými si lidé mohou v průběhu života procházet.

Jiné služby se naopak zaměřují na pomoc člověku, klientovi, jenž se nachází v situaci, kterou lze nazvat krize. Takovému člověku lze nabídnout služby krizovou pomoc nebo krizovou péči. Ta dle MZČR *“je psychologická a sociální pomoc člověku, jenž se ocitl v takové životní situaci, kterou nedokáže vyřešit svými vlastními silami. Jedná se o časově omezený terapeutický kontakt zaměřený na problém, který krizi vyvolal. Tato péče může být poskytnuta telefonicky, online, případně osobně.”*

Velmi důležitou součástí péče o duševní zdraví je sebepéče, nebo-li duševní hygiena. Ta vychází nejen z prevence vzniku nemoci, ale také ze základních pilířů v lidském životě a plnění základních lidských potřeb. *“Pojem duševní hygiena zahrnuje schopnost či umění zachovat si duševní zdraví a metody, které k tomu přispívají. Je to obor, který zkoumá biologické a sociální podmínky působící na psychiku, zabývá se vývojem a upevňováním duševního zdraví a jeho prevencí.”* (Marková, Tomáš, 2014) Souvisí s mírou stresu a jeho dopadu na lidské tělo a psychiku, ale také na umění odpočinku, mezilidské vztahy, sociální kontakt, stravu, spánek a obecně životní styl daného člověka. Sebepéče obecně představuje část prevence, kterou každý člověk může sám provozovat, pečovat tím o své duševní zdraví a předcházet vzniku duševního onemocnění. K tomu mohou dnes sloužit např. mobilní

aplikace, které podporují množství pohybu, odpočinek a meditace, kontrolují kvalitu a počet hodin spánku nebo příjem energie v podobě potravy, jejich jednotlivé složení a obsah živin apod.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky pro účely duševního zdraví občanů plánuje strategii péče, která bude poskytována. Jedná se o Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 z ledna 2020. Tento plán je sestaven dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) a je silně propojen s Psychiatrickou reformou, o které bude práce pojednávat v další části.

## 1.2 Psychiatrie

Psychiatrie je jedním z důležitých pilířů péče o duševní zdraví. Od pradávna se společnost snažila pochopit duševní onemocnění a nějakým způsobem ho léčit. V průběhu dějin se měnilo chápání jednotlivých duševních onemocnění, tím se postupně proměňoval i přístup k nim, a tím pádem i jejich léčba.

*“Psychiatrie je lékařská věda o rozpoznávání, prevenci a léčbě duševních chorob, výzkum jejich příčin a průběhu.”* (Hartl, 2004) Tato definice popisuje, že se nejedná pouze o řešení již vzniklého duševního onemocnění a jeho následků, nýbrž řeší rovněž prevenci, zkoumá příčiny a možný vznik duševního onemocnění. Psychiatrie jako věda vznikala velmi dlouho a navazuje na staré tradice, jejichž prostřednictvím se lidé již dávno snažili řešit a léčit duševní onemocnění a obtíže. Zmínky léčby duševně nemocných jsou v Bibli (1 Samuel, 16:14 – 23). Zde je popsána snaha Davida o léčbu hrou na harfu. Další léčba se pak vázala na tradice přírodních a nadpřirozených sil. Původně tak docházelo k jinému nazření na duševní onemocnění člověka, kdy se onemocnění demonizovala, pojila s nadpřirozenými schopnostmi, čarodějnictvím a posedlostí ďáblem. Postupně se psychiatrie stávala více a více vedou a začleňovala se mezi odborné medicínské obory.

Mezi první velké průkopníky a inovátory v náhledu na duševní onemocnění byl lékař Hippokrates, který svou teorií o temperamentu změnil vnímání duševního onemocnění jako skutečnost, která se nepojí s náboženstvím ani nadpřirozenými silami.

Koncept pobytové psychiatrické péče se rozmáhal ve středověku, kde tuto péči vykonávala především církevní společenstva. Ve středověku byl ale duševně nemocný

člověk stále vnímán jako společností nebezpečný, proto tato péče sloužila spíše jako detence pro nemocné s cílem ochrany všech ostatních. Duševní onemocnění a jeho projevy jsou spojovány s čarodějnictvím a posedlostí ďáblem. Z toho také plynula péče, která se v těchto zařízeních nemocným dostávala. Péče byla velmi restriktivní a obsahovala velkou četnost omezovacích prostředků – klece, pouta apod.

Philip Pinel je vnímán jako reformátor psychiatrické péče pro 19. a 20. století. Jako první zavedl péči, která nemocné zbavovala omezovacích prostředků. Pinel se domníval, že hlavní důvod neklidu a agrese u pacientů mohou být daná omezení. V historii psychiatrie se tak zapsal jako “ten, co zbavil duševně nemocné pout”. Důraz tak byl kladen na mravní výchovu pacientů, nikoliv na jejich restrikcii. Vznikaly tak azylové domovy pro duševně nemocné. Postupně se z azylových domů stávaly psychiatrické ústavy pro duševně nemocné, kterým mohla být poskytována lůžka a lůžková péče, která se ukázala jako velmi potřebná. V průběhu 19. století také narůstala četnost diagnostických kritérií, tím pak mohly být různé psychiatrické nemoci lépe diagnostikovány a detailněji odlišovány jedna od druhé. Vedl se také velký spor, který psychiatrii v dějinách dlouho prováděl. Spor se týkal dvou názorů, z nichž jeden prezentoval, že duševní onemocnění je onemocnění mozku a druhý, že se jedná o onemocnění, která jsou odlišná od tělesných onemocnění. V dalších letech tak byl kladen důraz na výzkumy mozku a propojování duševních onemocnění s neurologickými vědami. Psychiatrická lůžková péče je dlouhodobá, je spojena s ošetrovatelskou péčí a neustálým dohledem nad pacientem.

Později ve 20. letech byla významná léčba psychofarmaky, která byla dále lépe rozvíjena, a mohla tak pacientům pomáhat. Současně velký vliv na psychiatrii měla také psychoanalýza a její představitel S. Freud, který přinesl nový pohled na duševně nemocné. Rozvinul postupně psychotherapeutický směr a významně tak ovlivnil pole psychoterapie, psychiatrii však ovlivnil taktéž. Tím se také rozšířil pohled na psychoterapii a různé její směry.

Psychiatrie se dále snažila směřovat více k sociální psychiatrii. Sociální psychiatrie je především rehabilitace, návrat pacienta s duševním onemocněním zpět do jeho života a podpora jeho upadajících schopností. Je snaha o minimální lůžkovou potřebu psychiatrické

péče a o budování center mimo nemocnice, které budou pacientům péči poskytovat bez přetrhání vazeb s jeho okolím a rodinou.

Vývoj psychiatrické péče byl patrný i v českém prostředí. Česká psychiatrická péče postupně reagovala a postupovala stejným směrem jako obecně popsána historie psychiatrie výše. Mezi 19. a 20. stoletím byly v českém prostředí rovněž budovány a zřizovány velké psychiatrické léčebny. Vznikaly také s cílem především izolovat nemocné od zbytku společnosti, jednalo se tak o dlouhodobou lůžkovou péči. Během komunistické vlády byl v Čechách rozvoj psychiatrické péče velmi pomalý, ale začaly vznikat psychiatrické ambulance. Po roce 1989 byla snaha a o reformaci psychiatrické péče, která měla za cíl co nejvíce deinstitucionalizovat psychiatrickou péči do komunitní péče, směřovat duševně nemocné mimo nemocnice a blíže ke společnosti. O další takovou reformu je nadále aktuálně v českém psychiatrickém prostředí snaha.

### **1.3 Pedopsychiatrie**

*“Pedopsychiatrie se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou a výzkumem duševních nemocí a poruch u dětí a mladistvých od jejich narození až do dosažení dospělosti.”* (Hartl, 2004)

Asociace dětské a dorostové psychiatrie popisuje tento obor jako jeden z nejmladších oborů medicíny. Je poskytována stejně, jako další lékařské obory a zbylá psychiatrická péče, ambulantně, lůžkově – v nemocnicích a dále je snaha v rámci reformy psychiatrické péče posílit i další typy psychiatrické péče pro děti a dorost. Dle ADDP tento obor v České republice není personálně a nabídka nepokrývá poptávku o tento typ psychiatrické péče v Čechách. Pedopsychiatrů je celkově ve světě i v České republice nedostatek i tím, že je stále se navyšující potřeba této služby.

V rámci tohoto nedostatku tak v České republice momentálně panuje vyjádření, že dospělí psychiatři mohou nad 15 let věku dítěte přijímat i takové klienty, pacienty, do svých péčí, aby se tak alespoň částečně mohl odlevit tlak na nedostatečně pokrytou pedopsychiatrickou síť v České republice.

## 1.4 Organizace psychiatrické péče v České republice

*“Psychiatrická péče je nedílnou součástí zdravotní péče. Hlavními orgány, které tvoří strukturu zdravotnických institucí v České republice, jsou Ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní zdravotní pojišťovny a zdravotní zařízení.”* (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015)

Psychiatrická pomoc a péče je dnes poskytována v různých druzích institucí. Nejběžnějším dělením je pak péče soukromá – poskytována mimo zdravotní pojištění a veřejná – ta, která je hrazená ze zdravotního pojištění pojištěnce. Mimo to se ale psychiatrická péče dělí mnohem členitěji a může být poskytována klientům dle jejich individuálních potřeb a intenzity potřeb pomoci.

Klasickým rozdělením poskytování psychiatrické péče je také dělení dle formy poskytování psychiatrických služeb. Ambulantní péče je ta, která je poskytována nemocnému v blízkosti jeho bydliště, nemocný sem dochází v domluvených intervalech. *“Léčba, na níž pacient dochází do léčebného zařízení. Může spočívat ve farmakoterapii, rehabilitaci, individuálních rozhovorech, skupinové terapii nebo režimové léčbě, která má několik složek a trvá několik hodin.”* (Matoušek, 2008) Do psychiatrické ambulance se pacient nejlépe dostane klasickým postupem jako ke každému jinému lékaři odborníkovi. Nejsnazší cestou je požádat praktického lékaře, který poté své pacienty může svěřit do péče ambulantního psychiatra.

Lůžková péče je péče, která je poskytována v nemocnicích a měla by sloužit jen pro závažně duševně nemocné, pro které nefunguje nebo je nedostačující péče ambulantní nebo jsou na základě svého duševního onemocnění bezprostředně ohroženi na životě. Tato péče je poskytována většinou v psychiatrických léčebnách, všeobecných nemocnicích na psychiatrických odděleních. Lůžková péče může probíhat na základě dobrovolnosti a motivaci pacienta k léčbě, může být ale i nedobrovolná nebo nařízená soudně – ústavní ochranná léčba. Tento typ péče je poskytován nepřetržitě 24 hodin denně. Slouží jako akutní péče pro duševně nemocné. Lůžková psychiatrická oddělení bývají často rozdělena dle jednotlivých druhů diagnóz nebo dle typu léčby, kterou nabízí. Lůžková péče by měla sloužit rovněž pro účely následné péče. Ta ale vzhledem k nedostatku psychiatrické péče v českém

prostředí není z kapacitních důvodů vždy možná. Je to také téma pro právě probíhající psychiatrickou reformu.

Intermediární typ péče je mezníkem mezi ambulantním typem psychiatrické péče a mezi lůžkovým typem psychiatrické péče. Může být poskytována celou řadou dalších služeb a může být propojena se sociálními službami. *“Jde o moderní zařízení, která se u nás rozvíjejí od začátku devadesátých let 20. století.”* (Malá, Pavlovský, 2010) Jedná se například o krizová centra, která jsou určena pro klienty, v akutní krizi, v tíživé životní situaci, denní stacionáře, ty zajišťují denní péči o klienty a pacienty nebo chráněné bydlení. Chráněné bydlení podporuje osoby, jež kvůli svému duševnímu onemocnění potřebují významnou podporu v každodenním životě a je pro ně samostatný život velmi obtížný.

Komunitní péče je *“péče poskytovaná v rámci komunity nebo péče poskytovaná členy komunity.”* (Matoušek, 2008) Jedná se tedy o služby, které mohou být poskytovány státními i nestátními organizacemi nebo jde o neformální společenství, která často tvoří rodiny, přátelé nebo přímo osoby s duševním onemocněním a jejich cílem je mj. tvorba svépomocných skupin. Dle WHO je péče o duševně nemocné v komunitní podobě nedostatečná, a proto se zejména této péče bude týkat reforma.

### **1.5 Reforma psychiatrické péče v České republice**

Současný stav psychiatrické péče je v porovnání s evropskou psychiatrickou péčí na jiné úrovni. Česká republika má stále nedostatečnou komunitní péči. Velké procento lidí tak je nuceno vyhledávat lůžkovou péči, která ale nemá dostatečnou kapacitu pro péči tolika pacientů s duševním onemocněním, přičemž potřeba psychiatrické péče stále stoupá. Nejméně rozvinutou částí psychiatrické komunitní péče je pak přímo specializovaná péče o konkrétní typ diagnózy, například léčba sexuologických nebo závislostních problematik nebo pedopsychiatrická péče.

Od roku 2013 je hromadně vyměněn pojem “psychiatrická léčebna” za pojem “psychiatrické nemocnice”. Jedná se o krok, který má pomoci při destigmatizaci psychiatrické péče a krok k jejímu zlidštění a propojení se společností. Je to také spoj psychiatrie více k dalším medicínským oborům, každá nemoc se léčí v nemocnici, stejně tak je tomu i s nemocí psychiatrickou.

Reforma psychiatrické péče v České republice běží jako plán již několik let. Cílem reformy je měnit psychiatrickou péči v České republice. Ta nebyla nijak zásadně systémově změněna od 90. let 20. století. V té době se masivně investovalo do ústavů pro péči o duševně nemocné. Způsoby psychiatrické léčby se od těchto dob zásadně změnily. Nezměnila se ale většina prostorových možností, které má lůžková péče k dispozici. Jeden z důvodů je také fakt investiční zanedbanosti těchto péčí. Ukazuje se, že tyto prostory nevyhovují zcela dnešním terapeutickým potřebám. Jedná se zejména o pokoje, které jsou velkokapacitní a také o chodby, jež jsou dlouhé a ztěžují tak ošetřovatelskou péči.

Reforma psychiatrické péče se zaměřuje na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Celkově je zde snaha o deinstitucionalizaci veškeré péče a multidisciplinární spolupráci. Od roku 2013 je proto přijat plán reformy psychiatrické péče, jehož strategie byla přijata MZČR v říjnu 2013. V roce 2017 byla v České republice zřízena Rada vlády pro duševní zdraví. Vzhledem k potřebným změnám na různých úrovních jsou první změny v systémové péči od roku 2017. Dle MZČR je *“reforma psychiatrické péče systémovou změnou poskytování psychiatrické péče, kde hlavním cílem je zvýšení její kvality a efektivity a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním.”*

Cílem reformy je rozvoj ambulantních zdravotních a zdravotně-sociálních služeb pro duševně nemocné. V plánu je podpora role psychiatrické sestry, pedopsychiatrických služeb, akutních lůžek a následné lůžkové péče, která je v současné době v českém prostředí nedostatečná. Financování takových změn a podpora vznikajících Center duševního zdraví je plánována na pilotní dobu 18 měsíců, přičemž finance bude projekt čerpat z EU fondů a následně navázat na péči smlouvenou se zdravotními pojišťovnami.

Pro úspěšnou reformu české psychiatrické péče o duševně nemocné je zapotřebí pozměnit stávající systém nejen ve zdravotnické sféře, nýbrž jsou třeba změny i v sociální oblasti, oblasti sociální práce, pedagogických oborů, vzdělávání. Také je třeba zapojit celou řadu odborníků, kteří svou odborností přispějí k celkové kvalitní péči o konkrétní potřeby duševně nemocných. Bude také užitečné zapojit i neformální pečovatele, jako například peer pracovníky, jež mají osobní zkušenost s duševními onemocněními a mohou tak být velmi důležitými pečovateli o osoby s duševním onemocněním. Obecně lze říci, že pro co nejkomplexnější péči je kladen velký důraz na multidisciplinární spolupráci odborníků.

Díky reformě tak nyní nově vznikají různá CDZ (centra duševního zdraví) a MTDZ týmy (multidisciplinární týmy duševního zdraví). Smyslem těchto typů zařízení je především péče o klienta v jeho přirozeném prostředí, ambulantní typ služeb, terénní typ služeb, ale také multidisciplinarita. Obecně v těchto týmech bývají poskytovány dva typy služeb – zdravotní a sociální, které se navzájem mají podporovat s cílem co nejlepší a nejefektivnější podpory klienta. Většinou se tým skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, terapeutů, psychologů, speciálních pracovníků atd. podle typu zaměřené služby.

Součástí Reformy psychiatrické péče byl rovněž projekt Destigmatizace. Ten běžel od září 2017 do srpna 2022. *“Jeho cílem je snižovat stigmatizaci a diskriminaci lidí s duševním onemocněním a přispívat ke zvyšování kvality jejich života.”* (Protopopová, pro MZČR)

Cílem reformy je tedy především navýšení kvality poskytované péče společně se změnou systému jejího poskytování, destigmatizovat duševní onemocnění a celkově obor psychiatrie, zlepšit začleňování osob s duševním onemocněním do běžné společnosti konkrétně v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání apod. Cílem je také lépe provázat služby navzájem i mezi oborově – zdravotní, sociální a zpřístupnit a urychlit návaznost služeb.

Pro projekty CDZ a multidisciplinarity v rámci reformy psychiatrické péče je gestorem MUDr. Jan Pfeiffer. Je to již více než 30 let, kdy poprvé založil komunitní centrum Fokus pro duševně nemocné. Zasloužil se také o redukci a rušení klecových restrikcí u pacientů. Obecně popisuje svou vizi další péče v psychiatrii tak, že tento obecný pojem “psychiatrická péče” bude spíše nahrazen obecně za termín “péče o duševně nemocné”. Zapojuje do této péče také sociální oblast, pracuje v týmu i se zdravotními sestrami a psychiatrickými zdravotními sestrami.

## **1.6 Reforma psychiatrické péče v České republice k roku 2022**

*“V roce 2022 je situace jiná. V popředí je přístup recovery (zotavení). Poskytovatelé zdravotnických a sociálních služeb vzájemně spolupracují a uplatňují principy multidisciplinarity.”* (Mička, 2022) K roku 2022 vydalo MZČR vyjádření k průběhu reformy od jejího začátku až k roku 2022. Popisuje vývoj reformy a posuny v péči, které jsou patrné.



Jak již bylo zmíněno v práci výše, první CDZ vznikala v roce 2018. Za jejich vznikem stála snaha o přesun péče z nemocnic do terénu, do komunity. Po otevření prvních CDZ zrealizovalo MZČR studii, evaluaci, která vyhodnocuje efektivitu CDZ. Z dat vyplývajících z tohoto výzkumu MZČR je zjevné, že u klientů CDZ, kteří byli klienty alespoň po 12 měsících, bylo viditelné zlepšení v několika sférách jejich životů. Zejména jde o *“signifikantní zlepšení ve fungování, symptomů nemoci a kvalitu života související se zdravím.”* (MZČR, 2022)

Dle stejného výzkumu je také zřejmé, že se u klientů CDZ, jimž CDZ poskytovalo služby alespoň po dobu 6 měsíců, snížil počet hospitalizačních dní o 70 %. Rovněž se u ekonomicky aktivních osob změnilo postavení na trhu práce, kdy u klientů, kteří navštěvovali CDZ, klesla nezaměstnanost ze 42 % na 30 % a procento uplatnění na trhu se navýšilo z 10 % na 21 %. Také se snížilo procento pokusů o sebevraždu, stejně tak, jako se snížilo i procento projevené agrese vůči okolí.

V rámci reformy se též řeší téma destigmatizace. Díky projektům s tímto cílem, například projekt Na rovinu, vznikla celá řada webů a podpůrných materiálů. Cíl je kladen na osvětu společnosti a “zlidšťování” psychiatrických témat, pořádají akce, například Týdny duševního zdraví, komunikují mediálně. Do projektu Na rovinu se může zapojit každý. Vznikly weby narovinu.net, tdz.cz, media guide nebo mapy pomoci.

Dalším faktorem, který snižuje počet hospitalizací, případně jejich délku, jsou stacionáře. Ty vznikaly v České republice ojediněle již před rokem 1989, po něm se budovaly ještě ve větší míře. Jedná se o zařízení, které poskytuje svou službu na bázi denní, případně týdenní péče. Denní funguje na principu docházení klienta každý den, týdenní pak funguje i s pobytovým zařízením. MZČR stacionáře vnímá jako péči, která funguje velmi dobře v kombinaci s nově vznikajícími CDZ, nejdou proti nim ani proti jejich idejím. U mnoha klientů fungují i jako prevence a podaří se tak zamezit hospitalizaci daného klienta.

MZČR dále pracuje s Národním akčním plánem duševního zdraví (NAPDZ 2020-2030). Tento plán pracuje se specifickými cíli, je zaměřen více konkrétně. Jedná se o těchto pět cílů:

*“1) Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi*

*2) Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.*

*3) Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována*

*4) Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby*

*5) Budování systému péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.” (MZČR, 2022)*

## 2 Multidisciplinární péče a Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví jsou jedním typem služeb péče, která může být poskytována osobám s duševním onemocněním. Spadá pod kategorii komunitní péče – je totiž klientovi poskytována ambulantní, případně terénní formou v jeho přirozeném prostředí. Tato centra jsou většinou tvořena multidisciplinární týmy odborníků, kteří jsou sestaveni tak, aby jejich odbornosti co nejlépe doplňovaly předpoklady pro léčbu určitých konkrétně stanovených osob s duševním onemocněním. Jejich skladba se tak může lišit dle stanovené cílové skupiny určitého CDZ. *“Tým je charakteristický svou pomocí postavenou na integrovaném plánu péče, orientovaného na klienta, s jasně vymezenými cíli a vzájemnou provázaností oborů zastoupených v týmu.”* (Kuzníková, 2011)

Tyto týmy v českém prostředí začaly vznikat až po roce 1989. V jejich vedení byly často sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Na základě jejich zkušeností se začal rozvíjet princip sociální práce zvaný “case manager”, nebo-li klíčový sociální pracovník. *“Klíčový pracovník může vypracovávat plán péče, monitorovat jeho dodržování, koordinovat součinnost s jinými službami a odborníky, konzultovat s klientem jeho osobní problémy a pokračovat v kontaktu s klientem i po skončení intenzivní péči.”* (Matoušek, 2008)

Týmy spolupracují s ambulantními službami v komunitě, v okolí klienta, mohou spolupracovat i složkovými odděleními psychiatrické péče a koordinovat tak péči o klienty.

V rámci týmu spolupracuje sociální a zdravotní služba. Každá ze služeb přináší klientovi své odborné možnosti léčby a jejich propojováním tak vzniká síť koordinované péče, která je poskytována jedním centrem a je pro klienta přehledná. V českých zákonech však nemohou subjekty sociální a zdravotní péče figurovat jako jeden, může tedy být složitější pospolitost zákona, co které službě umožňuje, ale také sladit tyto potřeby a názory týmu odborníků, kteří po dlouhou dobu fungovali odděleně.

CDZ tedy vznikají jako centra pro ambulantní a terénní péči o duševně nemocné v rámci psychiatrické reformy. Každé CDZ je svým složením jedinečné vzhledem ke své cílové skupině. Obecné složení týmu CDZ je však definováno Standardem služeb poskytovaných v CDZ. Tým má dle tohoto standardu svou péči klientům poskytovat bez

čekací doby a formou case managementu. Služby CDZ se řídí zákonem č. 327/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

CDZ má svou péči poskytovat klientům s vážným duševním onemocněním. To je definováno jeho délkou, která má být minimálně po 2 roky trvání. Ale také dotazníkovým nástrojem pro posouzení aktuální neschopnosti – GAF. Jeho skóre musí být rovno nebo menší než 60. To však není jediná cílová skupina CDZ. CDZ jsou určeny také pro klienty, kteří mají nějaké obtíže v úrovni duševního zdraví a potřebují být rychle diagnostikováni, rozpoznat onemocnění a dále léčení. CDZ je také pro osoby v akutních psychických obtížích, jejichž péče nevyžaduje hospitalizaci na lůžkovém oddělení. Původní idea CDZ byla dlouhodobá péče a podpora klientů. Vzhledem k nedostatečné péči a stále se zvyšující poptávce po těchto službách, ale dlouhodobá péče CDZ není v reálném projektu možná. Pedopsychiatrická péče je například tak nedostatečná, že CDZ pro děti svoji péči poskytují s omezením stanoveným MZČR na 3, maximálně 6 měsíců. Zde fungují CDZ jako krátkodobá intervence a pomáhá k rychlému navázání na další služby.

## **2.1 Personální zaopatření multidisciplinárních týmů a center duševního zdraví**

Všechna CDZ fungují na multidisciplinárním principu. Jedná se o přístup, kdy klient v rámci jedné služby může získávat podporu více odborníků. Vždy se jedná o odborníky ze zdravotní složky – psychiatr, zdravotní sestra, psychiatrická zdravotní sestra, psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog a odborník ze sociální oblasti – sociální pracovník, speciální pedagog, odborný poradce, pracovník v sociálních službách, krizový intervent atd.

V každém CDZ musí být profese psychiatra. **Psychiatr** je odborník, lékař. Je absolventem lékařské fakulty a má atestaci z psychiatrie. V péči pro děti pak vzdělání v oboru pedopsychiatrie. Jeho role v CDZ je velmi podstatná. Psychiatr v CDZ zavádí všechny klienty do péče týmu. Stanovuje jejich indikaci a doporučuje další postup péči léčbě a práci s klientem. Jeho úlohou je rovněž odborná diagnostika a léčba. Může stanovit a doporučit typy léčby – farmakoterapie, terapeutická doporučení a práce. Stanovuje

terapeutický plán. Vyhodnocuje stav klienta a může klienta v akutním stavu odeslat na lůžkovou péči, hospitalizaci. V týmu je velmi důležitým členem, funguje rovněž jako konzultant a supervizuje proces a práci ostatních členů týmu. Nese zodpovědnost za zdravotní péči. Psychiatr obvykle provádí psychiatrické vyšetření. To bývá v rozsahu 60-90 minut. Při psychiatrickém vyšetření psychiatr zjišťuje základní údaje o klientovi, jeho anamnézu – rodinnou, sociální, zdravotní..., zaměřuje se na přítomný stav psychický a tělesný. Může stanovit diagnózu dle platné diagnostické MKN-10<sup>2</sup> a terapeutický plán. Základem celého psychiatrického vyšetření je rozhovor a pozorování.

**Klinický psycholog** je zastupitel oboru klinické psychologie. *“Klinická psychologie se zabývá duševním životem, se zvláštním důrazem na pomoc člověku – diagnostiku, terapii a prevenci duševních chorob a poruch včetně poruch chování, vztahy lékaře k pacientovi a pacienta k lékaři i postoje pacienta k nemoci.”* (Hartl, 2004) Klinická psychologie pomáhá v oblasti diagnostiky a psychoterapie v práci s klientem s duševním onemocněním. Může působit i preventivně, vzdělávat ohledně psychohygieny a udržení psychického zdraví. Zapojuje se do přímé péče s klientem, pracuje terapeuticky, poradensky, rehabilitačně, edukačně nebo resocializačně.

Protože Česká republika dlouhodobě vykazuje nedostatek klinických psychologů, pomáhá s jejich prací **psycholog ve zdravotnictví**. Ten pracuje pod supervizí klinického psychologa a jeho úvazek nesmí překročit výši úvazku klinického psychologa. Psycholog ve zdravotnictví je absolvent oboru psychologie, který má další vzdělání psychologa ve zdravotnictví. V týmu pracuje diagnosticky, terapeuticky a edukativně, vše pod již zmíněnou supervizí klinického psychologa.

**Zdravotní sestra pro péči v psychiatrii** dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků *“vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu.”* Dále může vykonávat další činnosti, které taktéž jmenuje Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků jiných odborných pracovníků. Její kompetence jsou rozděleny na úkony, jež smí vykonávat bez odborného dohledu, sem patří činnosti jako např. edukace

---

<sup>2</sup>10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

ohledně prevence duševního onemocnění, prevence relapsu<sup>3</sup>, může klienta a jeho rodinu podporovat, zhodnocovat jeho zdravotní stav, zda a v jaké míře je nebezpečný sobě nebo okolí, poskytuje psychoterapeutickou podporu, psychiatrickou rehabilitaci. Pod odborným dohledem pak smí sestra poskytovat pomoc při krizové intervenci, psychosociální intervence, dohled a odborné vedení týmu, psychologickou pomoc a podporu rodině. Psychiatrická sestra pracuje ambulantně, tedy poskytuje péči v místě CDZ nebo může svou péči poskytovat terénně. Nejčastěji tak sestra dojíždí ke klientovi do jeho prostředí, do domácnosti, do školy, případně do nemocnice. Častou prací sester je rovněž nácvik sociálních dovedností, mohou s klientem trénovat nácvik jízdy městskou hromadnou dopravou, kontakt s okolím, lidmi apod. Důležitou částí práce psychiatrické sestry je rovněž edukace ohledně farmakoterapie, může klientům a rodinám vysvětlovat potřebu daných léků, jejich účinky, vedlejší účinky, sledovat, jaké účinky léky mají, případně vyhodnotit potřebu jejich změny a předávat tyto informace lékařům.

Stejně tak, jako je v České republice méně klinických psychologů, než je třeba, je tomu tak i se specializací psychiatrické zdravotní sestry. Je proto možné, aby v CDZ pracovala **všeobecná zdravotní sestra**, která bude supervidována sestrou s psychiatrickou specializací. Její úkony jsou tedy stejné jako ty, které smí provádět psychiatrická zdravotní sestra, musí ale mít odborný dohled psychiatrické sestry. Opět je zde povinnost zaměstnanosti alespoň ½ úvazku sester s psychiatrickou specializací.

Doporučený je pro týmy CDZ rovněž **peer pracovník**. Peer, nebo-li vrstevník nebo osoba stejného stavu, je pracovník týmu, který sám má zkušenost nebo prožitek stejného typu onemocnění, v případě péče o duševní zdraví jde pak o člověka, jež trpí též duševním onemocněním. Peer pracovník však musí také splňovat vzdělání alespoň pracovníka v sociálních službách dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jeho práce a působnost spočívá především na možnosti pracovat s vlastním prožitkem a předáváním zkušeností.

**Sociální pracovník** má v týmu CDZ stanovenou roli klíčového pracovníka, nebo-li case managera. Sociální pracovník je absolvent vyšší odborné školy nebo vysoké školy alespoň bakalářského stupně studia, v oboru Sociální práce, Speciální pedagogika, Sociální

---

<sup>3</sup> znovuvrácení dané nemoci, opětovné zhoršení stavu klienta

politika, Sociální péče. Tento klíčový pracovník v CDZ pracuje jako koordinátor daného člověka, klienta, který do CDZ přichází. Mapuje jeho situaci, sbírá sociální anamnézu, propojuje jednotlivé odborníky v týmu CDZ. Sociální pracovník pracuje na Individuálním terapeutickém plánu klienta, reviduje ho a pravidelně se s klienty vidá, řeší jeho cíle a možnosti podpory v CDZ. Kompetence a povinnosti sociálních pracovníků upravuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální pracovník zajišťuje rovněž služby jak ambulantní, tak terénní, může za klientem přicházet do jeho prostředí, školy, domácnosti atd. Sociální pracovník pracuje a buduje s klientem partnerský vztah. Pracuje odborně poradensky, poskytuje sociální rehabilitace, pracuje na kompetencích a samostatnosti každého klienta.

**Pracovník v sociálních službách** bývá často zaměňovaný pojem se sociálním pracovníkem. Pracovník v sociálních službách dosáhne, na rozdíl od sociálního pracovníka, svého vzdělání splněním kvalifikačního kurzu pracovníka v sociálních službách alespoň v rozsahu 150 hodin. *“Podle z. 108/2006 jde o pracovníka vykonávajícího přímou obslužnou péči o klienty, základní výchovnou činnost, upevňování potřebných návyků a pečovatelskou práci.* (Matoušek, 2008) Stejnou práci, dle definice Matouška, pak pracovník v sociálních službách má kompetenci vykonávat rovněž v CDZ.

Odbornost **speciálního pedagoga** se ale v týmech CDZ nemusí objevovat pouze pod pozicí sociálního pracovníka. V různě a konkrétně zaměřených týmech CDZ se mohou vyskytovat další odborníci, jež vyžaduje cílová skupina CDZ. Proto například v dětských týmech CDZ je pozice speciálního pedagoga obsazována pro práci s dětským klientem a jeho potřebách v rámci vzdělávání a školní docházky. *“Speciální pedagogika se zabývá výchovou a vzděláváním lidí postižených různými nedostatky tělesnými, smyslovými, duševními nebo poruchami chování.”* (Hartl, 2004)

**Adiktolog** je stejně tak jako speciální pedagog specifický odborník, který může být zaměstnán jako člen týmu v konkrétně zaměřeném CDZ. Adiktologie je věda, jež se zabývá závislostmi a jejich léčbou. Adiktologové tak působí v CDZ zaměřených na léčbu závislostí. Adiktolog je absolventem lékařské fakulty oboru adiktologie.

Obdobně je to i s odborností **nutričního terapeuta**, který pracuje v týmech CDZ zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy. Nutriční terapeut je nelekářská zdravotní

profese, může být absolventem vysoké školy nebo vyšší odborné školy stejnojmenného oboru. Jeho cílem je práce s klientem na stabilizaci, nárůstu nebo snížení jeho váhy.

**Psychoterapeut** je odborník, jenž absolvoval vysokou školu humanitního nebo zdravotního zaměření a má splněné pětileté akreditované kvalifikační vzdělání v psychoterapii. Takové vzdělání se nazývá psychoterapeutický výcvik a společně s vědomostní částí bývá spojen také s částí sebezkušenostní. Role psychoterapeutů v jakémkoliv CDZ je velmi důležitá. Psychoterapeut může mít zaměření pro práci s dětmi, pro práci se závislostmi nebo rodinou a může tak individuálně, případně se skupinou – vrstevnickou, rodinnou..., pracovat psychoterapeuticky.

## 2.2 Organizace CDZ a jeho úskalí

CDZ mají organizačně velmi složitou strukturu. V České republice totiž vznikají jako fúze dvou oborů – zdravotního a sociálního. Každý z nich přitom má své vlastní jiné vedení a jiný resort. Ministerstvo práce a sociálních věcí je nad sociální částí a Ministerstvo zdravotnictví je nad částí zdravotní. Tento projekt vznikal dříve v jiných evropských městech, kde tato propast nemusí být tak velká. Například v Nizozemí mají tyto dva resorty jedno ministerstvo a práce se tak lépe spojuje a koordinuje.

Tento fakt je rovněž velkou překážkou již při zakládání takové služby. Každé z ministerstev totiž může předepisovat a nařizovat jednotlivé podmínky trochu jinak. Každý takový tým tak může na podobné praktické náležitosti narážet. Příkladem může být příjem klienta, kdy je zdravotník zavázán bez omezení přijímat každého, ale sociální pracovník je povinován svému kraji, může tedy přijímat jen osoby, které mají trvalé bydliště v dané oblasti působnosti CDZ. Obecně by pak mělo platit, že pravidlo, které je přísnější, je to, které je určující. To znamená, že zde by se měla zdravotní část řídit pravidlem i sociálním, a přijímat tak pouze klienty na svém území.

Dalším velkým tématem je financování. Každá složka je financována jinak. Sociální pracovník je financován projektem, krajem a jeho plat je tedy jasně stanoven a limitován. Pracovník spadající pod zdravotní část je oproti tomu placen zdravotní pojišťovnou, kterou je hrazena klientova péče. Obecně je také velmi problematická strategie odměňování a výše výplat. Mezi platem zdravotníka a pracovníka v sociální části je obecně velmi velký rozdíl,



což může přinášet neshody a nedobré vztahy v týmu, ve kterém by měl mít každý pracovník stejné podmínky.

V českém prostředí se také často naráží na nerespektování nezdravotnického povolání. Může se jednat o disrespekt v rámci klientů, rovněž ale i v rámci týmu. Mnoho sociálních pracovníků tento fakt popisuje a necítí se tak v týmu dobře. Může se jednat o následek přístupu k sociální práci v českých dějinách. Mnozí odborníci vydávají o této problematice publikace a tento fenomén pojmenovávají. *“Postavení sociálního pracovníka v týmu specialistů není dostatečně vyjasněno a často dochází k problémům ve vzájemné komunikaci a při vymezení kompetencí a pracovních náplní.”* (Kuzníková, 2011)

### 3 Sociální práce

Sociální práce je jako vědní obor nepostradatelná v pomoci lidem v nouzi. Výjimkou tak není ani u osob s duševním onemocněním. *“Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace, určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.)”* (Matoušek, 2008) Práce s duševním onemocněním je tedy jedním z mnoha možných zaměření sociálního pracovníka.

Sociální práce má dlouhou historii, ze které také vychází možnosti poskytování sociální práce a její přístupy a odlišnosti jednotlivých přístupů ve srovnání s historickými a kulturními odlišnostmi v daných zemích. V českém prostředí je, nejen sociální práce, ovlivněna a její vývoj obdobný ostatním postkomunistickým státům.

Sociální práce může být poskytována různými formami a různě skupině klientů. Může být poskytována individuálně – jednotlivcům, skupinám nebo rodinám, či komunitám. Komunitou se rozumí seskupení lidí, kteří žijí na stejném místě. Sociální práce má tedy různé úrovně, na kterých je poskytována. Těmi se rozumí mikroúroveň, a makroúroveň. Mikroúroveň pracuje na case managementu, nebo-li případovém vedení a práci. Makroúroveň pojímá práci s velkými skupinami. Patří sem komunitní práce, práce s organizacemi, ale také působení na politickou sféru a veřejné mínění. (Matoušek, 2013)

Cílem sociální práce je vždy pomoci člověku nebo skupině lidí, hledat s nimi i praktická řešení jejich situací a podporovat je. *“Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.”* (Mahrová, Venglářová, 2008) Sociální práce je rovněž komplexní obor, komplexní pohled, pomoc a podpora, ačkoliv na každého nahlíží jako na individualitu se svými vlastními specifickými potřebami. Sociální práce tak může být vykonávána v mnoha oborech a zaměřeních ve svém poradenství a podpoře. Jedná se například o zaměření do zdravotnické oblasti, finanční, pedagogické, psychologické atd. Cíle sociální práce jsou následující (Zastrow in Matoušek, 2013)

- 1) Podpora klienta a jeho kompetencí v řešení jeho problému, jeho vývoj a adaptace.

- 2) Navázat klienta na další služby, které mu mohou dále s jeho problémem pomoci.
- 3) Podporovat souběh služeb, aby vše běželo efektivně a humánně.
- 4) Rozvoj a zlepšování sociální politiky.

### 3.1 Role sociálního pracovníka a jeho kompetence

Sociální pracovník jako odborník je definován zákonem 108/2006 Sb. O sociálních službách. Sociální pracovník musí splňovat tímto zákonem stanovené vzdělání, a to buď vyšší odborné anebo zaměřené bakalářské vzdělání v oboru sociální práce, sociální pedagogika, speciální pedagogika, sociální politika, sociální prevence nebo charitativní a humanitární práce a činnost. Zákon také jmenuje předpoklady, které by měl odborník v roli sociálního pracovníka splňovat. Dle Zákona o sociálních službách *“Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.”* (Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách)

Kompetence sociálního pracovníka se mohou z různých úhlů pohledu lišit. Dle Zastrowa (Zastrow in Matoušek, 2013) uvádí 14 bodů kompetencí, které spadají a patří sociálnímu pracovníkovi. Patří mezi ně například uplatňování kritického myšlení v rámci praktikování teorie v praxi při práci s klienty, dodržování etické principy sociální práce, braní ohledu na různé možné odlišnosti a individualitu, schopnost profesionálně využívat vlastní osobnost, chápání teoretické principy vyčleňování a možnosti jejímu zamezování, vyznání se v tématech z historie sociální práce a znalost aktuálních dogmat a otázek v sociální práci, porozumění biopsychosociálním činitelům, které osoby ovlivňují, umění sociální politiky a aktivní participace v ní, znalost aktuálních výzkumu a umění je uplatnit v praxi, schopnost vedení supervizí, konzultací, ad. Havrdová (Havrdová in Matoušek, 2013) pak popisuje bodů méně a vychází ze znalostí, které musí prokázat sociální pracovník při získávání vysokoškolského vzdělání. Patří sem správná komunikace, orientace

a plánování, vést klienta k soběstačnosti a kompetentnosti, poskytovat služby i v rámci organizace a schopnost odborně růst.

### **3.2 Etika sociálního pracovníka**

Každý sociální pracovník se řídí etikou sociální práce, tedy profesní etikou sociálních pracovníků. Jedná se o soubor pravidel, která jsou schválena asociací sociálních pracovníků. Tyto standardy slouží k co možná největší eliminaci nežádoucího chování a popisu náročných nebo konfliktních situací. Může se týkat mnoha ohledů, kde se sociální pracovník setkává s klientem. Většinou se tato pravidla týkají pravidel poskytování služeb, pravidel jejího možného ukončení, nastavení a popsaní vztahů mezi klientem a pracovníkem, zacházení s osobními a citlivými údaji a daty, jež upravuje také Zákon 110/2019 Sb. O zpracování osobních údajů. Zaměřuje se také na krizové a kritické situace, se kterými se pracovník může v rámci výkonu své profese setkat. V rámci etiky se hovoří o morálce, která souvisí s lidskou schopností rozlišovat dobré a zlé. Vždy je spojená s individuálními hodnotami, vzděláním a výchovou každého člověka.

Český etický kodex sociálních pracovníků vychází z kodexu Mezinárodní federace sociální práce, Deklarace lidských práv, Listiny základních práv a svobod a také ze Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Kodex nepracuje pouze s vazbami mezi pracovníkem a klientem, ale také s dalším okolím, ve kterém se sociální pracovník pohybuje – organizace, zaměstnavatel, kolegové, komunita, společnost atd.

Díky vymezeným pravidlům a standardům, jimiž se může každý sociální pracovník řídit, je pak eliminován možný vznik etických dilemat. Etické dilema přichází tam, kde se střetávají například nepopsané nečekané situace, osobní nastavení pracovníka s jeho hodnotami. Nebo také k němu může dojít při některých požadavcích klienta a nedostatečných silách možností pracovníka v rámci jeho pomoci.

### **3.3 Teorie a přístupy v sociální práci**

Teorie v sociální práci, stejně jako jiné teorie jiných oborů, je soustava praxí ověřených tvrzení. Tato tvrzení pomáhají vysvětlovat určité jevy, se kterými se lze setkat

v sociální práci. Pomáhají především při praxi a každý profesionální sociální pracovník by tak tato tvrzení měl znát a při své praktické práci je umět uplatňovat a používat při práci s klienty.

Sociální práce sahá do teoretických základů i dalších věd, které s prací s klientem bezprostředně souvisí. Jedná se například o pedagogické vědy, psychologii, sociologii atp. Menší počet teorií je přímo postavený a vymyšlený jen pro sociální práci a práci pouze sociálních pracovníků. Sociální práce tak do jisté míry pracuje s teoriemi jiných oborů, které specificky využívá při přímé práci s klientem a při přímém řešení klientových problémů. *“Sociální práce se tedy vyznačuje zvláštní schopností integrovat a využívat různé poznatky ve snaze uzpůsobit je tak, aby na jejich základě bylo možno pomáhat lidem při podpoře (obnově) jejich sociálního fungování.”* (Navrátil, 2001)

**Psychodynamické přístupy** jsou přístupy a teorie, které vychází z teorií a děl Sigmunda Freuda. Sigmund Freud byl tvůrce směru psychoanalýzy, ze kterého se později vyvíjely další směry, kterým se říká psychodynamické. Freud byl zásadní a revoluční postavou pro vývoj psychoterapie, ale i psychiatrie a přístupu k lidem a jejich léčby. Freud zavedl pojmy jako je vědomí, předvědomí a nevědomí. Popsal tak topografický model osobnosti, který chápe lidskou osobnost i s jejími nevědomými obsahy. Strukturální model osobnosti potom pracuje s pojmy Superego, Ego a Id. Id funguje na principu pudů a instinktů. Superego je vnitřní kontrolor člověka, charakterizují ho různé zákazy. Mezi těmito dvěma funguje ego, které je spojuje, je vědomé a jeho úkolem je plnění potřeb za vhodných podmínek. Pracoval i se sny, přechyby. Freud, a později i jeho dcera, rozpracovali teorii egoobránných mechanismů. Ty vysvětlují lidské chování jako je například vytěsňování, sublimace, chybné úkony aj. Freud popsal také význam libida, zavedl tento pojem, který vysvětluje jako sexuální pud. Věnoval se také vývoji osobnosti a shrnul ji do 5 hlavních období (orální, anální, falické, latence a genitální). Každé z období je charakteristické určitým chováním. Pokud člověk určité období nezvládne, zůstává v něm po zbytek svého života a je zapotřebí s ním terapeuticky pracovat.

**Přístup orientovaný na člověka** je humanistické pojetí a přístup ke klientovi. Jeho zakladatelem je Carl Rogers. Typické pro toto pojetí je to, že pracovník klienta doprovází při jeho samostatném rozvoji, nepřechází do roviny interpretací ani role odborníka. Jde

o soucit a empatii. To jsou hlavní nástroje při práci. *“Podle Carla Rogerse je podstatné, aby pomáhající pracovník v terapeutickém vztahu usilovat o kongruenci a opravdovost, bezpodmínečnou pozitivní vazbu a empatii. Kongruence a opravdovost znamená, že pomáhající pracovník má jednat v souladu se svým prožíváním.”* (Navrátil, 2001) Pro sociální práci tento koncept rozvíjel Carkhuff. Ten přebírá podstatné pojmy jako jsou opravdovost, empatie, vřelost. Zaměřuje se na vztah mezi pracovníkem a klientem, jeho bezpodmínečné přijetí. Studiemi pak bylo prokázáno, že tento vztah má velmi významný vliv na řešení problému klienta. Rogers rozvinul teorii sebeuskutečňování nebo také sebeaktualizační tendenci. Tím vysvětloval plnění lidských potřeb nejen po fyziologické stránce, ale také stránkách člověka přesahujících, tvořivost, duchovní růst, práci na vztazích. S lidmi pracuje na základě předpokladu, že každý člověk je původně dobrý a jen jeho životem a negativními zkušenostmi se u něj mohou projevat negativní znaky. Věří, že tímto bezpodmínečným přijetím a empatií se mohou klienti vyvíjet opět pozitivním směrem.

Viktor Emanuel Frankl je často označován jako tvůrce třetího vídeňského směru. Pracuje se základním předpokladem lidské potřeby po smyslu – vůli ke smyslu. Jeho směr se nazývá **logoterapie**. Tento pohled přinesl změnu v pochopení důležitosti významu smyslu života. Úkol pracovníka je tedy pomoc při nalézání klientova smyslu života a jeho postupné naplňování. *“Logoterapie nechce pacientovi vnutit nějaký životní smysl, nýbrž mu chce pomoci najít jeho vlastní osobní životní smysl v souladu s jeho osobností.”* (Kratochvíl, 1998) Frankl pracuje s pojmy existenciální nebo noogenní neuróza. Pojí se s víkendovou depresí a vyskytuje se dle něj především v konzumní době, kde člověk má smysl života postavený na hektičnosti a naplněný prací a výkonem, zatímco jeho opravdový, hluboký smysl života se o volnu ukazuje jako chybějící a člověka napadají myšlenky o nesmyslnosti života. Frankl je také neurolog a přeživší Holocaustu. Své postřehy a myšlenky formoval v mnoha knihách, z nichž nejznámější je právě *A přesto říci životu ano* (v originálu *Trotzdem ja zum Leben sagen*). V tomto titulu popisuje svou zkušenost se smyslem života a zážitky z koncentračního tábora. Vzhledem k tomu, že je Frankl věřící, popisuje vztah k náboženství a rozdíl mezi terapií a náboženstvím jako různé úrovně. Náboženství a víra jdou dle něj výš, jde o spásu duše, zatímco terapie je poskytována s cílem uzdravení. V logoterapii jsou známé techniky jako je paradoxní intence nebo dereflexe. Paradoxní intence znamená, že si klient

přeje to, čeho se nejvíce bojí a učí se tak pracovat a vystavovat se vlastním strachům a fobiím. Dereflexe popisuje opak intence. Pokud se člověk moc snaží získat určitou nebo dosáhnout konkrétního bodu, blokuje ho to v dosažení a získání.

**Transakční analýza** je formou humanisticky orientované terapie. Pracuje s teorií o zodpovědnosti každého jedince. Transakční analýza je spojena se jménem svého zakladatele Erica Berneho. Ten pojmenovává tři egostavy – rodič, dospělý a dítě. Zabývá se a zpracovává jejich vzájemnou komunikaci a role, které si na sebe lidé berou v různých vztazích a vrstvách komunikace. Jinak se tyto komunikace nazývají transakce. Práce poradce spočívá v nahlédnutí do tzv. zkřížených transakcí a práce s nimi.

Mezi **sociálně-psychologické a komunikační modely** se řadí takové přístupy, které se zaměřují a staví na komunikaci a mezilidských vztazích. Jedná se rovněž o protnutí s oborem sociální psychologie a její teorie. Patří sem i teorie sociálních rolí. Na role je nahlíženo jako na součást vztahů. Role mohou být různého charakteru – připsané, získané nebo vnucené. Dále pak mohou nastávat situace jako konflikt rolí, konflikt v roli aj. Teorie labellingu, nebo-li nálepkování také patří pod sociálně psychologické teorie. Jedná se o přístup, kdy se pracuje se společenským očekáváním a tlakem společnosti. Pokud je někdo nějak označen (diagnostikován, pojmenován, patří do nějaké skupiny), pak společnost očekává, že se dle stereotypních předpokladů bude daný člověk patřičně svého označení chovat. Může se tedy jednat i o fenomény, kdy je jedinci připsáno označení, které si společnost spojuje s negativními jevy, a bude tak od tohoto člověka negativní chování očekávat. Svým očekáváním a následnými reakcemi chování pak narůstá pravděpodobnost, že se označený člověk bude chovat dle očekávání společnosti. Patří sem také komunikační teorie, například rozpracování verbální a neverbální komunikace, důsledky a možnosti zlepšování komunikace pracovníka s klientem.

**Behaviorální přístup** je založen na chování a vzorcích chování. Zajímá se zejména o kognitivní procesy, reakce a motorické projevy. Behaviorální přístup je tedy ten, který pracuje s chováním, tím v normě i mimo normu, jako s něčím, co je naučené a interaguje na prostředí. Díky pokusům, které představitelé behaviorismu prováděli na zvířatech, zjistili, že chování lze také přeučit na základě odměn. S tímto pracoval také I. P. Pavlov a popsal teorii klasického podmiňování. B. F. Skinner pracuje s pojmem operantního podmiňování,

kteřé vysvětluje chování jako něco, co lze uchovávat, pokud je takové chování nositelem příjenného následku. A. Bandura teorii podmiňování doplnil o observační podmiňování, ve kterém se člověk učí také nápodobou a vnímá tak chování ostatních a jeho následky. Cílem takového přístupu při práci s klientem je taková změna chování, která povede klienta ke kompetencím a samostatnosti v různých okruzích jeho potřeb.

**Kognitivní přístup** se věnuje především poznávacím procesům člověka a zejména jeho myšlení. Právě tento fakt tvoří rovněž největší odlišnost od behaviorální terapie, která se ne vždy zabývala vnitřními procesy a tedy vnímáním. Typické pro tento směr *“je orientace na vědomou činnost, na přítomnost a na využívání racionální logické argumentace.”* (Kratochvíl, 1998) Ve spojení s behaviorálním přístupem vznik kognitivně-behaviorální přístup. Ten se dnes ukazuje jako velmi účinný při práci s osobami trpící závislostí nebo úzkostným stavy. Jedná se o práci s chováním tak, aby se mohlo měnit i myšlení.

Zatímco ostatní teorie a jejich metody nebyly vyvinuty speciálně pouze pro potřeby práce sociálních pracovníků a jejich přístupu, u **Přístupu orientovaném na úkoly** je tomu naopak. Tento přístup vznikl přímo pro sociální práci. Je postaven na praktickou práci s klientem tak, aby mu pomohla řešit praktické problémy. Sociální pracovník tak klientovi pomáhá vybrat úkol, na kterém chce pracovat. Po jeho splnění pak klientovi roste sebedůvěra, a s tím také rozvoj sebevědomí, a vlastních kompetencí. Teorie stojí na základech rovnocenného postavení pomáhajícího i klienta, klient si sám určuje své úkoly. Přístup pomáhá v osmi okruzích sociální problematiky: *“interpersonální konflikty, neuspokojení v sociálních vztazích, problémy s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí. Problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emocionální úzkosti, neadekvátní zdroje, potíže s chováním.”* (Navrátil, 2001) Sociální práce tímto přístupem má svá kritéria a postupy práce. Postup je složen z šesti fází, které pracovník s klientem podstupuje.

Mezi techniky, kterými sociální pracovník může pracovat a která je zejména v péči o duševní zdraví velmi potřebnou, patří také **krizová intervence**. Jedná se o práci a pomoc klientovi v takových situacích, kdy se může jednat o jeho život. Krize obecně je definována jako *“situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života, a vyvolává stav*



*nerovnováhy, ohrožení a stresu.*” (Matoušek, 2008) Jedinec proto nemá naučené mechanismy a strategie, jak tuto krizi zvládnout, a může tak využít odbornou pomoc. Je ale také zřejmé, že minulé zkušenosti se zvládnutými krizemi nebo krizovými situacemi dodávají člověku kompetence pro zvládnání krizí dalších. Je proto vhodné, aby se člověk naučil a osvojil si strategii zvládnání krizí. Tyto nástroje následně může používat dále po zbytek svého života a bude tak předcházet vzniku traumat nebo nedořešených konfliktů. Krize vždy může být vnímána jako možnost pro začátek nového, jako určitá příležitost nebo naopak. Největšími spouštěči krize bývají velké a často nečekané změny, úmrtí, ztráta. Každý jedinec má své strategie, které mu pomáhají krize zvládat. Úkolem pracovníka také může být pomoc tyto schopnosti a strategie objevovat nebo na nich pracovat. Případně nahrazovat nezdravé strategie za zdravé. Krizová intervence je pomoc osobám v krizi. Platí pro ni jednoduchá, ale zásadní pravidla. Měla by být lehce dosažitelná a dostupná neustále. Pracuje se na minimálních, malých cílech. Pokud je krize většího charakteru a jedná se o život klienta, pak pracovník pracuje direktivněji.

**Ekologický nebo ekosociální přístup** v sociální práci se zaměřuje na klienta a jeho okolí. Dává do popředí jejich jednoznačnou provázanost a dopady prostředí na člověka a dopady jednání člověka na jeho prostředí.

**Antiopresivní přístup** je někdy označován a nazýván přístupem antidiskriminujícím. Pracuje s klienty tak, že se snaží co nejvíce eliminovat, snížit, negativní dopady vlivu společnosti na tyto skupiny. Může se jednat o skupinu menšiny, ženy, seniory, náboženskou skupinu. Jakoukoliv skupinu, která je něčím charakteristická, jiná, má nějakou pověst a je zranitelná. Thomson popisuje tři základní imperativy, které by měly být uplatňovány – spravedlnost, rovnost, spoluúčast.

V sociální práci se může odborník potkat s celou řadou dalších přístupů. Sociální práce je v neustálém dialogu s ostatními obory, proto je jasné, že si z dalších oborů může tyto přístupy přejímat a užívat je tak do své funkční praxe a práce s klienty. Pro účely této práce však postačí jmenované přístupy a teorie sociální práce.

### **3.4 sociální pracovník**

Se zdravotně sociálním pracovníkem se klient může setkat v zařízeních, která jsou lékařská a tato specializace mu umožňuje zde pracovat, lépe chápat a propojovat sociální chápání se zdravotnickým. Jiné označení je také sociální pracovník ve zdravotnictví. Zdravotně sociální pracovník spadá povinností Zákona 96/2004 o nelékařských zdravotnických profesích. Takový pracovník pracuje s klienty v lůžkovém oddělení nemocnic, případně s klienty, kteří jsou po léčbě, v jiném zdravotnickém zařízení. *“Zdravotně sociální pracovník provádí činnosti v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče a podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.”* (Národní soustava povolání) K dosažení této odbornosti je zapotřebí, aby pracovník splnil vyšší odbornou školu, vysokou školu anebo kvalifikační kurz. Takový pracovník se často pohybuje v nemocnicích a lůžkových péčích. Setkávají se s ním tedy i osoby s duševním onemocněním v rámci psychiatrických oddělení nebo psychiatrických nemocnic. Úkolem těchto pracovníků je mimo jiné také navázání klienta na další návaznou službu.

S takovým pracovníkem se klienti setkávají také v rámci CDZ v multidisciplinárních týmech. Jejich specializace zatím nemusí odpovídat splnění dle zákonných stanov, ale jejich popis práce a znalosti odpovídají pracovníkovi sociálně zdravotnímu. Každý pracovník, který pracuje v centru duševního zdraví, musí mít znalosti v rozsahu diagnóz a kompetencí zdravotní sféry. Zatím není povinností sociálního pracovníka v týmu CDZ měl oficiální vzdělání sociálně-zdravotního pracovníka.

### **3.5 Sociální pracovník v péči o duševně nemocné osoby**

Sociální pracovník tedy k péči o osoby s duševním onemocněním může přispět svou nenahraditelnou odborností. Je veden k tomu, aby na klienta nahlížel komplexně, empaticky a partnersky. Zároveň se dokáže podívat na jeho komplexní sociální situaci, vztahy, rodinu, okolí. Zaměřuje se na faktory, které zdravotní složku mohou doplňovat, a může tak upozorňovat na pozadí a anamnézu klienta.

Se sociálním pracovníkem se tak může klient setkat nejen v nově vznikajících CDZ, ale rovněž v nemocnicích, stacionářích, krizových centrech, některých školách a školských zařízeních a dalších zařízeních, kam může vnášet tento svůj pohled. Zde by mělo být jeho úkolem klientovi poskytnout dostatek informací o jeho stavu, o službě a zdravotnické službě, podat informace o dalších možnostech péče. Podporuje klient a v jeho kompetencích a pracuje socioterapeuticky. Pracuje na rozvoji sociálních dovedností, pracuje metodami individuální sociální práce. *“Z hlediska teoretických konceptů je u klientů s duševním onemocněním účinné vycházet z úkolového přístupu a pojetí práce se specifickou skupinou.”* (Mahrová, Venglářová, 2008)

Princip jeho práce se shoduje s principem case managementu, je tedy velmi často v roli case managera a záleží již na každé další organizaci a jejím vidění sociálního pracovníka pro další práci s klienty.

Obecně sociální pracovník pracuje na sbírání podrobné sociální anamnézy, mapuje klientovu situaci, poskytuje psychosociální podporu, může klienta v různých sférách edukovat a poskytovat mu poradenství, pracovat socioterapeuticky, komunikovat s klientem, vést motivační rozhovory, plánovat společně klientův plán péče, revidovat tento plán, pracovat na kompetencích a sociálních schopnostech klienta, pořádá případová setkání, spolupracuje s odborníky mimo organizaci (OSPOD, Úřady práce, Česká správa sociálního zabezpečení atd.) chystá závěrečná vyhodnocení, může dělat sociální šetření, depistáže<sup>4</sup>. Často také pracovníci pracují s konkrétními druhy duševního onemocnění a jejich dopady na jednotlivce, ale i na celou rodinu, blízké a prostředí kolem něj. Proto je zapotřebí, aby každý sociální pracovník měl znalosti alespoň psychiatrického minima a mohl znát běžné průběhy psychiatrických onemocnění, jejich dopady, léčbu a přístup ke klientovi.

### **3.6 Psychiatrické minimum**

Psychiatrické onemocnění a jejich diagnostická kritéria vycházejí z Mezinárodní klasifikace nemocí, současně se v České republice řídí odborníci 10. revizí. *“Pro sociálního pracovníka, který potřebuje rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch, je vodítkem*

---

<sup>4</sup> aktivní vyhledávání klientů v terénu a nabízení služby

*ke znalosti symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění, jejich průběhu, ale i dopadu na život člověka.”* (Peč, Probstová, 2014) Tato klasifikace bývá některými odborníky kritizována pro svůj deskriptivní přístup nebo neshodu v pohledu různých terapeutických směrů. Každý člověk, i když ten nemocný, je primárně člověkem, který žije život v komunitě, v jeho prostředí. Pro účely práce však postačující poněkud zjednodušený popis projevů onemocnění a důraz bude tato kapitola klást spíše na možnost postavení pomoci a role sociálního pracovníka a sociálních dopadů nemocného.

**Organické duševní poruchy, včetně symptomatických** jsou poruchy, které mají prokazatelný organické změny. Příčiny mohou být různé, většinou jsou dopadem jiné nefunkčnosti v těle. Může se jednat o nádorové onemocnění, atrofii, různé záněty nebo poranění. Řadí se sem demence, deliria a podoby dalších duševních onemocnění, které ale vznikly na organickém základě. Například psychotické onemocnění, poruchy nálad, deprese, poruchy osobnosti. Jde o změnu, kterou vyvolá poškození mozku. K diagnostickým kritériím demence patří narušené kognitivní funkce, narušení aktivit každodenního života, příznaky v chování a psychice. Tyto příznaky musí přetrvávat alespoň po dobu 6 měsíců. Nemocný postupem nemoci může přicházet o schopnost sebezpečí a sebeobsluhy. Odhadem polovina onemocnění demencí má podobu Alzheimerovy choroby. Deliria, která nejsou vyvolána psychoaktivní látkou, zapříčiní stav zmatenosti, chaosu, poruchu vědomí, emocí, vnímání a pozornosti. Někdy mohou mít podobu i halucinací nebo bludů. Může nastat po demenci nebo přijít po ní. Sociální práce může spočívat v zajištění péče, zajištění finančního zázemí, stacionáře, denní centra, reminiscenční terapii a později i paliativní péči. Alzheimerova choroba totiž v dnešní době zatím nejde léčit, lze pouze zpomalit její podoby. Je tedy zapotřebí i správný psychosociální přístup k nemocnému. Někteří odborníci dnes doporučují co největší podporu klienta v jeho domácím prostředí, zaměření na posilování a co největším zachování kognitivních funkcí, denních aktivit. Doporučuje se zapojení dobrovolníků a terapeutů, rehabilitací. Velmi důležitým aspektem je rovněž práce a podpora rodiny a pečujících osob.

**Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek** jsou naopak onemocnění, která vznikají na základě užití konkrétní látky, nejčastěji takové, která vyvolává závislostní stavy. Mohou sem patřit látky legální (alkohol, tabák, kofein...)

i nelegální se všemi druhy účinku – stimulační (pervitin, MDMA, kokain...), tlumivé (heroin, subutex...) nebo halucinogenní (THC, LSD, psylocybin...). Tyto látky mají různé účinky na vědomí člověka. Mění stav jeho vědomí, některé ovlivňují i kognitivní funkce. Práce s uživateli návykových látek je odborná a může probíhat v různých fázích závislosti. V českém prostředí fungují podpory sociálního pracovníka v centrech pro léčbu závislosti i v nemocnicích a jejich specializovaných odděleních, kde se klade důraz na pomoc se sociálním prostředím po ukončení léčby, nalezení vhodného bydlení, návazné služby, práce s rodinou. Dalším druhem léčby mohou být svépomocné skupiny například Anonymní alkoholici. Další práce sociálního pracovníka také může pomáhat umírňovat dopady, harm reduction, závislosti. Jedná se o centra, kam uživatel může přijít pro jídlo nebo ochranné pomůcky včetně těch sloužících k aplikaci látek pro sterilní užívání a nepřenášení případných onemocnění jako je žloutenka nebo HIV.

**Schizofrenie, poruchy schizofrenní poruchy a poruchy s bludy** jsou další kategorií z MKN 10. Jde o onemocnění, které je charakteristické poruchami myšlení, které člověku nedává smysl a vnímání. Dochází k pomatení v projevu, nemocnému se těžko komunikuje a rozlišuje podstatné. Při zárazech a přerušeních v myšlení může dojít k představě, že myšlenky jsou mu odnímány zvenku jinou postavou. Komunikační projev tak může působit nesrozumitelně nebo nesmyslně. Součástí onemocnění mohou být bludy, které mohou mít různou formou o nadpřirozenosti, spojitosti, telepatii apod. Vnímání je změněné halucinacemi.

Halucinace mohou být sluchové, zrakové, ty bývají více časté než halucinace ostatních smyslů. Onemocnění často začíná v mladém věku okolo 20. roku života. Psychotická onemocnění jsou velmi závažná psychiatrická onemocnění. Pokud je ale nemocný včas, po první psychotické atace, léčen, může být bez projevů po celý zbytek života. U části klientů může být průběh proměnlivý a nestálý nebo mít tendenci postupně se zhoršující. Schizofrenie ovšem většinou neubírá intelektové funkce.

Schizofrenie se dělí na další její typy – paranoidní, která je charakteristická halucinacemi a bludy, simplexní schizofrenie přichází spíše postupně. Je vyzorováno uzavřenější chování nemocných již od dětství. Hebefrenní schizofrenie je méně častou a projevuje se vzdorovitým a vyhraňujícím chování nemocného. Katatonní forma

schizofrenie uvádí nemocného do zatuhlosti, do stuporu. Může končit až metabolickým rozvratem a smrtí. Jde o nejméně častou formu schizofrenie v populaci. Schizoafektivní porucha obsahuje projevy schizofrenie společně se změnami nálad a depresemi. Porucha s bludy se projevuje většinou v pozdějším věku člověka, charakteristické jsou bludy. Sociální práce s těmito klienty může být obtížná. Klient nemusí mít náhled na své onemocnění a při nezaléčeních stavech může být agresivní. Sociální pracovník tak musí vždy pomocí odborníků vyhodnotit své možnosti a možnosti jeho intervencí. Zde je velmi důležitá farmakoterapie, kde může sociální pracovník mít vliv na motivující rozhovory. Může také pomoci v bydlení, chráněném bydlení nebo zaměstnání.

**Afektivní poruchy** nebo také **poruchy nálad** shrnují především deprese a mánie a jejich střídavé fáze. Mánie se projevuje euforií, přebytkem energie, myšlenkovým tryskem, sníženou potřebou spaní, energií k různorodým činnostem. Mánie může mít velké sociální dopady nemocného. Může totiž nadměrně komunikovat i v nevhodné časy, například v noci, se svým okolím, může se setkávat s odmítavými postoji. Také je poměrně časté nakupování ve velkém množství, kdy dotyčný může spadnout až do dluhů a exekucí. Zde může být role sociálního pracovníka k pomoci s nácvikem komunikace a také poradenstvím a řešením případné chudoby klíčová. Depresivní porucha je naopak charakteristická smutnou náladou, nechutí k čemukoliv, nedostatkem energie. Častým jevem je také únava, neschopnost ráno vstát z postele, myšlenky na sebevraždu, pocit nesmyslnosti. Může mít také somatické projevy jako je bolest na hrudi, svalů, psychomotorický neklid. Opět zde může sociální pracovník pomoci v motivaci k medikaci a pomoci při sociální rehabilitaci a návratu do zaměstnání nebo komunity. Bipolární afektivní porucha je kombinací těchto dvou stavů v různé intenzitě a četnosti proměn. Role sociálního pracovníka tak může být obdobná jako u jednotlivých onemocnění této kategorie.

**Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy** *“představují různorodou skupinu poruch, které charakterizují především potíže ve vztahu k úzkosti a jejím somatickým korelátům.”* (Pěč, Probstová, 2014) Do této kategorie spadají fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na stres a porucha přizpůsobení, disociativní poruchy, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy. Vznik neurózy je přisuzován působení psychosociálních vlivů. Jedná se

o potíží ohledně adaptace na prostředí. Příznaky těchto onemocnění tak v nějaké míře zažívá každý člověk. Jedná se o příznaky jako je stres, úzkost, smutek... U diagnóz je proto důležitá intenzita a četnost tohoto prožívání. Například při úzkosti, kterou člověk prožívá i mimo nebezpečné situace se může již jednat o poruchu. Akutní neurozy bývají zapříčiněné prožitým traumatem. Vzhledem k povaze onemocnění se s takovými klienty může setkat sociální pracovník velmi často. Jeho pole působnosti je také velké.

Při sociálních fobiích, kdy má klient strach z kontaktu s lidmi a jeho chování tak vede k vyhýbání se mezilidským kontaktům, může sociální pracovník s klientem trénovat praktické dovednosti v terénu. Při disociativních poruchách je spojitost při jejich vzniku s nepříznivou nebo nevhodnou psychosociální situací. Zde tak může sociální pracovník podporovat sociální prostředí a pracovat například s rodinou klienta. Obsedantně kompulzivní porucha nutí nemocného obsedantnímu nebo nutkavému myšlení. Projevuje se například přehnaným kontrolováním, nutkáním k opakování určité činnosti, může se jednat o vtíravé myšlenky. Pokud člověk toto myšlení nepromění, chování přináší úzkost a tíseň. Taková porucha pak může nemocného vyřadit z běžného života. Sociální pracovník tak může pomoci při sociální rehabilitaci, nácvicích, chráněném zaměstnání, práci s rodinou. Sociální pracovník může velmi často nasměrovat klienty k další péči, u Posttraumatické stresové poruchy, může být první, kdo se dozví o konkrétní traumatické události vzhledem k potřebám klienta praktické pomoci.

**Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** obsahuje dvě hlavní skupiny onemocnění a symptomatiky – poruchy příjmu potravy a sexuální poruchy. Mezi poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie, kde nemocný kontroluje svou váhu a příjem potravy, neustále posouvá svou cílovou váhu níže a níže, může se pojit se závislostí na sportu a obrovským výdejem energie. Dochází k podvýživě až k selhávání a poruchám tělesných funkcí. Mentální bulimie je typická pro přejídání a následné vyprázdnění těla. Může být kombinovaná se závislostí na laxativech. Bulimie a anorexie mohou přecházet jedna do druhé. Sociální práce je velmi důležitá pro podporu klienta, socioterapií, podporu rodiny. Mezi poruchy sexuální patří rovněž porucha pohlavní identity: transsexualizmus. Dnes jsou vize a snahy, aby toto onemocnění mohlo být vyřazeno z diagnostiky a jednalo se o běžný jev stejně jako dříve byla homosexualita. Zde tak může

být práce sociálního pracovníka v komunitě, osvětě společnosti a podpory klienta v jeho prostředí, rodině. Mezi sexuální poruchy patří celá řada dalších poruch, které vzhledem k omezené kapacitě práce dále práce nebude popisovat.

Diagnóza, která v populaci stále narůstá, je **porucha osobnosti**. Ta nebývá diagnostikována dětem pod 18 let věku. *“Tito pacienti mají závažné problémy začlenit se do společnosti, pracovat, vytvářet a udržet vztahy, pečovat o potomky.”* (Mahrová, Venglářová, 2008) Je proto zde pomocná práce sociálního pracovníka při pomoci klienta v jeho žití a fungování v přirozené komunitě, v rodině, v zaměstnání. Vzhledem k projevům nemoci u klientů jako je nízká schopnost empatie, hlubších emočních prožitků, střety s autoritou, zaviňování okolí, předávání zodpovědnosti druhému a okolí, bývá práce s těmito klienty velmi náročná. Poruchy osobnosti se mohou v průběhu života proměňovat. Terapie u těchto klientů má potenciál. Pro účely práce opět není nutné popisovat a pojmenovávat jednotlivé poruchy.

Dalšími kategoriemi jsou pak **Poruchy psychického vývoje**, při kterých je potřebná intervence sociální práce vzhledem k povaze poruch, kde je narušen vývoj osvojování řeči. Patří sem rovněž specifické poruchy učení. Sociální pracovník nebo speciální pedagog tak může pracovat v komunitě, ve školách, nácviky a s rodinou. Stejnou podporu může poskytovat sociální pracovník osobám s diagnózou **Poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci** (hyperkinetické poruchy, poruchy chování, tikové poruchy, Tourettův syndrom).

Pro komplexní péči a péči komunitní je proto u všech onemocněních duševního charakteru potřeba zapojení sociálního pracovníka. Zcela jistě nemůže suplovat práci dalších odborníků. Jeho kompetence jsou ale velké a upravuje je zákon. Socioterapie je vždy spíše obecná a praktická, soustředí se na konkrétnosti. Pracuje s okolím, normalitou, nácviky. Sociální pracovník se snaží, aby člověk mohl co nejlépe fungovat navzdory své nemoci. Může být zaměřená také na práci s potřebami, které mohou být potlačovány nebo upřednostňovány. *“Cílem veškerého snažení je, aby klient měl schopnost žít a jednat v sociálním a politickém prostoru dané společnosti. Také aby vyzkoušel, ve kterých oblastech jsou pro něj aspekty nemoci skutečnou překážkou a kde si je dělá sám.”* (Mahrová, Venglářová, 2008)



## 4 Metodologie výzkumu

### 4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je hlouběji proniknout do pocitů sociálního pracovníka v týmu multidisciplinární péče tam, kde se setkává s celou řadou dalších odborností v rámci jednoho pracoviště, jednoho týmu. Jak je již v této práci dříve zmíněno, v českém prostředí se setkávají sociální pracovníci s pocitem nesounáležitosti k týmu, tento jev je popsán rovněž v odborných literaturách.

Cílem výzkumu je také zjistit, jakou roli může sociální pracovník v multidisciplinárním týmu mít, jak se vnímá, jaké má kompetence a zda je v týmu spokojený se vším rozložením práce. Zajímavý je také pohled na to, zda je sociální pracovník vnímán jako ten, který může plnit zákonem stanovené činnosti.

Z různých multidisciplinárních týmu se ozývají nejasnosti ohledně rozložení rolí a kompetencí v rámci multidisciplinární péče o klienta. Zákon týmům práci neumožňuje, každá část týmu spadá pod povinování jinému zákonu a ministerstvu. Každý pracovník navíc pochází z odlišného prostředí, kde je veden svým směrem, jeho úhlem pohledu. Sjednotit tato všechna vidění klienta a kompetence tak v českém prostředí nemusí být jednoduchá věc, a to se může odrazit do pocitů sociálního pracovníka nebo jeho sebevnímání jako odborníka a vnímání jeho role.

### 4.2 Výzkumné otázky

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

**Jak je vnímána pozice sociálního pracovníka v rámci multidisciplinární péči o duševní zdraví?**

#### **Dílčí výzkumné otázky:**

1. Jak se vnímá sociální pracovník v multidisciplinárním týmu duševního zdraví?
2. Jak se sociální pracovník v MTDZ cítí?

3. Jak sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu duševního zdraví vnímají klienti?

### 4.3 Metoda výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu a k faktům, která jsou žádoucí získat, práce využívá přístup kvalitativního výzkumu. *“Zdrojem dat jsou přirozená prostředí, jako je rodina, školní třída, pracovní skupina, a důraz se klade na výklad zkoumaných jevů očima účastníků nebo pozorovatelů. Výsledkem je podrobný, idiografický popis jednotlivých případů.”* (Hartl, 2004) Pokud se tedy jedná o pochopení pocitů a vnímání sociálního pracovníka na problematiku multidisciplinární péče, pak je zapotřebí proniknout hlouběji do chápání sociálního pracovníka, snaha o pochopení jeho role, jeho pozice. Záměrem je získat co nejdetailnější, nejkonkrétnější informace k tomu, aby bylo možné porozumět danému zadání.

Kvalitativní výzkum nemá jednoznačné definice. Dlouhou dobu v historii se také jeho pojetí proměňovalo. Někteří odborníci ho vnímají jako něco, co doplňuje kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je naopak takový výzkum, který lze statisticky uchopit, pracuje ve velké míře s čísly, grafy, procenty. Kvantitativní výzkum ověřuje danou teorii na velkém vzorku testovaných. Kvalitativní se snaží z obecného vyvodit teorii hlubším pochopením dané problematiky a vyvozuje různé hypotézy. *“Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní reality využívá kvalitativních metod.”* (Miovský, 2006)

### 4.4 Fáze výzkumného šetření

Vzhledem k povaze výzkumu, která stanovuje, že je potřebné nejprve data sesbírat, poté na nich pracovat, bylo zapotřebí pro účely práce vytvořit plán výzkumu. První fáze obnášela přípravu. Především pak studium odborné literatury a práci s textovými podklady na téma multidisciplinárních přístupů a duševního zdraví. V další fázi bylo nutné zjistit informace ohledně týmů, které pracují multidisciplinárně. Takové týmy byly osloveny napříč Českou republikou a bez ohledu na konkrétní cílovou skupinu, která by ještě dále

specifikovala a upravovala osoby s duševním onemocněním. Osloveny tedy byly týmy, které pracují s osobami s duševním onemocněním v České republice.

Navazovala fáze, která započala praktickou realizaci výzkumu. Pro výzkum byly osloveny multidisciplinární týmy pro děti a adolescenty a tým sociálních pracovníků při Psychiatrické nemocnici v Bohnicích, který pracuje rovněž multidisciplinárním přístupem. K oslovení byl použit e-mail, případně osobní kontakty autorky. Na tuto komunikaci se ozvalo pět sociálních pracovníků, kteří byli ochotní poskytnout rozhovor na toto téma. Takto autorka absolvovala pět rozhovorů přímo v terénu nebo na pracovištích daných sociálních pracovníků. Tito respondenti byli také požádáni o vytvoření výtvarných děl, kde vyjádří to, jak se v multidisciplinárním týmu duševního zdraví cítí. Po sesbírání dat od sociálních pracovníků byli osloveni také klienti jednoho z center duševním zdraví. Vzhledem k tomu, že se jednalo o osoby pod osmnáct let, byli jim rozdány informované souhlasy pro zákonné zástupce a následně sesbírána výtvarná díla se zadáním „Jak vnímáš celý tým, který o tebe pečuje, co se ti vybaví, když si vzpomeneš na tohle místo?“

Po fázi získávání dat mohlo dojít k jejich zpracování. Jedná se o předposlední fázi, fázi vyhodnocení dat. K vyhodnocování dat byla použita metoda otevřeného kódování, kde se konkrétní kódy vkládají do tabulek a jsou následně popsány a objasňovány. U arteterapeutické části se jedná o arteterapeutickou interpretaci výtvarných děl.

Poslední fáze nakonec odpovídá na výzkumné otázky. Obsahuje rovněž diskusi, zhodnocení výzkumu a celkově praktické části. Věnuje se také dalším doporučením pro výzkum, praxi sociálních pracovníků. Pojmenovává a pracuje i s limity a dalšími možnostmi, jež by v práci mohly být.

#### **4.5 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl zvolen na základě jednoduchých kritérií, která odpovídala potřebám práce. Metoda výběru byla zvolena metoda výběru souboru samovýběrem. *“Metoda samovýběru je založena na principu dobrovolnosti, respektive aktivního projevení zájmu zapojit se do výzkumné studie.”* (Miovský, 2006) Osoby, které splňují kritéria

výzkumného souboru, tak dostanou informaci s možností se účastnit výzkumu a je na jejich dobrovolnosti, zda se výzkumu zúčastní a jak a zda na získanou informaci budou reagovat.

V této práci tak bylo e-mailovou komunikací oslovenou několik týmu multidisciplinární péče s informací s možností o účast ve výzkumu a kontaktem, kam se případně sociální pracovníci, kteří se budou výzkumu chtít zúčastnit mohou obracet. Na základě této možnosti se ozvalo a s výzkumem souhlasilo pět sociálních pracovníků.

Výzkumným souborem se takto stalo pět sociálních pracovníc, které pracují na pozici sociální pracovníce v týmech s multidisciplinárním přístupem v péči o klienty s duševním onemocněním. Všechny pracovníce účastny výzkumu jsou ženy ve věkovém rozmezí 25-35 let.

#### **4.6 Metoda sběru dat**

Pro sběr dat k účelu kvalitativního výzkumu byla využita metoda moderovaného rozhovoru. Jedná se o velmi často užívanou metodu při sběru dat v kvalitativním výzkumu. Pro rozlišení mezi běžným rozhovorem a rozhovorem cíleným pro sběr dat a výzkum se dle Miovského (2006) užívá pojem interview.

Interview je cílené pro získání dat do výzkumu a účastní se ho jeden až tři dotazovaní. Pokud je dotazovaných účastno více, jedná se pak o interview skupinové.

Při interview hraje roli také prostředí a atmosféra při výzkumu, při získávání dat. Výzkumník tak může navazovat vztah s dotazovaným a tím přispívá k větší hloubce a pochopení odpovědí respondenta a dané problematiky. Interview lze dělit na tři základní kategorie dle strukturace daného interview – strukturované interview, polostrukturované interview, nestrukturované interview.

Pro účely tohoto výzkumu byla zvolena polostrukturovaná forma interview. Jedná se dle Miovského (2006) o nejvíce rozšířenou formu interview vůbec. Podle něj lze vyvážit nevýhody strukturovaného i nestrukturovaného interview pro dosažení co nejvíce validních výsledků.

Při polostrukturovaném interview má tazatel nachystané schéma a okruhy otázek, které bude pokládat. Není však pevně zakotvené jejich pořadí nebo přesné znění. Tento postup je také výhodný pro případné doptávání respondenta, ohledně dovysvětlování jednotlivých otázek, které nemusí být první odpovědí zcela jasné.

V této práci je rozhovor veden pomocí základních připravených otázek, které jsou s respondenty rozvíjeny dále dle potřeby a odpovědi daného respondenta. Tím je také ovlivněn čas a délka jednotlivých rozhovorů, kdy například několik respondentů odpovědělo na dva okruhy nebo otázky najednou.

Čtyři rozhovory se podařilo provést v jednotném prostředí ve stejném uspořádání pro všechny tazatele, za stejných podmínek. Jeden rozhovor musel být uskutečněn mimo toto prostředí, avšak v obdobné simulaci.

## 4.7 Analýza a interpretace rozhovorů

<b>Otázka č. 1</b>	
<i>Co je podle tebe multidisciplinární péče o duševní zdraví?</i>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Pohledy</b>	"...pohled vícero odborností na danou problematiku..."
<b>Pohledy</b>	"...každý má za svoji odbornost jinej úhel pohledu..."
Respondent č. 2	
<b>Pohledy</b>	"...nad člověkem se zamýšlí více lidí, více odborníků..."
Respondent č. 3	
<b>Dělení dle odborníků</b>	"...Je to péče, která se dělí podle odbornosti..."
<b>Spojení odborníků</b>	"...fakt je to vlastně o těch odbornostech, ten multi tým, které se spojují v péči o toho klienta..."
Respondent č. 4	
<b>Rychlá intenzivní péče</b>	"...nějaká záchytná stanice pro děti, co potřebují nějakou intenzivní péči a nějak stabilizovat a co nejdřív..."
Respondent č. 5	
<b>Celistvost</b>	"...komplexní péče, která je zajištěna z víc oblastí a víc myslí na tu celistvost..."
<b>Pohledy</b>	"... má na toho člověka celostní pohled..."

Sociální pracovníky, kteří pracují v multidisciplinárních týmech mají velmi podobné vnímání takového týmu. Obecně se opakovaly odpovědi, které se týkaly nějakého sjednocení. Někteří ji definovali jako celistvost. Často se v odpovědích opakovalo vysvětlení pomocí slova pohled. Jednalo se o vysvětlení, kdy je multidisciplinaritě vnímána pozitivně, a to právě díky tomu, že je v týmu více odborníků, tedy více pohledů. Většina respondentů tak popisovala péči, která dokáže nahlédnout každý jednotlivě, ale dohromady se seskládá v jeden velký celek, který dává větší smysl, než každá jednotlivina například i v tom, že by každý z odborníků byl jednotlivě na jednom místě, jak je tomu zatím při běžné ambulanci péči zvykem.

Většina respondentů rovněž použila slovo odborník. Je tedy patrné, že členové týmu se vnímají a jsou vybíráni specificky a je k nim přistupováno jako k někomu, kdo je znalý své profese, svého oboru.

Jeden respondent péči vnímá jako péči, která je dostupná v akutních případech, tedy velmi rychle. Shoduje se tak i s definicí vzniku takových center, která vznikala a vznikají mimo jiné i s cílem předcházení klientů k hospitalizaci, případně dlouhodobé lůžkové péči. Tato služba by tak měla mít stálou kapacitu a být rychle svým klientům dostupná, aby se jejich zdravotní stav bez péče nemohl dále zhoršovat, čímž by se zvyšovalo riziko dlouhodobě potřebné lůžkové péče.

<b>Otázka č. 2</b>	
<b><i>Co je cílem multidisciplinární péče o duševní zdraví?</i></b>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Společná podpora</b>	<i>"...ten klient nemusí obcházet vícero zařízení jako nemocnice, doktor, zvlášť psycholog, zvlášť zdravotní sestra, ale má to vlastně ten balíček v jednom..."</i>
<b>Jedno místo</b>	<i>"...přijde se na nějakou třeba problematiku, co danému klientovi je, ale má to jako na jednom místě, nemusí to obcházet..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Propojení</b>	<i>"...propojit kvalitu té služby pro toho klienta..."</i>
<b>Společná podpora</b>	<i>"...čím víc odborníků bude, tak je mnohem větší šance podpořit toho klienta..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Stabilizace</b>	<i>"...stabilizovat klienta..."</i>
<b>Zdravotní péče</b>	<i>"...po zdravotní stránce, abychom zjistili, jestli celkově máme možnost mu nějak ulevit nebo ho vyšetřit pedopsychiatricky, dát mu medikaci, která ho může stabilizovat..."</i>
<b>Sociální péče</b>	<i>"...po té sociální stránce, a to je tak, jak vlastně jako funguje ta rodina, jestli je to stabilizovaná záležitost, nebo je to tam hodně rozsekaný a je potřeba tam vlastně jakoby napomoc, ať nějakým bydlením, nebo nebo nějakou spoluprací s ospodem, když ty rodiče fakt nejsou podpůrný..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Stabilizace</b>	<i>"... je to stabilizace klienta..."</i>
<b>Nasměrování</b>	<i>"...nasměrovat na nějakou dlouhodobou péči..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Společná podpora</b>	<i>"...podpořit toho člověka z co nejvíc pohledů..."</i>



Podobně jako u předchozí otázky, i zde se projevovalo vnímání celistvosti, celku propojování péče o klienta danými sociálními pracovníky, respondenty. Velmi často respondenti popisovali cíl takové péče jako společnou podporu.

Cílem péče je dle respondentů podpora klienta, která je společná tak, že jednotliví odborníci každý svým dílem spojují své odbornosti k podpoře klienta. Někteří respondenti také vnímali, že je to také v tom, že tito pracovníci, odborníci pracují a působí na jednom místě, jednom pracovišti. Může tak být pro klienta polehčující a přehlednější přicházet do jednoho místa.

Respondenti rovněž vnímali důležitost spojení všech složek, jeden z respondentů detailněji popsal cíle každé části multidisciplinárního týmu a jeho péče – zdravotní a sociální.

U dvou respondentů také bylo popsáno, že cílem takové péče je stabilizace klienta. Což opět navazuje na obecné cíle vzniku, kdy se má předcházet dlouhodobé hospitalizaci na lůžková oddělení nemocnic a odlehčit tak této péči, a především i zamezit vypadnutí klienta z jeho přirozeného prostředí, jeho komunity, po delší dobu. Předchází se tak i dalším možným dopadům duševního onemocnění.

<b>Otázka č. 3</b>	
<b>Kdo je klientem MTDZ a CDZ?</b>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Zkušenost</b>	<i>"...lidi, kteří mají jakoukoliv zkušenost s tím duševním onemocněním, ať je to přímo jejich zkušenost anebo rodiče, kteří přijou třeba s tím, že jejich dítě má nějakou takovou zkušenost...."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Duševně nemocný</b>	<i>"...člověk s nějakým onemocněním duševním..."</i>
<b>Zkušenost</b>	<i>"...nebo s nějakou zkušeností kolem duševního onemocnění..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Dítě</b>	<i>"...dítě do 18 let u CDZ pro děti..."</i>
<b>Ohrožení</b>	<i>"...je ohrožený nějakou duševní nemocí..."</i>
<b>Nepohoda</b>	<i>"...se cítí celkově jako v nepohodě..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Dítě</b>	<i>"...nás je to teda dítě..."</i>
<b>Zkušenost</b>	<i>"...musí mít nějakou zkušenost s duševním onemocněním..."</i>
<b>Silné obtíže</b>	<i>"...má nějaký velký problémy..."</i>
<b>Potřeba stabilizace</b>	<i>"...potřebuje nějakou okamžitou stabilizaci..."</i>
<b>Projevy ve více oblastech</b>	<i>"...jenom se to třeba projevuje ve více oblastech..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Ohrožení</b>	<i>"...někdo, kdo je ohrožen duševním onemocněním..."</i>

Ukazuje se, že se sociální pracovníci multidisciplinárních týmů často vnímají své klienty jako osoby, které mají jakoukoliv zkušenost s duševním onemocněním. Ukazuje se tak otevřenost služby, která nemusí být pouze pro určité osoby určité diagnózy případně určité závažnosti onemocnění, ale otevření služby osobám, které mají zkušenost. Mohou tak přicházet osoby z okolí duševně nemocného, případně osoby, které budou využívat preventivní záměr služby nebo osoby.

Dalším klientem může být také klient, který je ohrožený duševním onemocněním, Zde je přesně zmíněna potřebná prevence. Do center tak mohou přicházet klienti, u kterých

hrozí propuk nějakého duševního onemocnění, mají začínající projevy nebo je třeba zamezit dalšímu vývoji daného duševního onemocnění a jeho dalšímu rozvoji.

Několik respondentů popsalo více nespécifické obtíže. Tedy proto, aby se člověk mohl stát klientem takového centra stačí jeho nepříjemné pocity, nepříjemné projevy nebo jakékoliv duševní problémy. Zde může centrum sloužit v roli určení další péče, dalších možností vzhledem k tomu, že se může podílet na diagnostice klienta a nasměrovat ho tak správným směrem k další, návazné péči.

Jeden z respondentů naopak popsal, že pro vstup do centra by měl mít klient projevy ve více oblastech. Naráží tak na téma nedostatku některé péče, která je rovněž součástí nabízené komplexní péče centra nebo týmu. Jedná se pak spíše o etické dilema, kdy je otázkou, zda brát klienta, který nevyužije celou komplexnost takové péče, ale zároveň jeho poptávaná péče není v dostatečném časovém horizontu dostupná.

Někteří respondenti dále charakterizovali klienta dle toho, v jak zaměřeném týmu působí. Několik respondentů tak popsalo, že se jedná o děti, tedy kategorii, která je nějakým způsobem omezena, ohraničena věkem klienta.

<b>Otázka č. 4</b>	
<i>Jak chápeš (svoji) roli sociálního pracovníka v týmu multidisciplinární péče?</i>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Odbornost</b>	"...znalost v té sociální oblasti..."
<b>Mapování</b>	"...tam mapuje to, jak ta rodina žije, v jakém prostředí, s jakými ten klient se stýká lidma, jaký má kamarády, jak to jde ve škole..."
<b>Odbornost</b>	"...zkoumá tu sociální oblast..."
<b>Klíčový pracovník</b>	"...u nás může být teda i tím klíčovým pracovníkem..."
<b>Administrativa</b>	"...že se teda stará tu administrativu toho klienta..."
<b>Rovnost</b>	"...nálepka toho sociálního pracovníka pořád přetrvává, je pořád nějakým způsobem ta jeho pozice nějak označovaná, má nějakou nálepku toho, že je to jenom sociální pracovník..."
Respondent č. 2	
<b>Propojování</b>	"...by mohl propojovat tu zdravotní a sociální sféru..."
<b>Podpora léčby</b>	"...může někdy přeložit, proč ta léčba je důležitá..."
<b>Partner</b>	"...beru ho jako partnera tomu klientovi..."
Respondent č. 3	
<b>Rovnost</b>	"...by měla být ve stejné instanci, jakou má jakoby zdravotník, jako má další člen toho týmu..."
<b>Klíčový pracovník</b>	"...aby jakoby klíčoval nějaký ten případ konkrétní..."
<b>Odbornost</b>	"... aby k tomu říkal nějaký ty svoje stanoviska ohledně té své odbornosti..."
Respondent č. 4	
<b>Klíčový pracovník</b>	"...vlastně sociální pracovník je klíčový pracovník, takže se mi to hodně splývá, to klíčování s tím vlastně sociálním pracovníkem..."
<b>Administrativa</b>	"... hodně těch administrativních věcí..."
Respondent č. 5	
<b>Rovnost</b>	"...na stejné úrovni všech dalších odborníků..."
<b>Odbornost</b>	"...umí využít i jiné techniky, jiné pohledy a má jiné znalosti, než kdekdokde jiných odborností..."
<b>Administrativa</b>	"...A v tom ohledu ale dost administrativní pracovník..."
<b>Mapování</b>	"...nahlídnout na toho člověka správně a nějak jako mu pomoci to nějak dobře zmapovat..."
<b>Celostvornost</b>	"...Prostě tu celostvornost, protože k tomu je prostě ten sociální pracovník učenej ve škole, jako vnímat toho člověka po té bio-psycho-sociální a spirituální stránce..."

Vzhledem k povaze týmu, kdy je sociální pracovník člen multidisciplinárního týmu, tedy týmu, kde spolupracuje sociální a zdravotní složka se některé odpovědi respondentů rozcházejí.

Jako často se opakující téma se ukazuje téma klíčování – práce technikou Case managementu. Většina sociálních pracovníků se vnímá jako toho pracovníka, který je v týmu proto, aby vedl daný případ, byl průvodce určitého klienta nebo jeho rodiny. To, co u týmů není stejné ve všech jeho týmech a podobách, je právě téma klíčování. Mnoho týmů se potýká s otázkou, zda by měl být klíčovým pracovníkem pouze sociální pracovníka nebo zda se do této práce mají zapojovat rovněž zdravotní pracovníci.

S klíčovou rolí se pak pojí také administrativní práce, kterou se svojí rolí má spojenou většina sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech.

Tři respondenti při popisu své role také popisovali rovnost mezi jednotlivými odborníky v týmu. Naráželi tak na potřebu plnění své role, která ale nemusí být vnímána stejně všemi členy týmu. Zejména se zde může jednat o vztahy mezi zdravotní a sociální složkou týmu. U jednoho respondenta bylo zvýrazňováno jeho vnímání sebe jako někoho, kdo je roven ostatním odbornostem. Popisoval tak svou vizi toho, jak on pracovníky vnímá, ale nepotvrdil toto vnímání celým týmem.

Někteří sociální pracovníci pak popisovali a vnímají svoji roli dle specifických technik a cílů, které v týmu mají a které jsou jejich kompetencí, formou, jakou pracují přímo s klientem. Z těchto odpovědí je pak patrný zájem o práci s klientem, o přímou práci. Nejčastěji takto pracovníci popisovali metodu mapování.

<b>Otázka č. 5</b>	
<b><i>Cítíš se jako dostatečně kompetentní pro práci v týmu multidisciplinární péče?</i></b>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Chybějící kompetence</b>	<i>"...cítím svoje limity právě v některých těch sociálních oblastech jako je nějaká znalost třeba fungování OSPOD..."</i>
<b>Pocit kompetentnosti</b>	<i>"...při přímém kontaktu s těmi dětmi se cítím kompetentně..."</i>
Respondent č. 2	
<b>Pocit kompetentnosti</b>	<i>"...Jsem si tím jistá..."</i>
Respondent č. 3	
<b>Pocit kompetentnosti</b>	<i>"...Sto procentně..."</i>
Respondent č. 4	
<b>Pocit kompetentnosti</b>	<i>"...Já si myslím, že určitě..."</i>
<b>Pomoc týmu</b>	<i>"...když se necítím kompetentní, tak vím že tady je někdo jiný, na koho se můžu obrátit a kdo mi s tím může třeba pomoci..."</i>
Respondent č. 5	
<b>Pocit kompetentnosti</b>	<i>"... Jo..."</i>

Ohledně dostatečné kompetentnosti sociálních pracovníků k práci se všichni respondenti, sociální pracovníci shodli. Jsou si jisti kompetencemi, které mají a jsou si vědomi toho, že práci s touto cílovou skupinou jsou kompetentní vykonávat.

Dva respondenti popsali své pocity nedostatku tam, kde se jedná o specifická odborná témata, která ne všechny znají. Pokud ale šlo o dopřesnění kompetence při práci v přímém kontaktu a přímé práci s klientem, pak se odpověď opět shodla na jistotu ve svých kompetencích.

<b>Otázka č. 6</b>	
<b><i>Máš pocit, že ta role tvoje jako sociálního pracovníka, je čistě o tom klíčování?</i></b>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Souhlas</b>	"...Bohužel jo...."
<b>Přání</b>	"...Přála bych si, aby to bylo jinak..."
Respondent č. 2	
<b>Nemusí vždy</b>	"...Myslím si, že to nemusí tak být..."
<b>Více klíčových pracovníků</b>	"...Takže pokud by šlo, že se nejlépe pracuje s psychologem, klidně ať je psycholog klíčový pracovník, když by to mělo své ovace a naopak..."
Respondent č. 3	
<b>Souhlas</b>	"...to klíčování je prostě něco, co ten sociální pracovník prostě by mohl zašitřovat..."
<b>Souhlas</b>	"...to mi přijde super, že je to práce toho sociálního pracovníka..."
Respondent č. 4	
<b>Souhlas</b>	"...Jo..."
Respondent č. 5	
<b>Souhlas</b>	"...Myslím si, že se sociální pracovník prostě pracuje tak, jak pracuje ten klíčový pracovník..."

Z pěti tázaných sociálních pracovníků se čtyři shodli na tom, že jejich role v týmu spočívá především v tom, že klíčují klienty. Tedy pracují pomocí case managementu, který ale není rozprostřen na celý tým, tzn. byl by i ve zdravotní části týmu, ale je užíván a přiřazen pouze k roli sociálního pracovníka.

Jeden z respondentů vyjádřil přání, ze kterého je patrná jeho nespokojenost s takovým rozložením v týmu. Není tedy spokojen s tím, že by byl v týmu pouze jako klíčový pracovník.

Další respondent pak uvedl teorii, dle které některé jiné multidisciplinární týmy fungují – klíčování napříč týmem. Principem case managementu tak pracuje úplně celý tým, jak zdravotní, tak i sociální složka. Výhoda tohoto přístupu může být fakt, že klient tak může spolupracovat nejvíce s člověkem, jehož odbornost ke svému uzdravení bude potřebovat nejvíce, případně je mu nejvíce sympatický a dokáže se na něj tak lépe a rychleji navázat.

<b>Otázka č. 7</b>	
<i>Jak se cítíš v tom svém týmu?</i>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Spokojenost</b>	<i>"...máme skvělejší tým, takže se v tom týmu cítím dobře..."</i>
<b>Pocit nevyslyšení</b>	<i>"...občas se jako vyrojí taková jako takový náznak toho, že ti sociální pracovníci jsou ti administrativní, ti, co tam dělají jako hlavně tu papírovou práci..."</i>
<b>Snaha o respekt</b>	<i>"...vztahy v tom týmu jako jsou dobrý a že se jako nějak vzájemně respektujeme, že se snažíme to jako dodržovat, i když občas to jako neděje úplně..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Pocit kompetentnosti</b>	<i>"...se cítím jako kompetentně k tomu, co dělám..."</i>
<b>Vyslyšení</b>	<i>"...mě i ti kolegové berou a slyší můj názor..."</i>
<b>vyslyšení</b>	<i>"... i já slyším i to, co říkají oni..."</i>
<b>Spokojenost</b>	<i>"...Dobře se v tom cítím teď tento rok..."</i>
<b>Pocit nevyslyšení</b>	<i>"...před dvěma lety nebo před více lety bych řekla že to dřelo..."</i>
<b>Budování uznání</b>	<i>"...uznání jsem si musela v týmu vybudovat..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Spokojenost</b>	<i>"...Cítím se jako součást týmu..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Pocit nevyslyšení</b>	<i>"...hodně se tady bojuje v tom týmu co se týče sociální a zdravotní sféry..."</i>
<b>Otázka pravomocí</b>	<i>"...Hodně věcí se neví, kdo má vlastně větší pravomoci, jestli jako sociální pracovník nebo zdravotní..."</i>
<b>Kompetence sociálního pracovníka</b>	<i>"...se to bije v tom, co vlastně dělá sociální pracovník a v tom, co nemůže dělat..."</i>
<b>Nestabilita</b>	<i>"...momentálně se cítím tak, že se to vlastně ještě nějakým způsobem tvoří..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Křížení rolí</b>	<i>"...u mě je to ještě trochu jinak v tom smyslu, že jsem vedoucí a zároveň sociální pracovník v přímé práci..."</i>
<b>Spokojenost</b>	<i>"...se cítím jistě a myslím si, že to místo tady mám..."</i>
<b>Pocit nevyslyšení</b>	<i>"...myslím si, že dlouhodobě to není vnímaný ostatními odbornostmi jako dost adekvátní, kolegiální součást týmu..."</i>

Pocity sociálních pracovníků v týmu je velmi konkrétní otázka, která je velmi závislá na osobním nastavení každého z pracovníků, ale rovněž na uspořádání a nastavení každého



jednotlivého týmu. Odpovědi sociálních pracovníků jsou tak různé. Někteří sociální pracovníci také popisovali protichůdné pocity.

Jeden z respondentů například uvedl, že se cítí v týmu spokojeně, ale zároveň má pocit nevyslyšení, pocit degradace ve svém týmu. Obecně pak více sociálních pracovníků má pocit nevyslyšení, nebo degradace kvůli své odbornosti sociálního pracovníka.

Z více odpovědí také vyplývá časový faktor. Jeden respondent popisuje, že si svůj respekt, svoji roli, své postavení musel vybudovat časem, kdy zpočátku spolupráce se zdravotním týmem respektována jeho odbornost nebyla, momentálně ale, po své práci na pracovišti několik let, je jeho role, pozice v týmu uznávána celým týmem. Jiný respondent naopak hovoří o tom, že jeho tým se stále ještě tvoří a vznikají tak nejasnosti v postavení jednotlivých odborností navzájem. Mohou tak vznikat právě pocity, kdy jeden z odborných pracovníků může mít pocit degradace nebo nedostatečnosti pro zbytek týmu.

V několika odpovědích se k osvětlení pocitů také promítly kompetence a jak je s nimi sociální pracovník v souladu. Pokud byly kompetence jasné a ukotvené, pocity sociálního pracovníka mely tendenci být pozitivnější, lepší, než u pracovníků, u kterých kompetence a role sociálního pracovníka zatím není zcela usazená, zakotvená.

<b>Otázka č. 8</b>	
Jsi spokojená s tím, jak jsou ty role nastavené a rozložené?	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Více kompetencí</b>	"...pokud je třeba ve výcviku nebo ho už má, že by měl mít nárok na to dělat i ty terapie..."
<b>Administrativa</b>	"...nemělo by to být jen tak, že se potká s klientem za cílem toho individuálního plánu nebo podpisu smlouvy..."
<b>Kompetence</b>	"...Ale vnímám to jako u vícero těch odborností. Že vím, že pracovník má nějaký výcvik, ale zároveň nemůže dělat psychoterapii, protože jsme tady..."
Respondent č. 2	
<b>Neutrální pohled</b>	"...Záleží jak kde..."
<b>Nejasnosti</b>	"...se to stále ještě ladí, že mě možná je nějaká nejasnost v těch rolích, kdo co má a jaký má kdo slovo vlastně..."
Respondent č. 3	
<b>Nedostatek pracovníků</b>	"...málo klíčových pracovníků na tolik klientů, kolik by mělo být..."
<b>Více kompetencí</b>	"... mi přijde skvělý ubrat třeba i tu klíčovou roli a věnovat se třeba víc té odbornosti, tomu, co můžu jako dát..."
Respondent č. 4	
<b>Nejasnosti</b>	"...asi jo, ale ještě je tam jako hodně otázek..."
<b>Administrativa</b>	"...nezbývá prostor pro tu nějakou vlastní iniciativu, pro tu kreativní práci..."
Respondent č. 5	
<b>Spokojenost</b>	"...Jo to asi jo..."

U otázky spokojenosti sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech se projevují nejasnosti. Někteří respondenti tak mají nejasnosti ohledně svých kompetencí a své role jako sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

Dva respondenti popsali administrativu jako část práce, kterou momentálně musí vykonávat, a která jim zabírá velkou část jejich úvazku a nezbývá jim tak dostatek času na další přímou práci s klientem. To také pramení v další vyjádřené potřebě pracovníků, kdy by někteří potřebovali využívat více kompetencí v péči o klienta v multidisciplinárních týmech. Často se pak objevovalo téma kreativity, nebo využití všech schopností a odbornosti, kterou daný klíčový pracovník má.

Objevilo se rovněž téma přehlcenosti, nedostatečné kapacity na další možnou práci. Jeden z respondentů projevil potřebu více klíčových pracovníků pro jeho tým, aby právě byl schopný pracovat více kreativně a svými znalostmi ve větším a potřebném rozsahu.

<b>Otázka č. 9</b>	
<i>A máš pocit že to, co musíš stíhat se vejde do té pracovní doby?</i>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Přehlcenost</b>	"...No to si rozhodně nemyslím..."
<b>Kapacita</b>	"...Potřebovala bych tu kapacitu klientů rozhodně snížit..."
<b>Náročnost</b>	"...už to začalo být hodně náročný..."
Respondent č. 2	
<b>Neutrální pohled</b>	"...Je to hodně o tom, co se týká jakoby klienta a kolik práce kolem něho je a co se zrovna děje..."
<b>Přehlcenost</b>	"...Pokud je to, že třeba potřebuje napsat soudu a jsou na to fakt jako minimální časový úsek, tak mi na to nestačí ta moje časová agenda..."
Respondent č. 3	
<b>Přehlcenost</b>	"...Musím hodně omezit jakoby tu odbornost..."
<b>Administrativa</b>	"...Musela bych být prostě ta kancelářská krysa, která povede fakt jenom jako tu administrativu, ty věci..."
Respondent č. 4	
<b>Klíčování</b>	"...myslím, že se to stíhat dá, ale nedá se to stíhat, pokud by ten sociální pracovník měl dělat ještě něco svého..."
Respondent č. 5	
<b>Kapacita</b>	"...tam se přesně naráží na tu kapacitu klientů, která prostě je nastavená dost blbě..."
<b>Přehlcenost</b>	"...nemyslím, že bysme dělali práci, která nám nepatří, nebo by nás zbytečně zatěžovala, ale myslím si, že je to dost vygradovaný i stresem z té kapacity, kterou se člověk mnohem víc zatěžuje a zatěžuje se s tím, jak to všechno zvládnout..."

U každého respondenta, sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, se ukazuje pocit přehlcenosti. Každý z respondentů popisuje stav, kdy nemá dostatek časového prostoru, který by potřeboval ke své přímé práci s klientem.

Dva sociální pracovníci zmiňují nastavenou kapacitu, která není ideální a je nastavená příliš vysoká.

Další pracovníci také jmenují faktor klíčování, vysoké kapacity a administrativní zátěže jako něco, co je nutí omezit svoji kreativitu a odborné možnosti při přímé péči s klientem s duševním onemocněním.

<b>Otázka č. 10</b>	
<i>Máš pocit, že máš oporu ve zbytku týmu?</i>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Souhlas</b>	"... Jo, tak to rozhodně, určitě..."
Respondent č. 2	
<b>Souhlas</b>	"...Mám..."
Respondent č. 3	
<b>Souhlas</b>	"...Jo..."
Respondent č. 4	
<b>Souhlas</b>	"...já si myslím, že jo..."
Respondent č. 5	
<b>Souhlas</b>	"...Jo..."
<b>Výhoda</b>	"...to mi přijde dost výhodný, a naopak toho dost využívám..."

U otázky možnosti opory v týmu se všichni sociální pracovníci z multidisciplinárních týmů shodli. Je tedy patrné, že odborné propojení více složek a odborností je přínosem nejen pro klienta samotného v první fázi, ale také v dopadu při konání pracovníků, kteří se od svých kolegů mohou učit a inspirovat jejich přístupy.

Opora v týmu také může znamenat sociální a emoční oporu, kterou si pracovníci při takto náročné práci mohou poskytovat, a která, dle respondentů, funguje.

<b>Otázka č. 11</b>	
<b><i>Můžeš od ostatních členů týmu získávat i odborné znalosti?</i></b>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Získávání znalostí</b>	<i>"...Ano..."</i>
<b>Inspirace</b>	<i>"...myslím si, že se tady hodně inspirujeme vzájemně..."</i>
<b>Úhly pohledu</b>	<i>"...myslím si, že ty náhledy, odborný pohledy se předávají, ty úhly pohledu..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Získávání znalostí</b>	<i>"...můžu od nich i brát jejich dovednosti..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Možnost</b>	<i>"...Můžu..."</i>
<b>Potřebný prostor</b>	<i>"...Není prostor, kde se ty znalosti předávají..."</i>
<b>Konkrétní znalosti</b>	<i>"... tím, jak přistupují třeba jakoby k práci s konkrétní diagnózou..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Získávání znalostí</b>	<i>"...Je tady pokaždé někdo, kdo teda zná věci, a na koho se vlastně můžu obrátit..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Získávání znalostí</b>	<i>"...Jo. Určitě..."</i>

Respondenti se shodují na tom, že se mohou učit a čerpat odborné znalosti ve zbytku svého týmu, od dalších a odlišných odborností, kolegů. Někteří respondenti rovněž hovoří o inspiraci, kterou díky kolegům čerpají do své další práce.

Tímto se opět potvrzuje výjimečnost a přesah multidisciplinárních týmů, kdy se pracovníci učí nahlížet na ostatní odbornosti a jednotit tak péči o klienta.

<b>Otázka č. 12</b>	
<i>A co supervize. Myslíš si, že jsou v dostatečném rozsahu?</i>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Potřeba individuální supervize</b>	<i>"...Asi by mi možná prospěla nějaká individuální jednou za čas..."</i>
<b>Nedostatek supervizí</b>	<i>"...skupinových mám pocit, že se moc nestíhají ti klienti..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Dostatečnost supervizí</b>	<i>"...tak jsou dostatečné..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Nedostatek supervizí</b>	<i>"...tým je nový, procházel hodně změnami, tak jsou nedostatečné..."</i>
<b>Potřeba individuální supervize</b>	<i>"...individuální supervize...velká potřeba ostatních lidí v týmu..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Nedostatek supervizí</b>	<i>"...mám pocit, že už jsme dlouho neměli supervizi..."</i>
<b>Nedostatek času</b>	<i>"...nebude čas na přímou práci a na administrativu..."</i>
<b>Potřeba individuální supervize</b>	<i>"...si myslím že by to bylo fajn, že by to určitě využívalo víc lidí u nás v týmu..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Pozitivní vztah</b>	<i>"...mám je ráda..."</i>
<b>Intenzita</b>	<i>"...jsem zvyklá, že jsou jednou za šest týdnů..."</i>
<b>Nedostatek supervizí</b>	<i>"...ted' úplně nevycházelo..."</i>
<b>Negativní vztah</b>	<i>"...v téhle roli toho vedoucího není ta supervize snadná..."</i>
<b>Manažerská supervize</b>	<i>"...mám svojí manažerskou, tu maj jenom vedoucí pracovníci..."</i>

Supervize u sociálních pracovníků, kteří pracují v prostředí multidisciplinárních týmů, se ukazují jako nedostatečné. Respondenti popisují problematiku, která dle jejich potřeb vyžaduje četnější supervize. Všichni respondenti z pozice sociálního pracovníka mají nárok na skupinovou supervizi hrazenou zaměstnavatelem, která ale není v dostatečně častém opakování, aby tak zabezpečila potřeby pracovníků.

Většina respondentů také uvedla, že nemají v rámci svého zaměstnání nárok na svou individuální supervizi. Všichni ti, kteří uvedli, že nemají těchto individuálních supervizí možnost využívat s rámci svého zaměstnání a nehradí ji zaměstnavatel, také vyjádřili to, že

by za tento druh, individuálních supervizí byli rádi a potřebovali je pro sebe, ale cítí také tuto potřebu v celém jejich týmu multidisciplinární péče.

Respondent, který uvedl, že má možnost individuálních supervizí, je sociální pracovník zároveň s vedoucí rolí. Zde pak respondent popisoval křížení rolí na skupinové supervizi, na které je účasten s celým týmem. Také vyjádřil nízkou četnost supervizí tak, jak v jejich týmu momentálně vyšly. Jako vedoucí pracovník má zároveň tento respondent možnost svých manažerských supervizí, kam může docházet dle svých potřeb, a jak intenzivně bude potřebovat. Tuto supervizi má hrazenou zaměstnavatelem.

<b>Otázka č. 13</b>	
<i>Myslíš si, že všichni v tom týmu spolupracují a propojují schopnosti a tu komunikaci tak, že ta péče ve výsledku je dobrá pro toho klienta?</i>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Přehazování</b>	<i>"...každá ta oblast, zdravotní i sociální, má svých starostí hodně a občas co se to na sebe tak jako přehazuje..."</i>
<b>Nedostatečná kapacita</b>	<i>"... mi přijde, že je to o té kapacitě..."</i>
Respondent č. 2	
<b>Snaha</b>	<i>"Myslím si, že se o to snaží."</i>
<b>Ladění</b>	<i>"...u některých je to v ladění..."</i>
Respondent č. 3	
<b>Nemožnost</b>	<i>"Nejde to."</i>
<b>Nedostatečná kapacita</b>	<i>"...nemyslím, že by to někdo bojkotoval, ale myslím si že se to časově prostě nedá zvládnout v tom počtu těch klientů..."</i>
<b>Nedostatečná kapacita</b>	<i>"... je tu hodně mimořádností, mimořádných událostí, mimořádných aktivit, krizových situací s klientama, který protahují čas..."</i>
Respondent č. 4	
<b>Nemožnost</b>	<i>"...myslím, že se to někdy nedaří..."</i>
<b>Nedostatečná kapacita</b>	<i>"...se to nestihá všechno hlídat..."</i>
<b>Nedostatečná kapacita</b>	<i>"...se někdy jakoby stane, že vypadnou termíny, že dlouho něco běží, že se něco nestihá, protože se někdo zrovna soustředit třeba na nějakou jinou práci, nebo na nějakého akutnějšího klienta..."</i>
Respondent č. 5	
<b>Nemožnost</b>	<i>"...Nemyslím si, že to dělají všichni..."</i>
<b>Ideální varianta</b>	<i>"...myslím si, že to tak namyšlený je..."</i>
<b>Osobnostní rysy</b>	<i>"...narážíme prostě na osobnostní rysy..."</i>
<b>Role</b>	<i>"...narážíme...přesně to rozdělování rolí..."</i>

Nejčastěji opakovaným tématem u otázky dostatečného propojování dovedností a odborností napříč týmem, vyjadřují sociální pracovníci z multidisciplinárních týmu především jejich kapacitu a kapacitu celého týmu. Respondenti popisují, že ne vždy je možné vše propojit tak, jak by kolem daného klienta bylo zapotřebí, ale většina z nich to nevnímala jako selhání jednotlivce z týmu, spíše jako chybu nastavené kapacity, v jejímž rámci nemají prostor na dostatečné setkávání a výměnu informací se zbytkem svého týmu. Z výpovědí



respondentů tak vyplývá, že by potřebovali spíše menší kapacitu, menší počet klientů na svůj úvazek v týmu tak, aby mohli být stále informovaní a stíhali se pravidelně potakávat se zbytkem týmu a plánovat další péči pro klienta.

Respondenti tak z těchto kapacitních důvodů popisovali, že není možné vždy fungovat a propojovat službu tak, jak by si přáli nebo vnímají jako potřebné.

Jeden z respondentů popisuje spíše jednotlivé důvody, proč k tomu, že není služba dostatečně propojená, dochází. Jmenuje například i osobnostní nastavení členů v týmu nebo také rolové rozložení a jednotlivé vnímání mezi rolemi v týmu navzájem.

<b>Otázka č. 14</b>	
<i>Myslíš si, že by bylo potřeba nějak upravit ten poměr různých těch odborností v tom týmu oproti tomu, jak je to teď?</i>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Více lékařů</b>	<i>"...přidat pracovní doba lékařů, kteří by měli mít na klienty víc času..."</i>
<b>Menší kapacita klientů</b>	<i>"... menší kapacita klientů, že se to asi zvládá líp..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Více lékařů</b>	<i>"... Myslím si, že by chtělo navýšit alespoň u těch psychiatrů..."</i>
<b>Více psychologů</b>	<i>"...a psychologů..."</i>
<b>Více přímé práce zdravotníků</b>	<i>"...by to nemuselo být u některých pouze o těch lécích..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Více sociálních pracovníků</b>	<i>"...bych třeba jako ocenila, kdyby bylo víc členů sociálních pracovníků, který můžou jako klíčovat..."</i>
<b>Více úvazků celkově</b>	<i>"...to CDZ, aby plnilo tu svojí roli tak by muselo mít víc úvazku, a to nemluvim jenom o pedopsychiatrii ale mluvím i třeba o sestrách a sociálních pracovnících a i různých externistech třeba na terapie..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Více úvazků celkově</b>	<i>"...potřeba víc lidí, mnohem víc lidí a asi ve všech těch odbornostech a oblastech..."</i>
<b>Více lékařů</b>	<i>"...Nejvíc teda jako určitě toho psychiatra bychom tady určitě potřebovali víc..."</i>
<b>Více klinických psychologů</b>	<i>"...I vlastně třeba klinického psychologa..."</i>
<b>Dva vedoucí</b>	<i>"...myslím, že by měly být dva vedoucí..."</i>
<b>Administrativní pracovník</b>	<i>"...by se tady hodil administrativní pracovník navíc..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Více sociálních pracovníků</b>	<i>"... ta sociální práce potřebuje ještě jednoho člověka..."</i>

U otázky ohledně potřeby navýšení nějaké určité odbornosti v týmu, se respondenti často zamýšleli obecně nad celou kapacitou. Dva respondenti během odpovídání na tuto otázku došli k závěru, že by jim stačilo, kdyby se snížila celková kapacita týmu a bylo by třeba jen drobných poměrových úprav jednotlivých profesí.

Kromě jednoho respondenta se opakovala potřeba navýšení poměru úvazku lékaře, který v týmu pracuje nebo lékařů obecně. Jako minimum jednoho z týmů, kde respondenti pracují, je stanovené minimum psychiatra na poloviční úvazek na celý tým. Ukazuje se, že toto určení není dostatečné. Jeden z respondentů zmiňuje, že by celkově pak uvítal, kdyby mohl mít lékař více přímé práci, Může docházet v praxi k tomu, že vzhledem k časové nedostatečnosti, pak lékaři pracují zejména na farmakoterapii a na větší interakce s klientem nemají časový prostor. K celkovému pochopení tomuto ději, by bylo zapotřebí proniknout hlouběji do jednotlivých sdružení té dané odbornosti nebo proniknout do problematiky financí, a tedy spolu páčí se zdravotními pojišťovny.

Často se také opakovala myšlenka ohledně úvazku sociálních pracovníků. Zde ale opět úvaha souvisela s kapacitou. Obecně z odpovědí vyplynulo, že by sociálních pracovníků na aktuálně stanovenou kapacitu bylo třeba více. Jeden z respondentů popsal, že by při této kapacitě stačilo, pokud by mohl mít podporu administrativního pracovníka, který by mu ulevil od administrativní polohy a zátěže jeho práce v týmu.

Jeden z respondentů rovněž vyjádřil potřebu, kdy by v týmu byli dva vedoucí pracovníci. Tedy jeden za zdravotní část a jeden za sociální část. Obecně je toto pohled a možné úskalí těchto týmů. Je velmi těžké a nesnadné určit vedoucího pracovníka a jeho základní vzdělání a východiska, tedy pak i jeho přístup k týmu a tématům tam.

<b>Otázka č. 15</b>	
<b><i>Jak pracuješ jako sociální pracovník s klientem?</i></b>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Prvokontakt</b>	<i>"... mám s klientem prvokontakt..."</i>
<b>Mapování</b>	<i>"...jaké jsou jejich potřeby mapuju, zjišťuju jejich aktuální situaci..."</i>
<b>Individuální terapeutický plán</b>	<i>"...mapuju individuální terapeutický plán, do kterého píšeme nějaké cíle, které jsou na tři nebo následně na šest měsíců..."</i>
<b>Smlouva o sociálních službách</b>	<i>"...podepíšu s klientem s rodinou smlouvu..."</i>
<b>Revize</b>	<i>"...zreviduju třeba plán, podepíšu dodatek ke smlouvě..."</i>
<b>Zpětná vazba</b>	<i>"...mapuju, jestli jsou spokojeni s naší službou, co by potřebovali jinak, jestli jsou tam nějaké jako otázky pro ně..."</i>
<b>Ukončování</b>	<i>"...zároveň je i ukončuju..."</i>
<b>Přesah</b>	<i>"...mám teda vystudovanou dramaterapii, takže se snažím ty prvky na konzultacích využívat, říkám tomu expresivní terapie..."</i>
<b>Skupiny</b>	<i>"...zároveň vedu socioterapeutické aktivizační skupiny..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Přesah</b>	<i>"...pracujeme s psychoterapeutickými prvky..."</i>
<b>Rehabilitace</b>	<i>"... jinak je to sociální rehabilitace..."</i>
<b>Vztah</b>	<i>"... hodně si zakládám na vytvoření vztahu a pak podle toho, co klient potřebuje..."</i>
<b>Case management</b>	<i>"...trochu dělám práci case managera ve smyslu, že vytvořím společnou schůzku..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Case management</b>	<i>"...hodně jako Case manager..."</i>
<b>Individuální terapeutický plán</b>	<i>"... pracuju na vytváření individuálních plánů..."</i>
<b>Revize</b>	<i>"...revidování plánu..."</i>
<b>Propojování</b>	<i>"...zapojování ostatních odborníků do té péče..."</i>
<b>Mapování</b>	<i>"...mapování..."</i>
<b>Komunikace</b>	<i>"...člověk pro komunikaci s tou rodinou..."</i>
<b>Zpětná vazba</b>	<i>"...získávat zpětnou vazbu na tu službu, na tu péči a na ty služby..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Case management</b>	<i>"...sociální pracovníci jsou klíčoví pracovníci..."</i>
<b>Přesah</b>	<i>"... třeba arteterapii nebo dramaterapii nebo speciální pedagogiku a tak..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	

<b>Anamnéza</b>	<i>"...zjišťuju anamnézu..."</i>
<b>Mapování</b>	<i>"... mapuju situaci..."</i>
<b>Individuální terapeutický plán</b>	<i>"...dělám individuální plán..."</i>
<b>Povrch</b>	<i>"...Jdu vlastně hodně po obalu, nešťourám se v něčem úplně vnitřně..."</i>
<b>Sociální práce</b>	<i>"...Podle mě je to prostě sociální práce..."</i>

Nejčastěji respondenti, sociální v multidisciplinárních týmech, na otázku své práce s klienty, popisovali přímé metody a techniky přímé práce s klientem. Velmi často popisovali přímé úkony, které s klientem mají ve své kompetenci od začátku do konce péče v týmu.

Každý z pracovníků popsal techniku case managementu i když ji tak přímo nepojmenoval. Velmi často se pak opakovaly odpovědi jako mapování, sbírání anamnézy nebo nějaký popis jejich vztahu ke klientovi.

Několikrát se také zmínila nějaká dovednost, kterou pracovníci mají mimo svůj obor sociální práce, ale získali ji dále dalším vzděláváním. Sociální pracovníci v multidisciplinárních týmech mívají tedy často nějaký další přesah v rámci rozvoje své odbornosti pro přímou práci s klientem.

<b>Otázka č. 16</b>	
<b><i>Jaký úkony všechny provádíš v tom týmu?</i></b>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
Respondent č. 1	
<b>Porady</b>	"...klíčový jsou porady..."
<b>Příjem klientů</b>	"...jednou za 14 dní příjem klientů..."
<b>Subtýmy</b>	"...se věnuju hodně subtýmu..."
<b>Administrativa</b>	"...vedu jeho kartotéku, zapisuju do dvou vlastně systémů..."
Respondent č. 2	
Respondent č. 3	
Respondent č. 4	
<b>Porady</b>	"...No jsou tedy porady..."
<b>Metodika</b>	"...Potom jsou tady nějaká metodická setkávání..."
<b>Týmové setkávání</b>	"...máme setkávání týmové napříč organizací..."
<b>Supervize</b>	"...Potom supervize..."
Respondent č. 5	

Otázka ohledně dalších úkonů nebyla zřejmě dost jasně položena všem respondentům. Je tedy pouze několik respondentů, od kterých byla získána odpověď. Zde pak bylo popsáno, co vše patří do pracovní doby daného sociálního pracovníka v jeho týmu, co vše má v práci jako svou pracovní povinnost.

Opakovaly se tak odpovědi jako jsou porady, kdy pracovníci vysvětlovali, jaké v týmu mají zavedené porady. Dle vysvětlování bylo zřejmé, že se multidisciplinární tým setkává společně často, dvakrát v týdnu, kdy společně probírají klientská témata. Ukazuje se, že tento postup je pro takovouto provázanou péči potřebný a měl by být upřednostňovaný. Další součástí práce pracovníci popisují například supervize nebo administrativní činnost a metodickou část práce.

<b>Otázka č. 17</b>	
<b>Vnímáš sebe momentálně tak, jako že děláš pouze administrativu?</b>	
<b>Kód</b>	<b>Odpověď respondenta</b>
Respondent č. 1	
<b>Odbourávání</b>	<i>"...Myslím si, že se to snažíme odbourat..."</i>
<b>Souhlas</b>	<i>"...to tak jako na toho klíčáka spadne. Nebo teda na toho sociálního pracovníka..."</i>
Respondent č. 2	
<b>Neutrální postoj</b>	<i>"...Může mít i prostor na tu práci s tím klientem bavíme-li se jenom o té sociální práci..."</i>
Respondent č. 3	
<b>Souhlas</b>	<i>"...to co jsem popisovala, tak bylo hodně ta administrativní práce..."</i>
<b>Nedostatek času</b>	<i>"...Ale to nejde samozřejmě stihnout, dělat jako schůzky navíc..."</i>
Respondent č. 4	
<b>Souhlas</b>	<i>"...Jo, určitě..."</i>
<b>Zodpovědnost</b>	<i>"...Pokud je nějaká chyba třeba v papírech, tak to jde určitě za sociálním pracovníkem..."</i>
Respondent č. 5	
<b>Nesouhlas</b>	<i>"...Ne, nevnímám..."</i>
<b>Zanedbání</b>	<i>"... myslím si, že tu administrativu zanedbávám..."</i>

Ukazuje se, že vnímání sebe jako sociálního pracovníka a svojí role v multidisciplinárním týmu je obtížné. Pracovníci často popisují své přehlcení, svou vytíženost nebo fakt, že jsou vnímáni především pro administrativní potřeby týmu.

Při odpovídání na otázku, zda se skutečně sociální pracovníci v multidisciplinárním týmu vnímají pouze jako administrativní pracovníci, vyplouvá na povrch složitost problematiky a jejich vnímání.

Tři z pěti respondentů pospalo, že sebe jako administrativního pracovníka vnímají, ale měli k tomuto tématu další dovysvětlení nebo například vizi do budoucna. Jeden pracovník přímo nesouhlasil a jeden měl neutrální postoj s tím, že vnímá to, že si může své role rozvrhnout více dle své potřeby.

<b>Otázka č. 18</b>	
<b><i>Můžeš s klienty pracovat socio-terapeuticky nebo provádět další intervence?</i></b>	
<b>Kód</b>	Odpověď respondenta
<b>Respondent č. 1</b>	
<b>Souhlas</b>	<i>"...To si myslím, že bych zvládla i z pozice toho speciálního pedagoga a sociálního pracovníka..."</i>
<b>Nedostatek znalostí</b>	<i>"...nevím, co bych s nima bez té dramaterapie dělala..."</i>
<b>Techniky práce</b>	<i>"...asi na nějakých konzultacích nebo mapování..."</i>
<b>Respondent č. 2</b>	
<b>Souhlas</b>	<i>"...pracujeme s psychoterapeutickými prvky..."</i>
<b>Respondent č. 3</b>	
<b>Souhlas</b>	<i>"...socioterapeutický fungování teda vlastně už spíš dělám u těch klientů, který jako neklíčuju..."</i>
<b>Získání dovednosti</b>	<i>"...vlastně jako socioterapeutická intervence není úplně tak, že si to odneseš jako ze školy..."</i>
<b>Respondent č. 4</b>	
<b>Získání dovednosti</b>	<i>"...myslím, že to jakoby záleží, jestli tam má třeba ještě jako nějaký jako kurz něčeho nebo tak..."</i>
<b>Konkrétní situace</b>	<i>"...by spíš záleželo na těch okolnostech a dovednostech toho konkrétního pracovníka..."</i>
<b>Respondent č. 5</b>	
<b>Souhlas</b>	<i>"...Jo, to si myslím..."</i>

U otázky socioterapie a dalších intervencí u sociálního pracovníka multidisciplinárního týmu v rámci práce s klientem, se velmi často toto téma spojuje s otázkou vzdělávání. Dle popisu kompetence sociálního pracovníka v zákonech, je sociální pracovník po absolvování školy svého oboru, kompetentní k provádění socio-terapií. Někteří sociální pracovníci však toto vzdělání vnímají jako nedostatečné a nevnímají ho jako něco, co by je naučilo nebo jim osvětlilo to, jak tímto způsobem jednat s klientem. Většina sociálních pracovníků však s tímto výrokem souhlasila. Všichni z tohoto vzorku sociálních pracovníků ale zároveň mají další vzdělání, které je učí lépe pracovat s klientem a více se obracet do terapeutické práce.



## **4.8 Arteterapeutická praktická část**

Mimo výzkumu, který byl proveden rozhovory přímo se sociálními pracovníky, je zde provedena také arteterapeutická interpretační část. V této části půjde především o to, aby se ukázalo, jak se vnímá sociální pracovník v multidisciplinárním týmu péče o duševní zdraví projektivní metodou, tedy metodou, ve které nelze z velké části transformovat myšlenky a názory primárním logickým úsudkem.

Jsou zde zahrnuty dvě arteterapeutické části, z nichž jedna ukazuje, jak se samotný sociální pracovník vnímá a cítí, druhá poukazuje na to, jak je vnímán klienty, kteří do týmu docházejí a setkávají se s celým týmem pracovníků.

### **4.8.1 Metoda výzkumu – Arteterapie a teoretické východisko**

Metoda výzkum v arteterapeutické podkapitole je zvolena interpretací výtvarných děl sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech duševního zdraví a také klientů multidisciplinárního týmu duševního zdraví. Jde o metodu arteterapeutickou, tedy o přímou interpretaci výtvarných děl a tvoření hypotéz na základě tohoto materiálu. Jedná se o projektivní techniku, kdy každý z tazatelů dostane stejné zadání. Zadání je vždy předloženo stejným výzkumníkem a stejnými slovy. Každý z tázaných také dostal k dispozici stejnou sadu výtvarných potřeb a pohybovaly se v každém případě samostatně, bez možnosti vlivu druhého tázaného a ve stejném prostředí.

Arteterapie může být komplexně chápána jako léčba uměním, kdy je možné jako umění vnímat také muziku, tance, pohyb, hlas, divadlo apod. V případě, kterým tato práce přistupuje k arteterapii, je arteterapie vnímána jako léčba pomocí pouze výtvarného umění.

Dle Šickové (2016) lze arteterapii členit na dvě základní větve – arteterapii receptivní a arteterapii produktivní. Každá z nich má velký význam pro práci a používání s klientem. U receptivní se především o část, kdy se již pracuje s hotovým dílem, ke kterému je přistupováno s určitým záměrem terapeuta. Může tak být lépe pochopeno cítění nebo vnímání klienta, autora díla. Naopak u arteterapie produktivní je hlavním cílem práce samotný proces tvorby, který může být zvolen tak, aby danému klientovi pomohl s léčbou.

Samozřejmě je patrné, že obě tyto složky jsou vždy v jakémkoliv tvůrčím procesu přítomné a je pouze na osobě arteterapeuta, jak s dílem a tvorbou obecně bude zacházet a k čemu on sám dává větší váhu.

Historické východisko sahá k začátkům psychoanalýzy Sigmunda Freuda. Významně se na jejím dalším vývoji podílel také Carl Gustav Jung. Oba pracovali projektivními metodami a technikami. Jung dále rozpracoval metodu volných asociací, která také vede klienta k předávání nevědomých obsahů, nejedná se však o předání prostřednictvím výtvarného díla, ale prostřednictvím slov. Pracoval také se sny, jejichž obsahy se pokoušel interpretovat. Jung také často pracoval s obrazem a výtvarným dílem klienta. V současné době lze na trhu nalézt několik knižních vydání děl jeho nebo jeho klientů, které ukazují, jak Jung vnímal a pracoval s výtvarným projevem a interpretací nevědomých obsahů. V současnosti je arteterapie rozsáhlá a může být vedena napříč psychoterapeutickými směry, z nichž každý nese svá základní východiska a přístupy ke klientovi obecně a aplikuje je tak i do arteterapeutické práce s klientem.

Arteterapie pracuje principem metafory a principem vnímání a interpretace symbolu. Opírá se také o základní teorie barev, které byly v historii popisovány a kultivovány. Velmi úzce pracuje s Lüscherovým pojetím teorie barev a jeho barvovým testem. Mezi jeho poznatky patří také označení čtyř barev, které hodnotí jako nejzdravější kombinaci. Za tyto barvy označil červenou, žlutou, modrou a zelenou. Jedná se tedy o základní barvy, které obsahují jak teplou, tak studenou barevnou škálu. Mimo teorie barev se arteterapie řídí psychologickým výkladem barev, kde každá barva má svůj výklad a vlastnosti. Vždy ale záleží na mnoha faktorech, odstínu barvy, barevné kombinaci, kompozici, barevném kontrastu, tématu atd. Je tedy třeba vnímat každé dílo komplexně, netvořit unáhlené náhledy, ověřovat hypotézy na dalších výtvarných dílech a také především komunikovat s autory děl, kteří mají své k předání a jasnějšímu pochopení jejich díla a jejich postojů a náhledů na daná témata.

#### **4.8.2 Výzkumný soubor**

Respondenti, jež se účastnili rozhovorů pro předešlý výzkum této práce byli dále osloveni a požádáni o vytvoření výtvarného díla s tématem, jak se cítí v multidisciplinárním

týmu. Jedná se tedy o sociální pracovníky, kteří pracují v multidisciplinárních týmech duševního zdraví. Byli vybráni stejnou metodou, tedy metoda výběru souboru samovýběrem. Každý z oslovených sociálních pracovníků bylo informován a požádán o vytvoření. Z těchto požádaných pak tři výtvarné dílo vyhotovili. V tomto případě se jedná o tři sociální pracovnice, ženy, ve věkovém rozmezí 25-30 let.

Metodou samovýběru byli osloveni i další respondenti, kde se jedná přímo o klienty multidisciplinárního týmu duševního zdraví. Zde konkrétně byli osloveni děti a dospívající z jednoho z center duševního zdraví pro děti a adolescenty v České republice. Nejprve byla rodičům zaslána informace a možnost rovnou podepsat informovaný souhlas s účastí na tomto výzkumu. Po doručení souhlasu bylo s dětmi uspořádáno setkání, kde vyjádřili své vnímání týmu. Pro zachování anonymity a ochrany klientů zde dále nebude uveden věk ani pohlaví. Pro tuto práci nejsou tato fakta výhradně potřebná uvádět.

#### **4.8.3 Metoda sběru dat**

Jako metoda sběru dat u této podčásti bylo zvoleno tvoření výtvarného díla s konkrétním zadáním. Každý z účastníků byl tázan o výtvarné znázornění daného tématu. Každý z tázaných se pohyboval ve stejném prostředí. Účastníci měli k dispozici stejné výtvarné potřeby – jeden stejný štětec, papír stejného formátu a stejnou paletu vodových barev. Po odevzdání výtvarného díla následovala s každým účastníkem krátká diskuze nad jeho dílem k lepšímu pochopení jeho vidění a chápání problematiky.

#### **4.8.4 Analýza a interpretace výtvarných děl I**

Jedná se o interpretační část děl sociálních pracovníků, kteří pracují v multidisciplinárních týmech duševního zdraví. Všichni tito zpracovávali téma „Jak se v týmu cítím?“

## Dílo sociálního pracovníka č. I



Autor znázornil abstraktním pojetím vnímání sebe a svého týmu. Obecně jsou na obrázku použity pouze teplé barvy, výjimkou je prvek černé. Barevná kombinace připomíná tzv. „přepálené“ barevné kombinace nebo tzv. „kotel“. Jedná se o takovou kompozici, kdy je jasné velmi výrazné proudění energie, které je někdy až přílišné a může vést k rychlému „vyhoření“ nebo rychlému vyčerpání.

Autor své místo připisuje žlutému prvku v levé prostřední části díla. Je nositelem žluté barvy, nese ale také červenou. Žlutá může v tomto případě znamenat pozitivní naladění, rychlé vzplanutí k daným tematikám a optimismus. Zároveň může být připisována logickému, racionálnímu smýšlení. Červené prvky mohou ukazovat autorovu touhu, vášeň a energii, kterou do týmu přináší.

Okolí autora identifikačního místa ale nese kombinaci červené a černé barvy, která většinou opisuje nějaké prvky agrese, vzdoru nebo konfliktu. Zde se může jednat o vyjádření klientely, která je většinou v adolescentním věku a tato kombinace je pro tento věk typická, nebo o konflikty a neshody, které mohou vést napříč týmem. Černé prvky také působí ostře, prostředí tedy nevypadá přívětivě. Navíc jeden z ostrých prvků přímo míří na autorovo místo. Červené a černé spirály a šmodrance mohou ukazovat na zacyklená témata a možné opakující se situace, ze kterých může být těžké nacházet východiska.

## Dílo sociálního pracovníka č. II



Druhý autor při malování použil metaforické vyobrazení týmu jako rostlin. Rostou společně na kopci, kde se střídá počasí a kde každá z květin má mít stejné podmínky pro svůj život a fungování. Na obrázku se nachází mnoho druhů květin, každá z nich patří jedné konkrétní odbornosti z týmu. Zajímavý je prvek růže, která má trny. Dalo by se zde dále pracovat na tom, koho autor vnímá jako zraňujícího ve svém týmu.

Sám sebe autor pojmenoval na levé straně obrázku, růžový květ pod kopcem, kde je zrovna bouře. Popisoval počasí a podmínky tak, že se střídají a každý by tak podmínky měl mít stejné. Růžová barva květu může ukazovat jeho křehkou stránku, jeho možnou naivitu ve fungování a vnímání týmu. Vyobrazené momentálně na obrázku jsou ale výrazně horší podmínky pro květinu, se kterou se identifikuje. Autor nakonec souhlasí, že takto se v týmu i aktuálně cítí. Cítí, že v jeho týmu nejsou aktuálně rozmístěny podmínky pro každého pracovníka stejně. O vnímání jednotlivých druhů květin a jejich hodnotách a zda jsou si všechny skutečně rovny, se autor nevyjadřoval. Jasně ale je, že subjektivně nejsou všechny květiny stejné a každá zabírá a ukazuje jinou pozornost, každá je jinak náročná na péči a potřebu opory. Tak může tento autor také vnímat svůj tým.

### Dílo sociálního pracovníka č. III



Autor sebe popisuje ve spojitosti s rolemi, které v týmu má. Mimo roli sociálního pracovníka je v týmu také jako vedoucí pracovník. Sebe popisuje jako ložisko uprostřed. Zajímavé je pojetí černého středu, který je obalený paletou studených i teplých barev. Zároveň je viditelná hranice, kterou si autor od prostředí velmi výrazně vytyčuje a drží. Obrys kolem jeho ložiska je nejvíce celiství a nejsilnější z celého obrázku. Je také vyplněn pruhem bílé barvy, který může odkazovat na snahu o odemočnění se, oproštění se od emocí.

Zajímavé je také pojetí ostatních členů týmu jako samostatné planety, samostatné prvky. Některé jsou více ohraničené, některé naopak nejsou ohraničené vůbec. U některých je zřejmé propojování s druhým členem týmu nebo dokonce jejich míchání. Podobně, jako u předešlého díla, i zde by se dalo diskutovat o přiřazování jednotlivých barev a planet určitým pracovníkům a odbornostem vzhledem k jejich místu v týmu.

Prostředí, pozadí za prvky je černé. Černá obecně poukazuje na odpor. Je tedy možné, že autor díla vnímá týmové prostředí v odporu. Odpor ale může opět odkazovat na

adolescentní věk klientů nebo na obecný odpor prostředí, do kterého je tým a tento druh péče zasazen. Je také možné, že autor vnímá tým jako celek, který jde proti zasetým stereotypům. Jako jediný z autorů použil tento autor kompozici na výšku, kde se předpokládá větší nestabilita a případný potenciál ke změně.

#### 4.8.5 Analýza a interpretace výtvarných děl II

Dílo klienta č. I



Klient na obrázku nevyobrazil sebe, dle jeho popisu se jedná o dvě pracovnice, se kterými se nejčastěji v rámci své péče v týmu setkává. Jedná se o sociální pracovníci a psychiatrickou zdravotní sestru. Obě jsou vyobrazené jako hlavní postavy v popředí celého díla. Klient tedy tyto dvě postavy vnímá velmi stěžejně, výrazně, jsou pro něj důležité. Tyto dvě pracovnice jsou ukázány při společném kontaktu. Je důležité, že klient je vnímá v společném kontaktu, práce multidisciplinárního týmu spočívá ve velké části v komunikaci mezi pracovníky navzájem k docílení dostatečné výměně informací v rámci klientské péče. Postavy jsou namalovány bez rukou a nohou, působí tedy bezbranně, zranitelně a tak, že



z daných situací nemohou odejít. O nemožnosti odejít se může jednat o klientovo přání, kdy je například zvyklý, že každý z jeho okolí odchází, a tak toto může být jeho potřeba.

Na obrázku jsou velmi akcentované hodiny a jejich ručičky. Klient popisuje, že čas je zde důležitý, protože vnímá, že na něj čas pracovníci mají a může ho tam trávit. Otevřené okno může odkazovat na otevřenost, vřelost prostředí. Z okna je viditelné slunce a rostliny. Toto společně může ukazovat možnost růstu, nebo dobré podmínky pro růst. Vedle okna se nachází barevná kombinace, která je v některých arteterapeutických směrech označována za „zdravou“ barevnou kombinaci. Klient použil na toto místo čtyři základní barvy, barevnou škálu studené i teplé. Zdá se tedy, že tak tím vnímá jako zdravé prostředí, které umožňuje růst a změnu.

#### Dílo klienta č. II



Klient v tomto díle rovněž nezobrazil sám sebe. Popisuje, že na obrázku jsou pracovníci, které se mu vybaví, když si na tým vzpomene. Vyobrazené postavy rovněž kopírují péči, kterou klient v týmu dostává. Klient vyobrazil dvě sociální pracovnice



a lékařku. První postava je sociální pracovnice, se kterou se klient setkává často, jde o klíčovou pracovníci. Je zde patrná výrazná barvená kombinace červené a černé. Hypotéza autora je, že lze odhadnout témata, která řeší a jak vnímá jednotlivé pečující osoby. Červená a černá tak poukazuje na revoltu, dospívání. Lékařka uprostřed má hnědá křídla. Jako jediná má nohy a boty. Působí více stabilně než ostatní pracovníci, klient ji vnímá jako někoho, kdo má dobré rady. Poslední pracovnice je speciální pedagožka, která pomáhala klientovi řešit školní témata.

Prostředí za postavami vypadá pozitivně, vesele. Pozadí je žluté, může tedy „zapálit“ klient pro posun nebo změnu. Zároveň je na pozadí i růžová, která může značit naivitu. Slunce s mraky pak může odkazovat na možné střídání emocí, které je v životě přirozené a běžné a které si v týmu může klient dovolit.

Dílo klienta č. III



Na třetím výtvarném vyobrazení opět klient nepojmenoval sám sebe. Jedná se o vyobrazení pocitů, emocí a nálad a sociálního pracovníka, kterému klient věří a se kterým se rád setkává. Pracovník je v idealizované rovině, jakoby se vznášel nad zemí, má kolem sebe auru se symboly srdcí. Před ním je velké srdce, které je silně ohraničené černou barvou a vyplněné růžovo fialovou. Může působit jako balvan, který stojí na cestě a se kterým pracuje sociální pracovník. Celému obrázku akcentuje fialová brava, ta by byla spíše interpretačním prvkem pro témata, se kterými klient přichází a která nejsou nutná pro tuto práci dále rozvíjet.

## 4.9 Výsledky – Zodpovězení výzkumných otázek

**Dílčí výzkumná otázka č. 1:** „*Jak se vnímá sociální pracovník v multidisciplinárním týmu duševního zdraví?*“

Sociální pracovníci vidí multidisciplinární péči o klienta v pozitivním duchu. Multidisciplinární tým funguje na základě setkávání se několika více odborníků a profesionálů z jednotlivých profesí, odborností. Setkává se tak zdravotní a sociální složka. Každá z nich by mohla mít na tento druh péče jiný názor. Sociální pracovníci vypichují právě dané mezioborové setkávání a možnost klienta podpořit právě z více úhlů pohledu a potřeb dle odborníků v týmu. To je také princip, kterým by sociální pracovníci popsali multidisciplinární péči o duševně nemocného klienta.

S tím se také pojení chápání cílů multidisciplinární péče. Na té se sociální pracovníci také shodují. Je nutné ale brát v úvahu jednotlivé nastavení a nařízení konkrétních týmů. Mezi respondenty jsou respondenti rovněž z multidisciplinárních týmů pro děti, kteří mají omezenou dobu péče pro klienta na šest měsíců. To znamená, že například mezi cíli tohoto centra je také dopomoci s návaznou péčí. To se také propsalo do pohledu sociálních pracovníků. Opět se u cílů ukazuje vnímání setkávání se v týmu s vícero odborníky jako pozitivní faktor, díky kterému je možné dosahovat i obecnějších, větších cílů při práci s klientem a jeho potřebami.

Vnímání toho, kdo je klient je spíše obecné. Žádný ze sociálních pracovníků nejmenoval tvrdá kritéria nebo překážky. Spíše se snažili zobecňovat a popsat různé možnosti, kde se člověk může s duševním onemocněním setkat. Chápání klienta sociálním pracovníkem v multidisciplinární péči se tak zdá být velmi otevřené a partnerské.

Obecně role sociálního pracovníka v českém prostředí může narážet na neznalost jeho kompetencí nebo nedostatečné přijetí, zvláště pak v multidisciplinárních týmech, kde se setkávají kolegové ze sociální i zdravotní složky, z nichž každá spadá pod jiné vedení a odlišné zákony.

Z výzkumu vyplývá, že je velmi komplikovaně spojena role sociálního pracovníka a role klíčového pracovníka. V některých multidisciplinárních týmech se touto metodou

nepracuje, v jiné jsou namíchaní odborníci ze zdravotní i sociální sféry, ale u některých je tato role využívána pouze sociálními pracovníky. Zde pak pracovníci naráželi spíše s nepochopením této role obecně. Popisem a definicí case managementu se jedná o přístup, který by měl být sociálnímu pracovníkovi blízký, přesto ho v těchto týmech nevnímá každý sociální pracovník jako něco, co by mělo být v jeho kompetencích nebo něco, co patří k jeho roli sociálního pracovníka.

Všichni sociální pracovníci v multidisciplinárních týmech se ale cítí být dostatečně kompetentní k práci v tomto typu péče o klienta a v přímém kontaktu s klienty s duševním onemocněním.

### **Dílejší výzkumná otázka č. 2: „*Jak se sociální pracovník v MTDZ cítí?*“**

Pocity sociálních pracovníků v multidisciplinární péči se velmi pojí s vnímáním jich jako odborností v celém týmu. Každý ze sociálních pracovníků, respondentů ve výzkumu, uvedl nějakou pochybnost toho, jak je nebo byl v minulosti vnímán ostatními odbornostmi svého týmu. Ukazuje se tedy jakýsi nesoulad mezi zdravotní a sociální složkou. Sociální pracovníci tak v těchto týmech mohou pociťovat degradaci, pocit nevyslyšení nebo nedostatečné profesní respektování.

Spokojenost s rozložením rolí se ukazuje spíše jako negativní faktor. Sociální pracovníci vnímají možnost své práce i jinde než tam, kde se jedná pouze o roli klíčového pracovníka a rádi by tak do týmu přispívali svými dalšími možnostmi přímé práce s klientem.

Sociální pracovníci v multidisciplinárních týmech nevnímají nastavenou kapacitu jako správně nastavenou. Setkávají se s nedostatkem času na přímou péči o klienta nebo popisují pocity tlaku a pocity přílišné náročnosti vzhledem k problematice, se kterou klienti přicházejí a k duševnímu zdraví jednotlivého sociálního pracovníka. K udržení klidu a zdraví pracovníků slouží supervize. Ty ale sociální pracovníci v těchto týmech nevnímají vždy jako dostatečnou. Setkávají se s pocitem, kdy se nestihne na skupinové supervizi probrat téma, které potřebovali. Sociální pracovníci v multidisciplinárních týmech nemají

možnosti individuální supervize, o jejíž možnost každý z respondentů nějakým způsobem vyjádřil svůj zájem.

I přesto, že se sociální pracovník v týmu cítí někdy nerovnocenně, má ale pocit, že má ve zbytku týmu oporu. Sociální pracovníci se tak mohou setkávat s dalšími odborníky v týmu a navzájem si předávat své úhly pohledu, své znalosti a dovednosti. I toto je ale pro sociální pracovníky v multidisciplinárním týmu otázkou časové vytiženosti. Kapacita tak určuje i fakt, že se nestíhají jednotliví odborníci v daných týmech dostatečně intenzivně setkávat k tomu, aby fungovalo dobré předávání informací pro dobrou podporu klienta a mezioborovou spolupráci.

Vysoká kapacita klientů se tak v několika složkách ukazuje jako překážka. Při potřebách úprav úvazků v týmu se opět někteří sociální pracovníci obracejí na potřebu snížení jejich nastavené klientské kapacity. Objevuje se také potřeba zvýšení úvazku lékaře v týmu, který by měl tým odborně vést a mohl se také více věnovat klientům a přímé práci s klientem, která by nebyla postavená pouze na farmakoterapii.

Sociální pracovníci v týmu multidisciplinární péče pracují se svými klienty ve směs s prvky case managementu. Setkávají se s klienty na základě jejich individuálních potřeb a starají se o celou jeho péči i mezi dalšími členy v týmu.

Mimo setkávání s klienty zabírá časový prostor sociálním pracovníkům v multidisciplinárních týmech také setkávání s ostatními členy týmu. Jedná se o několik porad, které týdně musí pracovníci absolvovat nebo o supervizní setkání, které má každý tým četností nastavené odlišně.

Ohledně administrativní části práce pak odpovědi jednotlivých sociálních pracovníků nebyly příliš jednotné. Každý pracovník cítí, že má ve své povinnosti administrativní úkony kolem klienta. Každý ale vnímal jinak tento poměr a jeho následnou zátěž. Někteří pracovníci ale popisují, že tato část práce a její zátěž má následný vliv na přímou práci v péči o klienta.

U další možné péče u klienta se ukazuje možné nepochopení nebo možná neznalost zákonných kompetencí sociálních pracovníků u některých. Někteří respondenti popisují

soci-terapii jako něco, co s klienty mohou dělat až po získání nějakého dalšího vzdělání, kurzu. Nevnímají toto tak jako svou kompetenci, kterou získali splněním zákonných podmínek. Obecně se opět ukazuje křížení vnímání sociálního pracovníka a klíčového pracovníka.

Na základě výtvarných děl pracovníků je také patrný jejich pocit vytížení, někdy i únavy. Na některých dílech je také viditelný pocit méněcennosti v daném týmu, nebo nerovné podmínky a vnímání jednotlivých odborností ve svém týmu. Na všech vysbíraných dílech je jasné vnímání nelehkého prostředí, na kterém se pracovníci pohybují. Není vždy zcela zřejmé, zda těžkost způsobuje těžkost klientských témat nebo fungování týmu, či se jedná o kombinaci obou těchto faktorů.

**Díličí výzkumná otázka č. 3:** *„Jak sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu duševního zdraví vnímají klienti?“*

Vnímání pracovníků klienty je zde zpracováno pouze pomocí výtvarných děl od klientů. Totožné na všech sesbíraných dílech je, že obsahuje osobu sociálního pracovníka. Z toho na dvou jsou další pracovníci, na jednom se vyskytuje pouze sociální pracovník. Je tedy zřejmé, že klienti vnímají sociální pracovníky v týmech výrazně a jako rovnocennou součást týmu.

**Hlavní výzkumná otázka:** *„Jak je vnímána pozice sociálního pracovníka v rámci multidisciplinární péči o duševní zdraví?“*

Z jednotlivých částí výzkumu vyplývá, že sociální pracovníci vnímají multidisciplinární péči o duševní zdraví pro klienty velmi přínosné a potřebné. Zároveň se ukazuje, že sociální pracovníci vnímají nebo v minulosti vnímali, nějakou formu degradace a snižování jejich odbornosti, jejich profese v rámci setkávání odborníků mezi zdravotní a sociální složkou v těchto týmech. Sociálním pracovníkům se toto vnímání projevuje také v tom, jak se v týmu cítí a z výtvarných děl je zřejmé těžké prostředí, ve kterém se pohybují.

Naopak vnímání klientů vypovídá o velmi silném vnímání sociálních pracovníků klienty v rámci jejich sestavené péče multidisciplinárním týmem.

## 4.10 Diskuze

Práce pojednává o tématu multidisciplinární péče o duševní zdraví a zaměřuje se na vztah sociálního pracovníka k týmu, ale také ke klientovi a naopak. Z výsledků práce lze usoudit, že sociální pracovníci se někdy vnímají jako ti, kteří mají v těchto týmech horší podmínky nebo horší postavení. Zkrátka se ukazuje, že pozice sociálního pracovníka nemusí být vždy vnímána na rovině ostatních odborníků. Výzkum také ukazuje, že je nejasná role a pozice mezi sociální prací a klíčovou prací, kdy někde je a někde není nutné, aby jeden pracovník plnil obě tyto funkce. Dalším velkým tématem je vnímání socioterapeutické práce a dalšího případného využívání těchto prvků. Někteří pracovníci popisují, že vzdělání, které jim zákonem umožňuje tyto činnosti vykonávat tak nevykonávají bez dalšího sebevzdělání a vnímají, že pokud by další vzdělání neměli, byli by v tomto směru málo kompetentní pro práci s klientem. Stále je také patrný rozkol mezi zdravotní a sociální složkou u takovýchto týmů, kde vznikají odborné názorové rozdíly, které mohou bránit v účinné spolupráci.

Ukazuje se ale, že toto vnímání sociálních pracovníků ve svých týmech nemá dopad na jejich vnímání klienty. Klient vždy vyobrazil sociálního pracovníka a poměrově ve větším procentu případů než zdravotního pracovníka, či lékaře v daném týmu. Vysvětlení může být více, nelze s jistotou určit, proč tomu tak je.

Všechny části výzkumu mají ale své limity a mohou narážet na určitá zkreslení nebo subjektivitu, kterou může do výzkumu vnášet více faktorů. V tomto výzkumu se jedná konkrétně především o fakt osobních vazeb mezi výzkumníkem a výzkumnými soubory. Výzkumník je v běžném životě kolega většiny respondentů, sociálních pracovníků a se všemi má osobní vazbu. Je tedy možné, že všichni tito tázaní znají názory výzkumníka a na základě těchto znalostí a osobních vazeb mezi tazatelem a respondentem mohlo vzniknout takové ovlivnění k názoru tazatele. Výhodou naopak v tomto případě může být otevřenost, upřímnost a ochota podstoupit podrobný rozhovor.

Stejně takové riziko v této práci představuje výzkumná část, kde se pracuje s názorem a představami klientů. Výzkumník je v roli nejen pouze výzkumníka, ale také v roli sociálního pracovníka a klienti, kteří svá díla poskytli, jsou klienti zároveň výzkumníka. Znamená to tedy také to, že vzhledem k navázanému vztahu mezi pracovníkem



a klientem zde mohlo dojít k přenosu tohoto vztahu na papír a možný pocit nutnosti pracovníka na papír znázornit. Naopak opět výhodou může být navázaný vztah, ochota spolupracovat a k péči se vyjadřovat.

Dalším nedostatkem v rámci výzkumné části práce je rovněž málo široký výzkumný vzorek. Vzhledem k tomu, že se jedná ve všech případech o ženy v podobném věkovém rozmezí, může zde docházet k subjektivnímu nahlédnutí do vidění sociálních pracovníků v této věkové kategorii a jedná se tedy o velmi úzký ukazatel. V případě potřeby ověření této hypotézy, by se musel výzkum provést na mnohem širším výzkumném vzorku.

Celosvětových výzkumů na dané téma existuje celá řada a přinášejí nejrůznější poznatky při multidisciplinární spolupráci. Většina z nich poukazuje na výhody a dobré výsledky takové péče, která je komplexní. V českém prostředí však žádný výzkum na vnímání sociálního pracovníka autorce práce není známý. Pro toto srovnání také autorka vyhodnocuje jako irelevantní srovnání s cizími výzkumy, kde sociální práce je vnímána zcela jinak a vychází z úplně odlišných historických konceptů. V jiných zemích může být rozdílné i východisko práce, kdy může být celostátní uspořádání těchto péčí – sociální a zdravotní úplně jiné. Například v Nizozemí tyto dvě oblasti spadají pod jedno ministerstvo, a tudíž takové otázky, jako tady v České republice, pracovníci řešit nemusí a zákony a pravidla pro poskytování těchto služeb může být jednodušeji uchopitelné.

Doporučení pro praxi tedy jsou jistě zlepšení komunikace a metodických podkladů pro takové týmy. Bylo by třeba mít zakotvená pravidla pro všechny pracovníky tak, aby bylo patrné, kdo má jaké kompetence a jako služba obecně funguje, jaká pravidla, čemu podléhají. Rovněž bych doporučila navýšení supervizí, kdy u všech pracovníků zaznívá potřeba individuálních supervizí, které v tuto chvíli nemají k dispozici. Rovněž by bylo potřebné pracovat na zvyšování sebevnímání sociálních pracovníků a přispívat tak k vnímání jejich vlastní důležitosti a potřebnosti v takovýchto týmech a zároveň provádět takovou edukaci i pro zdravotní pracovníky, což by mohlo vést k rozbíjení pocitům podřadnosti.

Další pokračování práce by se mohlo věnovat právě socioterapii a potřebám dalšího vzdělávání nebo naopak potřebám ke změně současného vzdělávání tak, aby se absolventi,

sociální pracovníci, cítili dostatečně kompetentní k výkonu i socioterapeutické práce, případně, aby jim bylo alespoň všem zřejmé, o jaké činnosti se jedná.

## 5 Závěr

Práce pojednávala o problematice multidisciplinární péče o duševní zdraví a vnímání sociálního pracovníka v tomto prostředí. Nejprve je v práci popsáno teoretické východisko, ze kterého je vycházeno, popsáno prostředí a kontext, aby bylo srozumitelné, v jaké době a v jakém kontextu je téma pojímáno.

V praktické části je pak kladen důraz na výzkum, který má více částí. V první jeho části se pracuje s rozhovory sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech, kteří se zamýšlejí nad tím, jak to ve svých týmech mají, jak se tam cítí a co by možná potřebovali, jaké mají kompetence apod. Další část ukazuje jejich pocity prostřednictvím výtvarného díla, jehož autoři jsou právě sociální pracovníci z multidisciplinárních týmů. Poslední částí je nastíněno, jak klienti multidisciplinárních týmů vnímají tyto týmy, potažmo, jak vnímají sociální pracovníky. Ukazuje se, že sociální pracovníci často cítí jakousi méněcennost, kterou pociťují v rámci kombinace sociální a zdravotní péče. Zároveň je ale patrné, že klienti takových center sociální pracovníky v týmech vnímají velmi intenzivně a jsou pro ně často stěžejní postavou celé péče. Odpovědi na tato témata bylo zároveň cílem práce, který se povedl v rámci práce naplnit.

Práce by mohla být dále rozvíjena v ověřování těchto teorií, mohla by se například zaměřit na větší vzorek pracovníků, případně i klientů a pomocí kvantitativního výzkumu tuto teorii potvrdit, nebo naopak vyvrátit.

## Zdroje

BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.

*Duševní zdraví - věc veřejná: sborník příspěvků XI. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. Brno: Tribun EU, 2016. ISBN 978-80-263-1047-1.

FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 4. vydání. V Kostelním Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2016. Osudy (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-868-0.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOERNI, Ulrich, Thomas FISCHER a Bettina KAUFMANN. *Umění C.G. Junga*. Ilustroval Carl Gustav JUNG, přeložil Pavel KOLMAČKA. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1535-6.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HURYCHOVÁ, Eva a Blanka PTÁČKOVÁ. *Sociální práce ve školství*. Praha: Grada, 2022. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-3313-0.

JANEBOVÁ, Radka, ed. *Spolupráce v sociální práci: Cooperation in social work : sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce : Hradec Králové, 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-259-1.

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

JUNG, Carl Gustav a Aniela JAFFÉ. *Vzpomínky, sny, myšlenky C.G. Junga*. V Brně: Atlantis, 1998. ISBN 80-7108-178-7.

KLEPÁČKOVÁ, Olga, Zuzana KREJČÍ a Martina ČERNÁ. *Sociální práce na příkladech z praxe*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3074-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

- LHOTOVÁ, Marie a Evžen PEROUT. *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1272-0.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
- MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.
- OCHRANA, František. *Metodologie sociálních věd*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2380-1.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- Politiky a paradigmaty sociální práce: co jsme zdědili a co s tím uděláme? : sborník z konference*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010. ISBN 978-80-7318-994-5.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6.

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

TULLGREN Ann, Noel RENOUF, Bland ROBERT. *Social Work Practice in Mental Health: An introduction*. London: Routledge, 2015. ISBN 9781743314753.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788086429366.

VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0088-8.

ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE. *ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE* [online]. 2019 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/informujeme/ambulantni-psychiatricka-pece-o-deti-a-dorost.html>

Ministerstvo zdravotnictví. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče* [online]. In: . 2022, s. 38 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví. *Možnosti péče o duševní zdraví* [online]. In: . 2022, s. 2 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/03/Moznosti-pece-o-dusevni-zdravi.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví. *Možnosti péče o duševní zdraví* [online]. In: . 2019, s. 10 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou\\_komplet.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví. *NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020 — 2030* [online]. In: . 2020, s. 68 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce řeší téma multidisciplinární péče o duševní zdraví. Cílem bylo ukázat, jak se cítí sociální pracovníci v daných multidisciplinárních týmech, jak se vnímají v takovém týmu, a jak je vnímají klienti, se kterými pracují. Vyhodnocení probíhalo na základě kódů vytvořených z rozhovorů se sociálními pracovníky v multidisciplinárních týmech a interpretace výtvarných děl sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech a také výtvarných děl klientů multidisciplinárních týmů. Výzkum ukázal, že sociální pracovníci se mohou často v těchto týmech cítit méněcenně, ale pro jejich klienty jsou stejně rovnými a hodnotnými členy týmu. V závěru a diskuzi práce jsou uvedeny další možnosti ověření a aplikace těchto závěrů do praxe.

This thesis addresses the topic of multidisciplinary mental health care. The aim was to show how social workers feel about being in a multidisciplinary team, how they perceive themselves in such a team and how they are perceived by the clients they work with. The evaluation was based on codes formed from interviews with social workers in multidisciplinary teams and interpretation of artwork produced by social workers in multidisciplinary teams as well as artwork produced by clients in multidisciplinary teams. Research has shown that social workers can often feel inferior in these teams, but to their clients they are equal and valuable members of the team. The conclusion and discussion of the thesis provide further ways to test and apply these findings to practice.

## **Přílohy**

**1. příloha – Přepisy rozhovorů**

**2. příloha – Informovaný souhlas pro rodiče – vzor**

**3. příloha – Informovaný souhlas pro sociální pracovníky – vzor**

### **Přepisy rozhovorů**

Respondent I

Co je podle tebe multidisciplinární péče? Tak podle mě je multidisciplinární péče pohled vícero odborností na danou problematiku. To znamená, že nějaký klient přijde třeba do toho multidisciplinárního týmu, tak vnímám to, že každéj má za svoji odbornost jinej úhel pohledu a vlastně se to může dát ten jeden názor jako dohromady.

A co je cílem toho týmu, té multidisciplinární péče? Cílem bych řekla za mě, že je to, že vlastně ten klient nemusí obcházet vícero zařízení jako nemocnice, doktor, zvlášť psycholog, zvlášť zdravotní sestra, ale má to vlastně ten balíček v jednom. Že cílem je za mě to, že se přijde na nějakou třeba problematiku, co danýmu klientovi je, ale má to jako na jednom místě, nemusí to obcházet.

Kdo je klientem obecně CDZ? Tak jsou to lidi, kteří mají jakoukoliv zkušenost s tím duševním onemocněním, ať je to přímo jejich zkušenost anebo rodiče, kteří přijdou třeba s tím, že jejich dítě má nějakou takovou zkušenost.

Jak chápeš svoji roli sociálního pracovníka v tom týmu? Já teda jak chápu svoji roli. Tak sociální pracovník je určitě. Tak jako sociální pracovník je ten, který má vlastně určitou znalost v té sociální oblasti. To znamená, že tam mapuje to, jak ta rodina žije, v jakym prostředí, s jakýma ten klient se stýká lidma, jaký má kamarády, jak to jde ve škole. Vlastně zkoumá tu sociální oblast. A zároveň teda u nás může být teda i tím klíčovým pracovníkem. To znamená, že se teda stará tu administrativu toho klienta.



Kdybys popsala teda jednoduše tu roli jeho, jakou roli v tom týmu máš? Samozřejmě mám pocit, že. Nebo tak, mělo by to být tak, že ten sociální pracovník je vlastně roven všem těm pracovním pozicím, odbornostem. Cítím, že pořád je ve vzduchu ve všech asi zařízeních, nejen u nás, jak tak jako slyším, že ten sociální pracovník je pořád trochu jako ne degradovaný, ale tak nějak to ta nálepka toho sociálního pracovníka pořád přetrvává, je pořád nějakým způsobem ta jeho pozice nějak označovaná, má nějakou nálepku toho, že je to jenom sociální pracovník, je to jenom ten administrativní pracovník. A vlastně bych si přála, aby to to bylo do budoucna jinak, aby to v těch týmech, kord v těch CDZ, mohlo být tak, že jsou všichni si jako sobě rovni, všichni ti odborníci.

Cítíš se jako dostatečně kompetentní pro tu práci v tom centru? No tak jelikož já osobně mám vystudovanou speciální pedagogiku, tak cítím svoje limity právě v některých těch sociálních oblastech jako je nějaká znalost třeba fungování OSPODu nebo ta propojenost toho OSPOD třeba v Praze konkrétně, která Praha je kterého OSPODu, koho já můžu kontaktovat, když potřebuju ten OSPOD kontaktovat. Jestli vedoucí, nebo kontaktního pracovníka. A vlastně docela v tady v tom docela ještě plavu. Takže to jsou praktické věci nebo dovednosti, které se ale dají snadno naučit nebo nastudovat, ale při kontaktu s těmi klienty se cítíš kompetentní. Jo to asi jo, při přímém kontaktu s těmi dětmi se cítím kompetentně.

Máš pocit, že ta role tvoje jako sociálního pracovníka, je čistě o tom klíčování? Bohužel jo. Přála bych si, aby to bylo jinak.

Jak se cítíš v tom týmu? Musím říct, že máme skvělejší tým, takže se v tom týmu cítím dobře. Mám pocit, že občas se jako vyrojí taková jako takový náznak toho, že ti sociální pracovníci jsou ti administrativní, ti, co tam dělají jako hlavně tu papírovou práci. Ale myslím si jinak, že ty vztahy v tom týmu jako jsou dobrý a že se jako nějak vzájemně respektujeme, že se snažíme to jako dodržovat, i když občas to jako neděje úplně.

Jsi spokojená s tím, jak jsou ty role nastavené a rozložené? Jako v tom týmu? Ano. Asi jo, jakože by mělo být jako jiný třeba jako víc psychologům jako počtově. Nebo jak? Jako třeba i těma kompetencema, jestli by třeba pracovník sociální mohl dělat víc, než dělá nebo jestli třeba někdo i jiný může dělat tu administrativu. Obecně, co se váže k té tvójí roli, co jsi

pospsala, jestli může dělat někdo jiný, nebo jestli ty můžeš nějak rozšířit ty tvu svoji kompetenci, kterou třeba podle zákona ty můžeš mít. Jo to vnímám jako dost. Je to dobrá otázka, protože si myslím, že nárok na to, že by měl mít ten sociální pracovník, pokud je třeba ve výcviku nebo ho už má, že by měl mít nárok na to dělat i ty terapie a nemělo by to být jen tak, že se potká s klientem za cílem toho individuálního plánu nebo podpisu smlouvy. Ale to je jako konkrétně za toho sociálního pracovníka. Ale vnímám to jako u vícero těch odborností. Že vím, že pracovník má nějaký výcvik, ale zároveň nemůže dělat psycho terapii, protože jsme tady pod tou organizací. A to si myslím, že je nefér, že by to mělo být jako umožněné.

Myslíš si, že to, co máš zvládnout, ta tvoje agenda, že je adekvátní k tomu tvému pracovnímu úvazku? No to si rozhodně nemyslím. A potřebovala bys to nějak jinak? Potřebovala bych tu kapacitu klientů rozhodně snížit. Protože na plný úvazek máme aktuálně 16 klientů a já vím, že třeba při 10 jsem se cítila dobře. Takže máš pocit, že je to moc? Jo, už to začalo být hodně náročný.

A když se něco děje, nebo když něco potřebuješ, cítíš, že máš oporu v tom týmu, máš za kým přijít a poprosit někoho o pomoc? Jo, tak to rozhodně, určitě.

Cítíš, že ten tým je dostatečně propojený k tomu, aby si mohla od ostatních získávat třeba jejich znalosti, které můžeš aplikovat do své práce. Ano, to je dobrá otázka, myslím si, že se tady hodně inspirujeme vzájemně, i když spolu úplně vyloženě nespolupracujeme na jedné konzultaci, ale myslím si, že ty náhledy, odborný pohledy se předávají, ty úhly pohledu. Že je to hrozně jako inspirující a myslím si, že je to fajn.

A co supervize. Myslíš si, že jsou v dostatečném rozsahu? Asi by mi možná prospěla nějaká individuální jednou za čas, protože na těch skupinových mám pocit, že se moc nestíhají ti klienti a třeba kdyby se jich nakupilo víc těch klientů a bylo potřeba s něčím poradit, tak individuální supervize by si myslím byla jako fajn. Takže teď na pracovišti nemáte vůbec individuální supervize? Teď nemáme no. Nebo myslím, že je tam nějaká možnost, ale nejsem si úplně jistá. Byla mi jednou jedna nabídnuta jedna individuální supervize.

Myslíš si, že všichni ti lidé v tom týmu, že spolupracují stejnou mírou a dostatečně k tomu, aby ta péče pro toho klienta byla dobrá? No jak se to veme. Mám pocit, že každá ta oblast, zdravotní i sociální, má svých starostí hodně a občas co se to na sebe tak jako přehazuje. Když třeba sociální pracovník, teď klíčový pracovník, má hodně té administrativní agendy a nestíhá něco, tak vlastně přehazuje některý věci třeba i na tu zdravotní, protože potřebuje, aby se ten klient s tím zdravotníkem potkal, aby ho někdo viděl a zároveň i naopak. Když ta zdravotní má jako naplněnou kapacitu, tak zase nás, sociální oblast, háže ty administrativní úkony. No asi tak. Ale zase mi přijde, že je to o té kapacitě.

Myslíš si, že by bylo potřeba v tom týmu, to už jsi možná řekla, nějaký ty role, odbornosti víc nebo míň nebo víc? Jako že by někdo měl třeba větší nebo menší úvazek v tom poměru. Já si myslím, že určitě, že by se mohlo přidat pracovní doba lékařů, kteří by měli mít na klienty víc času. Určitě by mohlo být i víc psychiatrických sester a samozřejmě i víc sociálních pracovníků, aby se stíhala ta klíčová agenda. No a vlastně možná i každého pracovníka by se mohlo navýšit. A zas zároveň bychom byli velkej tým, takže se zase vracíme k tomu, že kdyby byla menší kapacita klientů, že se to asi zvládá líp a nebylo by potřeba víc nikoho než toho lékaře.

Jak jako sociální pracovník pracuješ s těma klientama. Ty jsi říkala, že jsi teda klíčovej pracovník, tak co to pro tebe v praxi znamená a jak pracuješ na tom přímým setkání s klientem? Takže vypadá to tak, že vlastně mám s klientem prvokontakt, kontaktuju ho teda, že se dostal do naší péče, že si domluvíme první vstupní konzultaci. Na té první konzultaci uvedu kompletně jak probíhá naše služba, co jim můžeme nabídnout, jaké jsou jejich potřeby mapuju, zjišťuju jejich aktuální situaci, vlastně společně se zdravotní sestrou, která na tom vstupu mapuje zdravotní stav. A následně s klientem mapuju individuální terapeutický plán, do kterého píšeme nějaké cíle, které jsou na tři nebo následně na šest měsíců. Pak podepíšu s klientem s rodinou smlouvu. A pak se jednou za měsíc potkám s tou rodinou jako klíčový pracovník, zreviduju třeba plán, podepíšu dodatek ke smlouvě, následně. A tak nějak mapuju, jestli nejsou spokojení s naší službou, co by potřebovali jinak, jestli jsou tam nějaké jako otázky pro ně. A pak vlastně zároveň je i ukončuju. Takže jsi jako spojená s těma velkýma krokama toho klienta v tým péči a zároveň s nima neděláš žádnou jako

socioterapeutickou činnost. No to je druhá věc, to už neděám jako klíčový pracovník, ale jako sociální pracovník, kdy mám teda vystudovanou dramaterapii, takže se snažím ty prvky na konzultacích využívat, říkám tomu expresivní terapie. A mám teda nějaké individuální konzultace a zároveň vedu socioterapeutické aktivizační skupiny.

Jaký úkony všechny provádíš v tom týmu, nejen práce s klientem, ale obecně, když přijdeš do práce, co všechno musíš plnit. Tak klíčový jsou porady, ty máme v pondělí – provozní a klientskou a ve středu je jednou za 14 dní příjem klientů, když teda nepřijímáme klienty, tak se věnuju hodně subtýmu. Subtým je u nás teda takový setkání, kdy se radím s jinými odborníky v týmu, kteří spolupracují se mnou na tom klientovi a pak co se týče veškerých zápisů a administrativy toho klienta, pokud se s ním zrovna nesetkávám, tak vedu jeho kartotéku, zapisuju do dvou vlastně systémů. Do zdravotního, kam občas píšu jeho údaje a pak do toho sociálního systému, do kterého píšu zápisy, individuální plán a vlastně veškerou tu agendu toho klíčáka.

Myslíš si, že to teda v tomhle týmu teda jako sociální pracovník jsi jen administrátor těch klientů? Myslím si, že se to snažíme odbourat, že to ten tým jako úplně nevyžaduje a snaží se s tím pracovat, ale v momentě, kdy jsme zahlcení, tak to tak jako na toho klíčáka spadne. Nebo teda na toho sociálního pracovníka.

Kdybys neměla tu dramaterapii, dostala by ses k těm klientům i jinak než tím klíčovaáním? Asi jo, asi na nějakých konzultacích nebo mapování. Ale asi nevím, co bych s nima bez té dramaterapie dělala.

Máš pocit, ty máš speciální pedagogiku vystudovanou, že třeba to, co ses tam naučila, by ti nestačilo k tomu, abys pracovala nějak na emocích nebo socioterapeuticky s tím klientem? No tak to určitě v podobě těch konzultací, asi bych si mapovala, jak se cítí, jak se má, co by mu pomohlo, strategické mechanismy k zvládnutí něčeho, co on potřebuje. To si myslím, že bych zvládla i z pozice toho speciálního pedagoga a sociálního pracovníka. Ale vlastně nevím, jaký techniky bych dál mohla využít místo toho. Asi rozhovor jenom.

Tak jo, na další otázky jsi mi už odpověděla, tak moc děkuju za rozhovor.

## Respondent II

Jak vnímáš tu disciplinární péče ze svého úhlu pohledu? Za mě je určitě přínosná, protože se nad člověkem zamýšlí více lidí, více odborníků. A hlavně spolu komunikují, což mi přijde velmi důležité.

A co je podle tebe to, co definuje tu multidisciplinární péči, kdybys to měla popsat? To CDZ, jak mu rozumím, je Centrum duševního zdraví, kde vlastně se potkávají jak zdravotní pracovníci, tak nezdravotní pracovníci, mezi které patří sociální pracovníci. A zároveň jsou tam odborníci z oboru jako psychiatrie nebo psychologie, plus i ta sociální sféra a pokud vím, tak snad i peer pracovníci neboli lidé se zkušeností. A jestli to takhle stačí?

A co si myslíš, že je cílem tý multidisciplinarity okolo toho klienta? Za mě věřím tomu, že cílem je propojit kvalitu té služby pro toho klienta. Že čím víc odborníků bude, tak je mnohem větší šance podpořit toho klienta v tom světě.

Kdo je klientem CDZ? No člověk s nějakým onemocněním duševním, nebo s nějakou zkušeností kolem duševního onemocnění.

Jakou roli myslíš v tom má ten sociální pracovník? Ten by mohl propojovat tu zdravotní a sociální sféru s tím, že a propojovat i toho klienta, protože vnímám, že tam jiné tempo mezi zdravotním a mezi sociálním. A že se může stát, že ten klient je víc navázán na toho sociálního pracovníka, a že může někdy přeložit, proč ta léčba je důležitá. A proč by se měla nějak dělat a beru ho jako partnera tomu klientovi.

Myslíš, že ten sociální pracovník dostatečně kompetentní na tu odbornou práci s tím klientem? Jsem si tím jistá.

A myslíš si, že ten sociální pracovník by měl fungovat jenom jako klíčový pracovník? Myslím si, že to nemusí tak být. Podle mě záleží hodně na tom, na koho se ten člověk ten klient naváže. Takže pokud by šlo, že se nejlépe pracuje s psychologem, klidně ať je psycholog klíčový pracovník, když by to mělo své ovace a naopak. Takže může být klíčový pracovník.

A jak se cítíš ty v té péči, když jsi vlastně i mezi sociálníma i mezi zdravotníkama, jak se cítíš v tom týmu? Teď se cítím, jako kompetentně k tomu, co dělám a že mě i ti kolegové berou a slyší můj názor. Že mohu říct v rámci toho týmu, co si myslím, jak by se to mělo dělat, ale zároveň i já slyším i to, co říkají oni. Dobře se v tom cítím teď tento rok dobře, před dvěma lety nebo před více lety bych řekla že to dřelo. Takže tu roli sis tam muselo nějak vybudovat, toho uznávaného pracovníka? Ano, uznání jsem si musela v týmu vybudovat.

A jsi spokojená s tím, jak jsou rozložené ty role, jako v tom, kdo má jaké kompetence v tom týmu? Záleží jak kde. A myslím si, že se to stále ještě ladí, že mě možná nějaká nejasnost v těch rolích, kdo co má a jaký má kdo slovo vlastně.

Myslíš si, že to, co máš jakoby v tom rámci své pracovní doby, ta tvoje jako agenda, že je stíhatelná v rámci úvazku, že na to máš jako dostatečný prostor, že necítíš tlak, že toho je hodně? Je to hodně o tom, co se týká jakoby klienta a kolik práce kolem něho je a co se zrovna děje. Pokud je to, že třeba potřebuje napsat soudu a jsou na to fakt jako minimální časový úsek, tak mi na to nestačí ta moje časová agenda. Ale asi záleží od člověka. Jo, takže to jde od toho klienta tlak a od toho, co potřebuje ale nejde to jakoby od vedení? Že třeba musíš stíhat mít velkou kapacitu klientů, že musíš něco někde dělat bokem, něco připravovat nebo nevím někde zalévat kytky a takovýhle věci. Tohle tam teď nevnímám.

A máš oporu v tom zbytku toho týmu? Mám, můžu od nich i brát jejich dovednosti, co ví třeba jinak.

Co supervize? Myslíš si, že jsou dostatečné, jak je máte nastavené? Tak, jak my je máme, tak jsou dostatečné. A máš možnost i individuálních? Ano, ale sama si je platím, nemám to od zaměstnavatele.

Myslíš si, že všichni ti odborníci, co jsou do té péče kolem toho jednoho klienta zapojení, že spolupracují jako dostatečně, aby ta péče byla taková, jak si ji představuješ, aby byla dobrá? Myslíš si, že se o to snaží. Ale ještě u některých je to v ladění.

Myslíš si, že by bylo potřeba, třeba nějak navýšit nějaký úvazek třeba poměrově, aby to bylo vyvážené. Potřebovala bys tam někoho poměrově víc nebo méně? Myslíš si, že by chtělo

navýšit alespoň u těch psychiatrů a psychologů, že by to nemuselo být u některých pouze o těch lécích. Jako aby měli větší prostor pro tu práci s tím klientem? Ano.

Jak pracuješ s klienty? Co jsou tvé techniky práce? V rámci naší práce pracujeme s psychoterapeutickými prvky, ale jinak je to sociální rehabilitace a hodně si zakládám na vytvoření vztahu a pak podle toho, co klient potřebuje. A na jeho tempu.

takže ty úkony, který provádíš, tak jsou jenom kolem toho klienta hlavně. A pak máš jako nějaký další povinnosti? Ano, jsou věci, kdy obvolávám. Možná trochu dělám práci case managera ve smyslu, že vytvořím společnou schůzku, protože mám jednodušší získat ty kontakty na ty určité osoby, takže dokážu to svolat.

A zároveň máš teda nějaký porady, supervize a v takovém rozsahu, který ti vyhovuje nebo máš pocit, že je to větší část práce? Umím si představit, že je to tak půl napůl, 50 na 50.

Cítíš se, že jsi tam víc administrativní pracovník? Máš pocit, že jsi tou administrativnou přehlčená, že jsi tam jen proto a pomáháš tak tomu týmu? Nebo můžeš mít prostor na více práce s klientem přímou? Může mít i prostor na tu práci s tím klientem bavíme-li se jenom o té sociální práci.

A můžeš provádět socioterapeutická setkání nebo nějaký další intervence s tím klientem anebo si tam právě jenom ten klíčovej pracovník, kterej ho jako provádí tím procesem, nebo máš čas s ním řešit i jiné věci než ty čistě praktické? Můžu i o jiných věcech, jak jsem říkala, pracujeme s psychoterapeutickými prvky.

### Respondent III

Obecně se to týká toho, jak vnímáš sociálního pracovníka a jak se cítíš v tom týmu. Co je to multidisciplinární péče a CDZ? A co si myslíš, že je podle tebe, podle sociálního pracovníka multidisciplinární péče? Je to péče, která se dělí podle odbornosti. U těch sociálních pracovníků je to víc samozřejmě v jedné odbornosti. Ale tady konkrétně jako v multi týmu, je to hodně o tom, že každý ten sociální pracovník se vybírá podle nějaký svý jakoby odbornosti, kde je dobrej. Takže třeba se to právě rozděluje na ty speciální pedagogy a sociální práci. Obecně u těch sociálních pracovníků se vlastně vyhledává i to, co vlastně může dát jako navíc. Aby se to jako nějak doplnilo, fakt je to vlastně o těch odbornostech, ten multi tým, které se spojují v péči o toho klienta. Takže to vlastně není jenom sociální pracovník v uvozovkách, ale má i nějaký jako přesah do nějakého dalšího oboru? Jo.

Co si myslíš, že je cílem téhle péče? Myslíš jen ty sociální nebo obecně? Ne, myslím obecně, celého týmu. Tak obecně u nás cílem je stabilizovat klienta. Takže to se řeší obecně, potom po zdravotní stránce, abychom zjistili, jestli celkově máme možnost mu nějak ulevit nebo ho vyšetřit pedopsychiatricky, dát mu medikaci, která ho může stabilizovat. Zároveň se to řeší i po té sociální stránce, a to je tak, jak vlastně jako funguje ta rodina, jestli je to stabilizovaná záležitost, nebo je to tam hodně rozsekaný a je potřeba tam vlastně jakoby napomoc, ať nějakým bydlením, nebo nebo nějakou spoluprací s ospodem, když ty rodiče fakt nejsou podpůrný. Obecně to takhle shrnu. Nebo asi nevím, víc mě nenapadá.

A kdo si myslíš, že je klient CDZ? Dítě. Jasně, tady dítě ale obecně když si vezmeš další klienty téhle center v péči o duševní zdraví, tak kdo obecně je ten klient? Za mě je to fakt jakoby to dítě do 18 let u CDZ pro děti. Za mě je fakt klientem to dítě, fakt jako nadstavba tý rodiny. Protože třeba pro mě je hodně důležitý, aby to opravdu třeba příště mohlo být posunutý i tak, že přijde klient sám bez tý rodiny a nemusí mít souhlas i těch rodičů. To si myslím, že je třeba něco, co u nás ještě úplně nefunguje. Je to teda dítě, který je ohrožený nějakou duševní nemocí, který se cítí celkově jako v nepohodě. Myslím si, že by bylo strašně fajn, kdyby to mohlo být víc jako dostupnější dětem, který se třeba potřebují i nějak preventivně jako poradit. Nebo někde jakoby s námi spolupracovat, což prostě nebývá teď možnost.



Jak chápeš roli sociálního pracovníka v tom týmu? Nevím, to je těžká otázka. Přijde mi, že fakt by bylo strašně důležité, aby všichni si byli v nějaký jako rovnosti, odbornosti, zkušenosti jako opravdu na stejných kolejích a aby si byly opravdu jako rovni ve všech těch věcech. Ta role toho sociálního pracovníka by měla být ve stejné instanci, jakou má jakoby zdravotník, jako má další člen toho týmu a fakt by tam mělo být hodně jako doplňovaný, že jsou si všichni tou svou jako odbornou stránkou potřebný pro celkově ten stav toho klienta i pro nějaký jakoby nastavení té další péče. Jakože mi ale role toho pracovníka přijde strašně důležitá třeba, aby jakoby klíčkoval nějaký ten případ konkrétní, ale zároveň aby k tomu říkal nějaký ty svoje stanoviska ohledně té svojí odbornosti. Fakt jako využívat dostatečně ty odbornosti, který tady pracujou. A který ten pracovník má. Nebrat, že je jako sociální a tím to jako hasne.

Myslíš si teda, že ten sociální pracovník je kompetentní k práci v tom CDZ? Stoprocentně.

Vidíš tu roli toho sociálního pracovníka jenom jako toho klíčového, nebo si myslí že by měli mít i jinou roli? Ne, jak říkám teď určitě ne jenom klíčování. Přijde mi právě tohle jako to rozdílný. Jako ten Case management, to klíčování je prostě něco, co ten sociální pracovník prostě by mohl zaštit'ovat. Že prostě to vedení průběhu, ten průběh té rodiny v té službě, ten musí někdo koordinovat. A to mi přijde super, že je to práce toho sociálního pracovníka, ale tam nevyužije tu svoji odbornost. Takže další věc mi přijde využití odbornosti. A to už je jakoby na jiné rovině. Ať už by dělal práci v jiných rodinách, který neklíčuje. Nebo nějak jinak využil tu svoji kompetenci nebo odbornost nebo zkušenost. Prostě je přínosem tím, že může přinášet nějaké svoje nápady, přínosy do celkové té práce o klienty a ani nemusí v subtýmu třeba fungovat jako v té přímé práci, ale může k tomu mít jenom nějaký jako dobrý třeba nápad, když se řeší na poradě klienti. Jo, jakože ho zapojit nejenom v přímé péči, ale i jakoby v těch názorech a v tom jeho pohledu? Jo, to mi právě přijde, že je ten multi tým, že je to právě o těch schůzkách poradách, které vedou k tomu posunutí toho plánu toho klienta. Nebo vyloženě prostě nápady o tom, co se dá dělat jinak. O tom je to prostě jiný, než jakákoliv jiná ta služba.

Jak se cítíš v tom týmu jako sociální pracovník? Cítím se jako součást týmu. Jo? Ano.

Jak jsi spokojená s tím, jak jsou ty role teďka rozvržený v tom týmu? No, myslím si, že je málo klíčových pracovníků na tolik klientů, kolik by mělo být. Takže jako máš pocit, že ty kompetence jsou rozvržený dobře, že každý má svojí kompetenci správně, ale vlastně by bylo potřeba navýšit ten úvazek toho sociálního pracovníka tak, aby se to líp stíhalo? Jo, myslím si že by mělo být více úvazků pro sociálního pracovníka. Přijde mi jako správná i ta koncepce, že nemusí tady být člověk na plný úvazek. V tom CDZ mi to přijde vlastně strašně zdravý, když tady vlastně ta sociální pracovnice je na plný úvazek, tak je prostě vytočená, vyčerpaná. Tak mi přijde skvělý ubrat třeba i tu klíčovou roli a věnovat se třeba víc tý odbornosti, tomu, co můžu jako dát. Protože to je jako i takový zdravý mi přijde. Takže bych třeba jako ocenila, kdyby bylo víc členů sociálních pracovníků, který můžou jako klíčovat a nějak se to jakoby, no nebylo by to prostě na bedrech jenom toho jednoho pracovníka, protože pak je to samozřejmě zavalený administrativu.

A když jsme u těch úvazku, myslíš si, že ještě něco by bylo potřeba v tom týmu takhle změnit, nebo máš pocit že všechno ostatní je jako dostatečně zabezpečený? No není, a myslím si, že i to zdravotní je podhodnocené. Obecně ten tým je prostě podhodnocený na ty nároky, který má. A to není jenom o počtu těch klientů, ale o tý náročnosti těch klientů. Jakože mi přijde, že ty klienti jsou nadmíru náročný a potřebovali by vlastně ještě intenzivnější tu péči. Kterou ale my už neobsáhneme. Třeba klienti, kteří jsou hodně nestabilní, nedochází do školy, nejsou schopni jsem dojet ani sami. Tak ty by potřebovali něco, co je mezi stacionářem a nějakým terénem. Jakože víc ty intenzivní práce jako v terénu, víc sem chodit než jako na hodiny ale třeba na celý dopoledne a na to prostě už není čas ani prostory ani kapacita. Takže jako myslím si, že to CDZ, aby plnilo tu svojí roli tak by muselo mít víc úvazku, a to nemluvím jenom o pedopsychiatrii ale mluvím i třeba o sestřích a sociálních pracovnících, a i různých externistech třeba na terapie. Jasně.

Když máš tu svoji agendu teď stanovenou, máš pocit, že se dá stíhat v tom tvém pracovním úvazku? Musím hodně omezit jakoby tu odbornost. Musela bych být prostě ta kancelářská krysa, která povede fakt jenom jako tu administrativu, ty věci. Bude prostě fakt jako jenom hlídat vlastně ty konkrétní věci u toho klienta u toho klíčování, co je potřeba. A pak už nebude prostor pro tu odbornost, což je prostě ta Alfa a Omega všeho. A to mi přijde škoda.

Cítíš, že máš oporu ve zbytku týmu? Jo.

A můžeš si od nich brát i nějaké odborné znalosti? Můžu, ale nemám na to prostor. Není prostor, kde se ty znalosti předávat. To znamená i víc třeba nějakých sedánek nad konkrétní problematikou. Třeba nad tím, jak přistupuji třeba jakoby k práci s konkrétní diagnózou. To si myslím, že nám jako doposud chybělo. Myslíš teda nějaký intervize? Jo, dejme tomu.

A co supervize, myslíš si, že jsou v potřebném rozsahu nebo tak, jak by jsi ty potřebovala? Vzhledem k tomu, že ten tým je nový, procházel hodně změnami, tak jsou nedostatečné. Měly by být častější, ale to zase samozřejmě bere tu kapacitu časovou. A to sou teda ty týmový supervize. A co individuální? Myslíš si, že by byly potřeba? Individuální nejsou vůbec a já si myslím, že by to byla jako velká potřeba ostatních lidí v týmu, protože je to prostě práce zátěžová a těžká. A myslím si že, že by je každý nějak měl možnost mít.

A myslíš si, že všichni v tom týmu spolupracují dostatečně k tomu, aby ta práce byla propojená tak, jak má být a aby byla dobrá? Nejde to. Teď jako nemyslím, že by to někdo bojkotoval, ale myslím si že se to časově prostě nedá zvládnout v tom počtu těch klientů. Hlavně i nadmíru toho, že je tu hodně mimořádností, mimořádných událostí, mimořádných aktivit, krizových situací s klientama, který protahují čas. Pak už není čas na to, si to předávat. A třeba i korigovat jako krizový plán s více lidma najednou. To si myslím, že by bylo fakt jako potřeba.

Jak jako sociální pracovník pracuješ s klientem? Tak hodně jako Case manager pracuju na vytváření individuálních plánů, revidování plánu, zapojování ostatních odborníků do té péče, mapování být styčnej jakoby člověk pro komunikaci s tou rodinou, získávat zpětnou vazbu na tu službu, na tu péči a na ty služby.

Myslíš si teda všechno to, co jmenuješ, že teď vlastně ten sociální pracovník má hlavně tu administrativní roli? Teď asi nerozumím. No myslím, jestli stíháš i tu přímou péči v takovém rozsahu, aby si využila i tu svoji odbornost anebo jestli si hlavně v té administrativní části, aby všechno bylo v pořádku? No, to, co jsem popisovala, tak bylo hodně ta administrativní práce, vlastně teďka v tom smyslu, že na těch schůzkách takhle pracuju. Já potom jakoby na ty schůzky беру ještě tu svoji odbornost, ale vlastně by ta schůzka měla být

udělaná ještě zvlášť na tu odbornost. Nebo by to mělo být ještě jinak koncipovaný. Ale to nejde samozřejmě stihnout, dělat jako schůzky navíc, což by ten klient potřeboval.

Ještě mě zajímá, jestli si myslíš, že ten sociální pracovník by měl dělat i nějaký socioterapeutický intervence s tím klientem, a co to podle tebe znamená? určitě měl, nevím, v jakým konceptu je branej jako obecně, jako že vlastně socioterapeutické intervence jsou hodně o tom jakoby zmapovat ty prožitky, jaký má obavy, jaký má potíže, což je vlastně i součástí toho terapeutického plánu, toho individuálního plánování. Ale tam se to samozřejmě nevejde. Takže je to spíš jako naplňování toho plánu, což my si tady už jako různorodě rozvrhujem, takže pak v tom kontextu je to vlastně braný v té odbornosti, že to socioterapeutický fungování teda vlastně už spíš dělám u těch klientů, který jako neklíčuju. Což vlastně nevím, jestli je dobře nebo špatně. Takže ano, určitě by je dělat jako měl. Přijde mi, že je fajn, když to má vlastně ještě jakoby odněkud jinud, tu odbornost. Že vlastně jako socioterapeutická intervence není úplně tak, že si to odneseš jako ze školy. Ač to vlastně jakoby je, že je to jako nějak napsané, že jsou to tyhle věci, který jakoby ten pracovník vlastně naučený by měl mít, tak je to hodně o tom si to prostě vyzkoušet někde ještě jinde. protože mi nepříjde že tady je pole na to si to zkoušet. Takže mi spíš přijde, že by to měl mít někde od jinud, minimálně aspoň krizovku. Takže máš pocit, že prostě ta škola nestačí, ten člověk by mě měl mít ještě nějaký výcvik nebo prostě nějaký kurz bokem. No, nemyslím si, že úplně výcvik, třeba aspoň nějaký kurz, aspoň krizovku. Ale tady jsou ty klienti tak náročný, že si nemyslím, že je prostor na to, to tady zkoušet.

#### Respondent IV

Co je podle tebe CDZ? Co si myslíš, že to je? Myslím si, že je to nějaká záchytná stanice pro děti, co potřebují nějakou intenzivní péči a nějak stabilizovat a co nejdřív. No prostě potřebují nějakou jako rychlou péči a pomoc, no asi takhle. A ty pracuješ teda v dětském CDZ, takže budeme mluvit teda o dětech. Ano.

Co je podle tebe cílem tohoto CDZ? Podle mě je to stabilizace klienta a potom ho tak nějak jako nasměrovat na nějakou dlouhodobou péči. A aby si možná to nějak jako zkusil, tu spolupráci s těma odborníkama a nějak jako vlastně si řekl, co vlastně potřebuje pro nějakou jako další jeho dlouhodobou péči.

Na jakém principu si myslíš, že to CDZ funguje? Potřebovala bych asi dovysvětlit otázku. Co tím myslíš? No jako co je ten základní princip té péče, proč je to jiné než ta jiná péče, která je jinde dostupná? No určitě ta multidisciplinarita toho, že vlastně tady má možnost si vlastně zkusit více věcí a že vlastně nějakým způsobem se mu snažíme dávat tu péči dle jeho nějakých individuálních potřeb. Že je to fakt jako na míru toho klienta, že každý potřebuje něco jiného, v jiném rozsahu. Takže jako máme tu možnost mu tu péče doladit zrovna tak, jak potřebuje ten konkrétní klient.

A kdo je teda klientem toho CDZ nebo tý multidisciplinární péče? Takže u nás je to teda dítě. To dítě musí mít nějakou zkušenost s duševním onemocněním, v jakémkoliv rozsahu. Může to být fakt dítě, který má nějaký velký problémy a potřebuje nějakou okamžitou stabilizaci, ale klidně to může být i dítě, které třeba nemá takové velké problémy, jenom se to třeba projevuje ve více oblastech.

Tak teď přejdeme trošku do tvých pocitů. Co role sociálního pracovníka, máš pocit že ta role toho sociálního pracovníka tady v tom týmu je dobře, dostatečně ukotvená? No já si myslím, že ne. Myslím si, že je to ještě fakt na dlouhou práci, než se to nějakým způsobem ukotví, protože to ještě vlastně nemá žádnou pořádnou, stabilní, metodickou ani legislativní nějaký základ čehokoliv, kde se to vlastně může odrazit, že ještě vlastně není jako nějaká dlouhodobá zkušenost s tímhle tím. Takže se s tím vlastně ještě pracuje a zkouší, co funguje a co nefunguje.

A jak teda teď chápeš tu svoji roli roli toho sociálního pracovníka v tom týmu? Teď to chápu tak, hodně je tady toho, že vlastně sociální pracovník je klíčový pracovník, takže se mi to hodně splývá, to klíčování s tím vlastně sociálním pracovníkem. Mám vlastně takový pocit, že u mě konkrétně nebo u nás, že je to ještě nějakým způsobem v tvoření. Že to ještě se jako nějakým způsobem ladí, ale že vlastně se tam vytrácí čas na nějakou tu přímou péči, ale že je tam hodně těch administrativních věcí. Je tam hodně toho vedení vlastně celého toho procesu té péče, hodně mi to splývá prostě v roli klíčového pracovníka.

Máš pocit, že si jako sociální pracovník dostatečně kompetentní k tomu, co se po tobě v tom týmu chce? Já si myslím, že určitě. A že když se necítím kompetentní, tak vím že tady je někdo jiný, na koho se můžu obrátit a kdo mi s tím může třeba pomoci.

Možná si to už zmiňovala, ale máš teda pocit, že teď ten sociální pracovník je čistě klíčový pracovník? Jo.

A jak se cítíš jako sociální pracovník v tom týmu? No, hodně se tady bojuje v tom týmu, co se týče sociální a zdravotní sféry. Hodně věcí se neví, kdo má vlastně větší pravomoci, jestli jako sociální pracovník nebo zdravotní. Hodně se to bije tyhle ty dvě složky. Hodně se to bije v tom, co vlastně dělá sociální pracovník a v tom, co nemůže dělat. Takže teď momentálně se cítím tak, že se to vlastně ještě nějakým způsobem tvoří. A že doufám, že se to utvoří nějakým způsobem, aby sociální pracovník mohl dělat více věcí a měl více kompetencí a volnou ruku v tom dělat jakoby věci, co chce a co umí dobře a co by se třeba tady jako hodilo.

Na to asi navazuje hned další otázka. Takže jsi spokojená s tím tak, jak je to teď rozvržený teda a jak jsou ty kompetence všech těch odborností v tom týmu? Jako asi jo, ale ještě je tam jako hodně otázek. Ještě to není podle mě úplně utvořené. Jak už tady opakuji, že není to prostě ještě pořád podle mě nastavené správně tak, jak by to mělo být a vlastně se hodně dohadujeme. Dohodneme se hodně i o ostatních rolích, ne jenom o sociálním pracovníkovi, ale i vlastně o tom, co má dělat sociální pracovník, jak to má vlastně vypadat, ještě se to nějakým způsobem jakoby tvoří všude. Takže bys možná chtěla, aby ty role byly trochu víc volný a ten člověk mohl dělat to, v čem se cítí kompetentní a to, co umí? A aby to nebylo omezený třeba u toho sociálního pracovníka zrovna jenom na to klíčování? Jo, přesně tak,

jak říkáš. Hodně to klíčování je práce sama o sobě hodně náročná, protože se tam musí hlídat termíny, musí se tam hlídat, jestli ta péče běží. Musí se tam přidávat různé termíny, hlídat doktorku. A pak když klíčujeme hodně klientů, co se musí klíčovat, aby to nějakým způsobem fungovalo, tak už potom nezbývá prostor pro tu nějakou vlastní iniciativu, pro tu kreativní práci. Hodně se to potom i řeší, jestli to vlastně sociální pracovník vůbec může dělat nebo ne. A pokud může, tak za jakých podmínek. A vlastně už potom jakoby není kapacita dělat dobře třeba to klíčování.

Mluvíš teďka o kapacitě, máš pocit že, to jak je to teď nastavený, je adekvátní k tomu tvému pracovnímu úvazku? Nemáš pocit, že to jako nestíháš, nemáš pocit tlaku? Já si myslím, že se to stíhat dá, ale nedá se to stíhat, pokud by ten sociální pracovník měl dělat ještě něco svého. Pokud by se tedy rovnalo klíčový pracovník sociální pracovník, tak by se to stíhat dalo, ale ten pracovník by nedělal nic jiného než jenom tu klíčovou práci. Staral by se o smlouvy, dělal by plány, hlídal věci a tak. Ale pokud jakoby, což jako bych si přála, aby ten sociální pracovník měl jako prostor prostě i pro svoje klienty, pro svoji práci, pro svoje konzultace, tak se to stíhat nedá.

Mluvila jsi o těch kompetencích a možná už si to zmínila, když něco potřebuješ tak máš pocit, že máš oporu ve zbytku toho týmu? No, já si myslím, že jo. Že náš tým je dobře sestavený teď. Je tady pokaždé někdo, kdo teda zná věci, a na koho se vlastně můžu obrátit.

Takže od nich můžeš získat i dovednosti a znalosti, které ses třeba ve škole neučila? Jo, jasně.

A co supervize? Myslíš si, že jsou dostatečně tak, jak je potřebuješ? Může se jednat o individuální i o ty skupinový? Já si myslím, že teďka mám pocit, že už jsme dlouho neměli supervizi. Už mi to přijde, že je to strašně dávno, co jsme měli poslední supervizi. A myslím si, že právě by těch supervizí mělo být víc, když se to teď ještě tvoří a tak. Ale zase na druhou stranu se ví, že když bude více supervizi, tak nebude čas na přímou práci a na administrativu, takže to je takové oboustranné. A chtěla bys třeba individuální supervize? Jo, já si myslím že by to bylo fajn, že by to určitě využívalo víc lidí u nás v týmu.

Myslíš si, že všichni ty odborníci v tom týmu dostatečně všechno propojují tak, aby ta péče mohla být dostatečně komplexní a dobrá pro toho klienta? Já si myslím, že se to někdy nedaří. Že se to nedaří, protože se to nestíhá všechno hlídat. Jakože těch klientů je moc a pak se nestačí všechno prokomunikovat? Jo, přesně tak. Jako na tu kapacitu se to prostě nestíhá, to by se pak jako nedělala ta práce s tím klientem, ta přímá práce. Takže vlastně se někdy jakoby stane, že vypadnou termíny, že dlouho něco běží, že se něco nestíhá, protože se někdo zrovna soustředit třeba na nějakou jinou práci, nebo na nějakého akutnějšího klienta. Ne vždycky to prostě tak jde.

Myslíš si, že by tomu týmu pomohlo, kdyby nějaká odbornost měla nějak jinak poměr v tom týmu než oproti tomu, jak ho má teď? Teď tomu moc nerozumím. Myslíš si, že to je ty úvazky tak, jak jsou teď rozvržený, že třeba psychiatr má půl úvazek, že je to správně nastavený, anebo máš ty z té zkušenosti z té praxe pocit, že by bylo lepší, kdyby třeba ten psychiatr měl vyšší nebo nižší úvazek nebo kdokoliv jinej v tom týmu? Určitě by tam bylo potřeba víc lidí, mnohem víc lidí a asi ve všech těch odbornostech a oblastech. Nejvíc teda jako určitě toho psychiatra bychom tady určitě potřebovali víc. I vlastně třeba klinického psychologa určitě. Taky si myslím, že by měly být dva vedoucí. Jeden by měl být za zdravotní část a jeden za sociální část. A tihle dva by se pak měli domluvit, aby prostě jedna z těch složek se necítila blbě nebo třeba, že ten vedoucí tomu úplně nerozumí nebo tak něco. Takže to si myslím, že by taky pomohlo. No určitě by se tady hodil administrativní pracovník navíc třeba. Ten by měl na starosti jenom třeba ambulantní telefon, hlídal ty věci, ty smlouvy a tak. A ty sociální pracovníci by měli třeba více času a prostoru na tu svoji práci.

Jak pracuješ těmi klienty jako sociální pracovník? Tak primárně tam teďka, protože u nás sociální pracovníci jsou klíčoví pracovníci, u nás to není že třeba zdravotní tým taky klíčuje, takže na ty sociální spadá hlavně to klíčování, a potom nemají čas sociální pracovníci na své individuální konzultace. Ikdyž pokud sociální pracovník má jako plnou kapacitu, tak už mu to trošku jako vypadává tyhlety individuální konzultace. Jinak s nima dělá různé jako věci, co třeba jako umí, třeba arteterapii nebo dramaterapii nebo speciální pedagogiku a tak.

A jaký konkrétní úkony provádíš v tom týmu obecně, ne jenom s klientem, ale jako obecně, co všechno musíš dělat, čeho všeho se musíš účastnit? No jsou tedy porady, normální, nebo



normální. Každý týden máme poradu, máme provozní a potom klientskou. Potom jsou tady nějaká metodická setkávání. Potom tady máme setkávání týmové napříč organizací. Potom supervize. A to jsou asi tyhle ty věci navíc, co si myslím.

Máš pocit, že ten sociální pracovník, tak jak je to teď je hlavně administrátor? Jo, určitě. Pokud je nějaká chyba třeba v papírech, tak to jde určitě za sociálním pracovníkem.

Jaké další intervence můžeš jako sociální pracovník v tom týmu provádět? Nemyslím teď tu arteterapii nebo dramaterapii, protože na to má člověk speciální vzdělání, ale co můžeš dělat i bez toho dalšího, návazného, odborného vzdělání? No tak může třeba... Ten sociální pracovník má velké kompetence ve více oblastech, takže pokud se třeba fakt více zaměřuje na nějakou cestu více do terapii, v praxi může jet tohle tou cestou, potom je tam třeba podpora, co se týče financí, podpora nějaká jako sociální, potom třeba pomoci najít nějakou jako další péči, potom, co se skončí u nás, takže vlastně hledat i nějakou návaznou péči, a tak asi.

Socioterapeutické setkání s klientem máš pocit, že ten sociální pracovník, kdyby měl jenom sociální práci vystudovanou, takže v tom týmu může provádět nebo ne? No, já si myslím, že to jakoby záleží, jestli tam má třeba ještě jako nějaký jako kurz něčeho nebo tak. A záleží jakoby, co by tam jako chtěl dělat a popřípadě jako s kým a tak. Takže by spíš záleželo na těch okolnostech a dovednostech toho konkrétního pracovníka? Jo přesně tak.

Tak to je všechno. Děkuju.

Respondent V

Co je podle tebe multidisciplinární péče z pohledu sociálního pracovníka? Komplexní péče  
Jako obecně? Ano, z tvého úhlu pohledu sociálního pracovníka. Je to komplexní péče, která je zajištěna z víc oblastí a víc myslí na tu celistvost. Vlastně má na toho člověka celostní pohled. Takhle asi za mě.

Na jakém principu si myslíš že tam multidisciplinární péče nebo centra duševního zdraví fungují? Jako historicky? Ne, jako obecně, v čem se odlišují od té jiné péče, která je dostupná? Tak určitě na principu propojení různých odborností, různých přístupů a různých technik vlastně do toho, do té odbornosti.

A co si myslíš že je tím cílem toho všeho, co jsi popsala? No podpořit toho člověka z co nejvíc pohledu.

A kdo je ten klient ten člověk, o kterém mluvíš? Člověk, dítě, klient, někdo, kdo je ohrožen duševním onemocněním. A musí teda mít zkušenost s duševním onemocněním anebo je jenom ohrožený? No může být jenom ohrožený si myslím.

Jak chápeš roli sociálního pracovníka v tom týmu? Máš pocit, že to je dobře zakotvený? No, jak vnímám já, je asi trochu něco jiného než možná realita. Ale já vnímám roli sociálního pracovníka na stejné úrovni všech dalších odborníků. Člověka, který umí využít i jiné techniky, jiné pohledy a má jiné znalosti než kdekdo jiných odborností. A je teda tím pádem na úplně stejné úrovni. A v tom ohledu ale dost administrativní pracovník. Teď jsem se trochu zamotala. Tak zpátky. vnímám ho prostě jako člověka, který je na stejné úrovni jako ten zbytek týmu. Minimálně jako v rámci těch znalostí. Není to podle mě tak vnímané v realitě. Ale myslím si, že by to tak mělo být, a tak to vnímám já. No a myslím si, že k tomu jakoby ta administrativní stránka patří, která zabírá hodně, ale že vlastně díky tomu, jakej ten sociální pracovník je, tak dokáže dobře nahlídnout na toho člověka, že to jako umí. Jako nahlídnout na toho člověka správně a nějak jako mu pomoci to nějak dobře zmapovat, si myslím. Prostě tu celistvost, protože k tomu je prostě ten sociální pracovník učenej ve škole, jako vnímat toho člověka po té bio-psycho-sociální a spirituální stránce.

A jak chápeš ty tu svoji roli v tom týmu? Máš pocit, že je tam jako zakotvená? Ne, já říkám že takhle to jako chápu. A neříkám že takhle jako je ve skutečnosti. Myslím si, že to takhle dostatečně vnímaný ještě pořád není. Dobře, děkuju.

Cítíš se dostatečně kompetentní v tom týmu pro všechnu práci, která je vyžadovaná? Jo. Dobře, i při té přímé práci s tím klientem? Jo.

Vnímáš tu svoji roli teďka tak, jak to je, hlavně jako klíčového pracovníka nebo máš kapacitu i na něco jiného? Já jí vnímám jako role klíčového pracovníka/sociálního pracovníka. Takže klíčový pracovník = sociální pracovník? Ne lomeno. A co to znamená? No já vnímám, že si to umím jako dobře rozdělit, že jako klíčákovi patří nějaké věci, ale vlastně nevím, je to hodně propojený. To je možná to, kam teď narážíme v týmu. Myslím si, že se sociální pracovník prostě pracuje tak, jak pracuje ten klíčový pracovník. Akorát to klíčování má hodně věcí, které jsou administrativně jako zatěžující. Ale myslím si, že obecně ta práce, kterou ten klíčák dělá, je práce sociálního pracovníka v tom smyslu, jak s tím klientem zachází. Jak mapuje, jak se zajímá, jak se s ním setkává. Takže mi to takhle jako smysl dává. Máš teda pocit, že ten klíčový pracovník vlastně tou charakteristikou pracuje principem sociální práce, ale to že k tomu má tu administrativu je jako druhá věc? No myslím si, že ty administrativy má hodně, ale že i ta k tomu jako patří. Jenom bych se bavila spíš o kapacitě než o tom obsahu.

Jak se cítíš jako sociální pracovník v tom týmu? jako u mě je to ještě trochu jinak v tom smyslu, že jsem vedoucí a zároveň sociální pracovník v přímé práci. Ale to nevadí, můžeš říct, jak se cítíš. No mám v tom dvě role. Já osobně tím, že jsem si jistá v tom, že dělám tu práci, kterou můžu dělat, tak se cítím jistě a myslím si, že to místo tady mám. Ale myslím si, že dlouhodobě to není vnímaný ostatními odbornostmi jako dost adekvátní, kolegiální součást týmu. Nevím, jak to líp říct. Že to není podle mě brané jako úplně všemi lidmi na různých těch úrovních. Těžko se mi vyjadřuje dneska. Já osobně se cítím jakoby dobře a myslím si, že je to správně. Cítíš se teda rovnocenně s těmi ostatními a tyto tak nevnímáš? (pozn. nevnímá sociálního pracovníka nerovného ostatním) Ano, přesně tak.

A jsi teda spokojená s tím, jak jsou ty role teďka rozdělení rozložený? Jo to asi jo.

A máš pocit že to, co musíš stíhat se vejde do tvé pracovní doby? Ne. Můžeš to nějak víc rozvést prosím. Ne, rozhodně ne. A myslím si, že tam se přesně naráží na tu kapacitu klientů, která prostě je nastavená dost blbě. A myslím si, že to nejde stíhat. Že to jako dělá ta kapacita. Jinak si nemyslím, že bysme dělali práci, která nám nepatří, nebo by nás zbytečně zatěžovala, ale myslím si, že je to dost vygradovaný i stresem z té kapacity, kterou se člověk mnohem víc zatěžuje a zatěžuje se s tím, jak to všechno zvládnout. Jako že by to bylo líp zvládnutelné s tou menší kapacitou.

No a máš pocit, že v tom zbytku týmu máš oporu? Když třeba něco potřebuješ nebo se něco stane? Jo, to mi přijde dost výhodný, a naopak toho dost využívám, že jakoby jsme dost, to je přesně to, kde narážím na některý role, který si myslí něco jiného. Prostě si myslím, že jsem dost kompetentní na to, abych se zmapovala i zdravotní stav po nějaké stránce. A nemyslím si, že to jakoby, nevím, čím to je, ale prostě si přijdu kompetentní možná i tím že mám kurz zdravotníka a nějak to dělám, toho zdravotníka. A přijdu si kompetentní, že to jako zvládnou okrizovat toho člověka. Přijdu si prostě kompetentně dělat různé věci i ty, které dělají zdravotní sestry, ale zároveň se cítím tak, že můžu toho člověka využít a nemusím se tím zatěžovat a můžu dělat něco jiného. Třeba tu administrativu. Anebo že mám jako jistotu, že to udělá někdo, kdo má mnohem víc zkušeností a že mu to dochází ještě dál. Že jako bych to zvládla i já, ale myslím si, že je tam ještě něco, co můžu využít navíc od těch ostatních lidí v týmu. A pak je to teda i o té kapacitě, že když jí nemáš tak potřebuješ, aby to udělal někdo jiný i když ty sama to umíš? Jo.

Můžeš teda od těch ostatních získávat i nějaké odborné znalosti?

A co supervize, myslíš si, že jsou v takovém rozsahu, v jakém bys je potřebovala? I ty individuální i ty skupinové? No týmová supervize nebo teda ta skupinová, mám je ráda a jsem zvyklá, že jsem jednou za šest týdnů. A to nám teď úplně nevycházelo a to myslím, že dělá své na odvětrání. Teď ale musím říct, že pro mě v téhle roli toho vedoucího není ta supervize snadná. Takže mi to vlastně teď nechybí. Ale vnímám, že by byla potřebná. Jo a ty máš teda individuální, svojí? Jo, ale teď jsem mluvila o té týmový. Jo, to chápu ale máš zároveň i svojí individuální? Já mám svojí manažerskou, tu maj jenom vedoucí pracovníci hrazenou zaměstnavatelem. A tam můžeš řešit to, co potřebuješ? Jo Jojojojo. A ta je

dostatečně intenzivní? Jo, jak si jí udělám. Takže si ji můžeš naplánovat, jak potřebuješ? Ano.

Myslíš si, že všichni v tom týmu spolupracují a propojují schopnosti a tu komunikaci tak, že ta péče ve výsledku je dobrá pro toho klienta? Nemyslím si, že to dělají všichni. Ale myslím si, že to tak namyšlený je. A myslím si, že tam narážíme prostě na osobnostní rysy a možná přesně to rozdělování rolí.

Myslíš si, že by bylo potřeba nějak upravit ten poměr různých těch odborností v tom týmu oproti tomu, jak je to teď? No, ty jo. Když budu brát teď výhled leden, kdy tady bude další psycholog a bude tady další psychiatr. Pak si myslím, že psychologicky a psychiatricky, pedopsychiatricky to máme zajištěný dobře. Což znamená teda celý úvazek nebo jak to bude? No celý klinického psychologa a k tomu jeden celý úvazek psychologa což jsou vlastně dva úvazky psychologa. A psychiatra, který bude tady vlastně podle formality na 0,7, si myslím ale reálně určitě 0,5 a to si myslím, že je dostačující na to službu, aby tady byl nějaký člověk, který bude oporou. Ale zdravotní sestry, si myslím, že až naplníme ten chybějící půl úvazek, tak to bude taky adekvátní. Ale upřímně si myslím, že ta sociální práce potřebuje ještě jednoho člověka. Což je věc, která se nevyřeší. Ale tam si myslím, že by ještě měl být někdo ideálně s nějakým přesahem. Myslím si že s nějakým rodině terapeutickým nebo klidně nějakým jako jiným výcvikem.

A když se navýší odbornost, tak se vlastně bude navyšovat i ta kapacita, takže se bude vlastně navyšovat i ta kapacita a půjde to stejnou měrou. A jak bys to navýšila poměrově? No na to kapacitu, jaká je teď, tak bych potřebovala, aby tu byl ještě navíc úvazek sociálního pracovníka, si umím představit. Jo, jasně, děkuju.

Jak pracuješ jako sociální pracovník s klientem? Jako techniky? No jako celkově, jak se s nim scházíš, za jakým jako cílem? A co je vlastně ta tvoje kompetence, v jakých těch pracích se pohybuješ, prostě jak to děláš? No tak záleží, na jaké fázi péče to stojí. První fáze péče zjišťuju anamnézu, mapuju situaci a dělám individuální plán. Ve chvíli, kdy je individuální plán, tak pak už pracuji na základě toho individuálního plánu. A podle toho, s čím teda ten klient přijde. No a pracuji jakoby na tom, s čím přichází to dítě. Takže vlastně nějak s prvky krizovky, ale současně úplně ne krizově.. Vlastně nevím, jak popsat ty techniky.

Podle mě je to prostě sociální práce. Jdu vlastně hodně po obalu, nešťourám se v něčem úplně vnitřně. A spíš hodně mapuji a pomáhám hledat nějaký strategie a techniky nějakých věcí. Jo, takže jdeš prostě po těch praktických věcech a nejdeš do hloubky, do terapie? Ano. A myslíš si, že je to socioterapie? Jo, to si myslím.

Vnímáš sebe teď jako že bys dělala jenom administrativu? Ne, nevnímám. Ale myslím si že tu administrativu zanedbávám. Nebo respektive protože mám úvazek jinde, na to vedení, tak tak tam.

Možná jsem se tě už ptala, ale myslíš si, že jako sociální pracovník děláš i tady v tom týmu teď socioterapie s těmi klienty? Jo, to si myslím.

To je všechno. Děkuju.

## Informovaný souhlas s užitím výtvarného díla

Vážení rodiče, zákonní zástupci,

Jmenuji se Jitka Kavková jsem studentkou magisterského oboru sociální práce na Univerzitě Karlově a zároveň pracovnice Centra duševního zdraví pro děti, kde se setkávám s Vaším dítětem. V rámci své diplomové práce uskutečňuji výzkumné šetření, jehož cílem je ukázat vnímání klientů služeb dětského CDZ personálu CDZ. Výzkumné šetření probíhá formou výtvarného díla, kde dítě znázorní své vidění na papír, který bude přiložen k práci. Vše bude přiloženo zcela anonymně, tento souhlas bude v neveřejné části této práce.

V případě Vašeho souhlasu předejte, prosím, vyplněný souhlas mne nebo dítěti před dalším společným setkáním, případně jej stačí zaslat zpět na e-mailovou adresu [jitkakavkova@dumtriprani.cz](mailto:jitkakavkova@dumtriprani.cz)

Předem děkuji za ochotu při pomoci v tomto výzkumném šetření.

Bc. et Bc. Jitka Kavková

(vybrané prosím zakroužkujte)

Souhlasím - nesouhlasím                      s anonymním přiložením výtvarného díla mého dítěte

Podpis rodiče/zákonného zástupce:.....

### **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů**

#### Informace o výzkumu:

Výzkum je prováděn se sociálními pracovníky s pracovní zkušeností z multidisciplinárních týmů v péči o duševní zdraví. Údaje budou sesbírány pomocí rozhovorů a výtvarného díla, které budou následně zpracovány a anonymně přiloženy k diplomové práci.

#### Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

#### Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Husitské teologické fakulty.
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis: