

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií



Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. David Novák, DiS.

**Vliv mezioborové spolupráce na deinstitucionalizaci
zdravotně-sociálních služeb
a destigmatizaci osob s duševním onemocněním ve vybraném kraji**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Mertl, Ph.D.

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 28. června 2024

David Novák

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval své nejbližší rodině, zejména partnerce i svým synům Jonášovi a Štěpánovi, za jejich toleranci mých nálad, únavy, i mé nepřítomnosti a také za podřizování se studijním povinnostem na úkor rodinného blaha. Velký dík patří rovněž vedoucímu Mgr. Jiřímu Mertlovi, Ph.D. za jeho ochotu, vstřícnost, odborné rady, cenné připomínky, které mi v průběhu psaní textu věnoval.

V neposlední řadě děkuji inspirativním vyučujícím, studentům a oborovým kolegům, kteří mne během doby studia i stáží obklopovali, profesně obohacovali, v obtížných chvílích povzbuzovali a byli součástí akademického prostředí, které mi výrazně pomohlo růst odborně i lidsky, čímž významnou měrou přispěli k neopakovatelnosti studia, na kterou budu s potěšením vzpomínat.

ABSTRAKT

Má diplomová práce bude orientována do problematiky okolo psychiatrické reformy, sociální rehabilitace, sociálního poradenství, komunitního ošetrovatelství a multidisciplinárneho prístupu při zachování kontinuity péče o cílovou skupinou jedinců s duševním onemocněním. Pro zefektivnění systému a plynulost meziorganizační spolupráce budu pomyslně vycházet z pozice koordinátora mezioborové spolupráce, jakožto influencera mezioborové součinnosti od individualizovaných přístupů v rámci komunitní péče a služeb Center Duševního Zdraví; po negativní důsledky diskriminace i stigmatizace jedinců s psychiatrickou zátěží v podobě nerovných příležitostí na poli sociálním, pracovním a zdravotním. Teoretická část práce vychází z propojení tezí, etických aspektů, výsledků výzkumů, doporučených postupů, selektovaných odbornou literaturou.

Praktická část demonstruje výsledky empirického výzkumného šetření, s užitím strukturující kvalitativní obsahové analýzy, umožňující vhléd do obsahu analyzovaných dat se záměrem porozumění významům, které zprostředkovávají. Zájem spočíval zejména v uchopení a pojetí mezioborové součinnosti i dopadu na systém sociální práce, zasazené do prostředí následné psychiatrické péče. Pro účinnou transformaci péče o duševní zdraví, rozšiřování, podporu a zkvalitňování zdravotně sociálních služeb, byla definována některá témata pro oblast rozvoje.

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, schizofrenie, psychotická porucha, Centrum duševního zdraví, sociální práce, komunitní práce, komunitní ošetrovatelství, multidisciplinarita, destigmatizace, mezioborová koordinace, transformace a reforma psychiatrie, kvalitativní výzkumné šetření,

ABSTRACT

My thesis concerns on issues focused on psychiatric, reform, social rehabilitation, social counseling, community nursing, and a multidisciplinary approach while maintaining continuity of care for the targeted group of individuals with mental illness.

In order to streamline the system's efficiency and to keep the continuity of interdisciplinary collaboration, there will be imaginatively preposed position of a coordinator of interdisciplinary collaboration, as a possible influencer of interdisciplinary collaboration from individualized community care based approaches, same as services of Mental Health Centers; to the negative consequences of discrimination and stigmatization of individuals with psychiatric burdens, ranging from unequal opportunities in the social, employment and health related aspects.

Theoretical part of the thesis is based on a combination of theses, ethical aspects, research results, recommended practices selected from the literature.

The practical part demonstrates the results of empirical research investigation, using a structuring qualitative content analysis, allowing insight to the content of the data analysed with the intention to understand it's conveying meanings.

Furthermore the interest lays in grasping and conceptualization of synergy, along the interdisciplinary approach, same as an impact on the social work and rendered psychiatric care in various outpatient settings.

Some themes for development and scope of practice have been defined in order to succeed the effective transformation of mental health care, with expansion of support and improving effort of social-health services and wellbeing of the clients.

Keywords

Mental illness, schizophrenia, psychotic disorder, Mental Health Center, social work, community work, community nursing, multidisciplinary, destigmatization, interdisciplinary coordination, transformation and reform of psychiatry, qualitative research investigation, Intepresonal collaboration

SEZNAM VYBRANÝCH ZKRATEK

AI	Umělá inteligence
CDZ	Centrum duševního zdraví
DON	Duševní onemocnění
DS	Domov seniorů
DZR	Domov se zvláštním režimem
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
KMS	Koordinátor mezioborové spolupráce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NO	Nezisková organizace
PDZ	Péče o duševní zdraví
PNEM	Psychiatrická nemocnice
PL	Praktický lékař

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval/a samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal/a, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 28.června 2024

.....

(podpis)

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	15
2 PŘÍTOMNOST DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ VE SPOLEČNOSTI.....	15
2.1 PROČ REFORMOVAT?	15
2.2 PRŮBĚH PSYCHIATRICKÉ REFORMY V ČÍSLECH.....	19
3 PÉČE O PSYCHOSOCIÁLNÍ BLAHO	21
3.1 KOORDINACE ROZVOJE SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	22
3.2 REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	24
3.3 KLÍČOVÉ DOKUMENTY STRATEGIE PSYCHIATRICKÉ REFORMY	25
3.4 DEINSTITUCIONALIZACE	27
3.5 STIGMATIZACE A SEBESTIGMACE PSYCHICKÝCH PORUCH	29
3.5.1 PEER KONZULTANT – POHLED Z DRUHÉ STRANY	31
4 RECOVERY PŘÍSTUP.....	37
4.1 ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V CDZ.....	38
4.2 PCA PŘÍSTUPY A CASE MANAGEMENT	42
4.3 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE	45
4.3.1 KOORDINÁTOR MEZIOBOROVÉ SPOLUPRÁCE.....	50
4.3.2 KOMPETENCE PŘI VEDENÍ MEZIOBOROVÉ SPOLUPRÁCE.....	51
4.3.3 RIZIKA PRÁCE KOORDINÁTORA	53
4.3.4 PRAKTICKÉ A ORGANIZAČNÍ ZÁLEŽITOSTI – DOPORUČENÍ PRO ÚSPĚŠNÉ SÍŤOVÁNÍ	55
EMPIRICKÁ ČÁST.....	57
5 STANOVENÍ CÍLE VÝZKUMU.....	57
5.1 HLAVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY:.....	58
5.2 POZICIONALITA VÝZKUMNÍKA	59
5.3 METODOLOGIE A ETIKA VÝZKUMU	59
5.4 METODA VYTVÁŘENÍ A ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	61
5.5 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACÍ PARTICIPUJÍCÍCH NA VÝZKUMNÉM ŠETŘENÍ.....	62
5.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	63
5.7 SELEKCE INFORMANTŮ.....	64
5.8 VEDENÍ POLOSTRUKTUROVANÝCH ROZHOVORŮ	66

5.9	PROBING	67
6	ANALÝZA VÝZKUMU	68
6.1	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	68
6.1	PRÁCE S DATY - KÓDOVÁNÍ	68
6.2	TÉMATA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	70
6.3	INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝCH PROSTŘEDNICTVÍM ROZHovorŮ	71
6.3.1	OBLAST MANAŽERSKÁ A PERSONÁLNÍ	71
6.3.1.1	Vznik KMS - Povědomí – Očekávání	71
6.3.1.2	Střednědobé pracovní cíle	73
6.3.1.3	Zavedení a nastavování organizačních změn	76
6.3.2	OBLAST PŘIJETÍ DO MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	77
6.3.3	NÁZORY NA TRANSFORMACI – Defínice průběhu reformy	79
6.3.1	INSPIRATIVNÍ PŘÍNOSY DOBRÉ PRAXE	83
6.3.2	STIGMA V OČÍCH VEŘEJNOSTI	85
6.3.3	ROLE PERSONÁLU A DOPAD PSYCHIATRICKÉ REFORMY NA OSTATNÍ SYSTÉMY	87
6.3.4	PROVOZNÍ PŘEKÁŽKY MULTIDISCIPLINARITY	89
6.3.5	ZMĚNY V OČEKÁVÁNÍCH KOORDINÁTORA	92
6.3.5.1	Střednědobé pracovní cíle II.	92
6.4	SHRNUTÍ ROZHovorŮ S ÚČASTNÍKY VÝZKUMU	94
6.5	ETNOGRAFICKÝ VÝZKUM	97
6.5.1	INTERPRETACE ZJIŠTĚNÍ Z TERENNÍHO VÝZKUMU	98
7	DISKUSE	103
8	ZÁVĚR	107
8.1	LIMITY VE VÝZKUMU	111
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	112
	SEZNAM OBRÁZKŮ	119
	SEZNAM PŘÍLOH	120

„Dnešní psychiatr, zdá se, náhle shledal, že prvním krokem směrem k léčbě pacienta je návrat ke svobodě, o kterou ho až doposud sám připravoval a hodnota systému přesáhla hodnotu objektu jeho péče. Redukce nemocnic na fungující princip open doors, bude pomocí externích možností schopna dosáhnout takové psychiatrické služby, jež dokáže uchránit svobodu těch, kteří ji kvůli svojí nemoci ztratili.“

(Franco Basaglia – Ten, kdo zrušil léčebny)

ÚVOD

Postavení duševně nemocného ve společnosti bylo a stále je odrazem určité doby úrovně poznatků a vyspělosti kultury. Na duševně nemocné se pohlíželo jako na posedlé zlým duchem nebo prokleté, podle toho se odvíjely léčebné přístupy v podobě součástí šamanských seancí a náboženských rituálů. Jen prostým vyjádření a zmínkou bych připomněl kruté zacházení v podobě vymítání d'ábla, věznění, surové mučení, bití a upalování v čarodějnických procesech z poloviny 18. století podnícené snahou vymýtit jakékoliv formy samostatného, protidogmatického myšlení. (Ocisková & Praško, 2015)

Duševní onemocnění je nejen společenským, ale samozřejmě také medicínským problémem, na druhou stranu nelze přehlížet jeho další sociálně-ekonomické dopady, a to nejen na přímé náklady v souvislosti s léčbou, ale rovněž výdaji systému sociálního zabezpečení a významný pokles produktu národního hospodářství. (Barták & Dlouhý, 2012) Dobré duševní zdraví souvisí s duševní a psychickou pohodou. WHO se podílí na zlepšení duševního zdraví jedinců a společnosti jako celku, zahrnuje prevenci duševních poruch, podporu duševního blaha, ochranu lidských práv a péči o lidi trpícími duševními poruchami. (World Health Organisation, 2022)

Z historického kontextu mi přijde vhodné srovnání reformy psychiatrie v Itálii uchopením koncepce vedení psychiatrického zařízení Franca Basaglia, který se zasloužil o reformu psychiatrie, poté co se stal v roce 1961 ředitelem malého psychiatrického ústavu v Gorizii, kde poprvé zamítl podepsat seznam pacientů, kteří měli být na noc připoutáni na lůžko. Tento přístup nakonec expandoval do celé kolektivity v Gorizii, a ačkoliv původní tým v roce 1969 zanikl, začaly se tvořit další skupiny ve zbývajících zařízeních v Itálii, které prosazovaly metody, které nebyly ve shodě s praktikami dobové psychiatrie. Basaglia naopak, nabyt přesvědčení, že některé výstřední či znepokojivé chování pacientů vytvářely nebo umocňovaly samotné ústavy. Během 70. let se areál psychiatrické léčebny v Terstu proměnil v experimentální prostor, v němž se konaly umělecké a divadelní projekty, divadelní hry, výstavy, konference, koncerty, četné debaty setkání až po mezinárodní kongresy. Do Terstu proudili studenti, intelektuálové i praktikující medicí. Bylo to obdobím mimořádného kvasu. Rovněž bylo zřízeno komunitní bydlení, nejprve uvnitř samotného nemocničního komplexu, jelikož oddělení byla odemčena a jejich provoz byl zrušen. Zážitek z Terstu zmobilizoval tisíce lidí. Byly navázány vazby s městem i posílení se studentskými aktivisty ze všech koutů Itálie. Začali přicházet mezinárodní dobrovolníci, někteří z místních škol a univerzit, další ze zahraničí, stejně jako psychiatričtí odborníci, v naději, že by jednou mohli pracovat na tomto

místě, ovlivnění basaglianským myšlením. (Foot, 2014) Po ohlédnutí se za původem rozvolňování psychiatrických institucí, směrem ke komunitní péči, se ostatní členské státy WHO vydaly podobným směrem, přičemž i Česká republika zvolila svůj strategický cíl, ve věci dalšího směru v oboru psychiatrie.

Socio-ekonomické faktory i ztráta a omezení v zaměstnání jsou velkým rizikovým determinantem pro rozvoj duševního onemocnění. Člověku s duševním onemocněním hrozí nezaměstnanost. Zhoršení jeho ekonomické situace se obecně negativně podepisuje na zdravotním stavu, pacienti se tak nachází v začarovaném kruhu. Osoby s vážným duševním onemocněním pak čelí sociální exkluzi a vyššímu riziku nuceného spolubydlení či bezdomovectví, jelikož je pro ně mnohem složitější finančně dosáhnout na vlastní nezávislé bydlení a jsou tak nuceni žít se sourozenci, rodiči, přáteli, což je náročné jak pro ně, tak i ostatní rodinné příslušníky. (Kondrátová et al., 2018) Lidé s duševním onemocněním se velmi často nacházejí v nižším socioekonomickém postavení než běžná populace a ve srovnání s ní jsou nejednou vystaveni riziku chudoby. (Wilton, 2004)

Výše popsané události jsou důsledkem komplikovaného uplatnění lidí s vážným duševním onemocněním na pracovním trhu. Míra nezaměstnanosti u jedinců se závažným duševním onemocněním je často daleko vyšší než 80 % oproti běžné populaci. (Kuchař, 2007) Přitom je známo, že stálá pracovní pozice je jedním z klíčových faktorů přispívajících k zotavení člověka s vážným duševním onemocněním a je pro lidi s vážným duševním onemocněním atributem běžného života. (Kondrátová et al., 2018) Lidé s vážným duševním onemocněním se mnohdy vyskytují na „druhořadém“ trhu práce, který je typický nízkými mzdami, vyšší mírou méně kvalifikované práce, jež mnohdy nekoresponduje s pracovními schopnostmi, kterými tito jedinci navzdory onemocnění disponují. (Kondrátová et al., 2018) Náklady duševních onemocnění, které dopadají na jednotlivce, zaměstnavatele i celou společnost jsou enormní. Podle konzervativních odhadů Mezinárodní organizace práce jsou tyto náklady odhadovány na 3–4 % hrubého domácího produktu Evropské unie. Paradoxně většina nákladů souvisejících se špatným duševním zdravím není realizována v samotném systému péče o zdraví. Duševní onemocnění jsou odpovědná za výrazné snížení potenciálního výkonu pracovníků, vyšší míru nezaměstnanosti a vyšší míru pracovní neschopnosti i nižší produktivitu práce. Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s ušlou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady. (Barták & Dlouhý, 2012; Fiala et al., 2013)

Duševní zdraví, respektive jeho poruchy se v posledních dvou desetiletích dostávají do popředí politického zájmu. Příčinou je rychle se zvyšující zátěž, kterou duševní onemocnění i diagnóza duševního onemocnění, omezení svéprávnosti či přiznání invalidního důchodu představují pro klienty PDZ limity pro uplatnění na trhu práce, přičemž a tím i omezení pro formování subjektu skrze praxi, přičemž řada klientů tak dosahuje potřebné ekonomické soběstačnosti, jen díky individualizované státní finanční podpoře, která tlumí negativní dopady omezení, na něž klienti naráží na pracovním trhu. (Carboch, 2020)

Je tedy evidentní, že duševní zdraví představuje z pohledu veřejného zdravotnictví prioritu, jejíž význam bude umocněn prodlužující se délkou dožití a nárůstem psychosociálních stresorů generovaných novými společensko-technickými podmínkami. Tyto faktory s největší pravděpodobností povedou k dalšímu vzestupu výskytu nejen demencí, ale také úzkostných poruch nálady a dalších onemocnění. (Broulíková et al., 2020)

Při zvážení omezení společenských kontaktů, nejistoty v souvislosti s financemi i zaměstnáním, či rozvahy o dlouhodobých dopadech krize na společnost a svět. Přesto u mladých lidí je výskyt příznaků minimálně středně těžké deprese či úzkosti minimálně dvojnásobný než u jiných věkových kategorií. Třebaže jsou mladí nejméně ohroženou skupinou, ve smyslu přímých rizik, dopady na jejich duševní zdraví jsou – nejspíš překvapivě – nejsilnější. (Bartoš et. al., 2020)

Diplomová práce se zabývá tématem mezioborové spolupráce, kterou vnímám jako důležitou součást profesního i společenského života. V oblasti duševního zdraví je mezioborová spolupráce nezbytná pro poskytování efektivní, kvalitní a komplexní péče s významným přispěním na stranu pacientů, v podobě udržitelné duševní pohody a integrace do společnosti. S myšlenkou aplikované multidisciplinarity u cílové skupiny jedinců s duševním onemocněním (DON), pracuje současná podoba transformace psychiatrie, vyžadující koordinovanou spolupráci napříč zdravotními profesionály, mezi zařízeními, institucemi, jejich zástupci, politiky, komunitními organizacemi, klienty samotnými, jejich rodinami, přesahující v plynulou kontinuitu služeb. Cílem všeho snažení je poskytování humánní, efektivní a dostupné péče, respektující důstojnost a práva klientů spadající do této cílové skupiny.

V úvodních kapitolách budou vymezena základní pojmosloví a teoretická východiska, včetně deskripce současného stavu průběhu reformy v podobě deinstitucionalizace. Součástí teoretické části je kapitola související se stigmatizací společnosti, včetně destigmatizačních opatření podporovaných vládními dokumenty a vzniku nové pozice koordinátora mezioborové

spolupráce, mající za cíl mapování aktuálních potřeb i podporu organizací na zdravotně sociálním pomezí. Při volbě tématu jsem měl vzhledem k jeho aktuálnosti jasno. Faktorem, který poměrně negativně kontribuoval do vhladu zmíněné problematiky z pozice zdravotnického pracovníka, je návaznost poskytovaných služeb, včetně absence interdisciplinarity, při neustálém důrazu na zkvalitňování a posilování služeb zdravotně sociální péče. V neposlední řadě mne zajímala názorová pluralita na průběh reformy psychiatrické péče, na kterou navazuje empirická část mé práce, nabízející pestrou škálu pohledů na zmíněnou problematiku a jejich zkušenost s komunitními službami, v rámci provozu center duševního zdraví. Výstup v praktické části byl podpořen kvalitativním výzkumem v podobě obsahové analýzy, i vlastní terénní zkušeností s virtuálním týmem (skupina zaměstnanců CDZ docházející do PN za účelem nabídky spolupráce doporučeným klientům) i důrazem na mapování potřeb klientů, jež bylo zapotřebí saturovat. Záměrem zúčastněného pozorování, bylo zkoumat běžný den zaměstnanců CDZ, smysl terénní práce, aspekty mezioborových přístupů, míru participace a zplnomocnění cílové skupiny.

Pro proaktivnější přístup v otázkách vnímání problematiky absentujících kapacit ambulantních zařízení, specialistů, psychiatrů, komunitních pracovníků, terapeutů, sociálních pracovníků a dalších multioborově provázaných souvislostí, svědčících pro nutnost reformy psychiatrie; mne vedla má profesní zkušenost zdravotnického záchranáře a všeobecné sestry. V prostředí akutní péče a urgentní medicíny obvykle nedochází ke konfrontacím mých zjištění, avšak při dni stráveném v ambulantním provozu, se stále častěji potýkám se smíšenými pocity, svědčící pro výše zmíněné, a to že k léčbě někteří participující klienti někdy „nemají na různých ustláno“ v důsledku přítomnosti neefektivity systému.

TEORETICKÁ ČÁST

2 PŘÍTOMNOST DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ VE SPOLEČNOSTI

Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti. Duševní zdraví není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody. (WHO, 2014)

Výskyt duševních onemocnění v české populaci dosahuje více než 10 % u poruch spojených s užíváním alkoholu, více než 7 % u úzkostných poruch, přibližně 5,5 % u poruch nálady (4 % závažné deprese), téměř 3 % u poruch spojených s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % u psychotických poruch. Další lidé trpí ADHD, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé. Významný výskyt duševních poruch nacházíme v dětské a adolescentní populaci. Celosvětově je souhrnná prevalence duševních poruch 13,4 %, přičemž nejčastěji jsou zastoupeny úzkostné poruchy 6,5 %, ADHD a poruchy chování 5,7 % a depresivní porucha 2,6 %. Existují rizikové subpopulace, kde je výskyt duševní poruch několikanásobně vyšší. Například u potomků rodičů se závažnou duševní poruchou je výskyt psychiatrické poruchy až 70 %. (Winkler et al., 2018; Polanczyk et al., 2015; Rasic et al. 2013)

Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. (Höschl et al., 2012; Winkler et al., 2016)

2.1 PROČ REFORMOVAT?

Přestože ani já nejsem zastáncem historických okének, v tomto případě bych udělal výjimku a provedl velmi rychlý exkurz, v podobě rekapitulace a zamyšlení nad oborovým zabřednutím a poté dalším 20 letům dlouhé cesty české psychiatrie zpoza železné opony,

směrem k péči srovnatelné se světovou úrovní. Pochopení historie české psychiatrie je nepostradatelné, pro pochopení jejich současných obtíží, nadějí a perspektivy.

Revidovaná koncepce Psychiatrická péče schválená MZČR uvádí, že se psychiatrická péče v České republice spoléhala především na institucionalizované služby, zatímco komunitní péče nebyla dostatečná.

Česká psychiatrie vznikla v rakousko-uherské říši, vzkvétala mezi první a druhou světovou válkou, nicméně zaznamenala poměrně výrazný úpadek během ideologických omezení sovětského impéria. Sociální problémy byly po druhé světové válce zastoupeny odkazem kapitalistického systému a byly v očekávání úbytku ve společnosti v důsledku postupujícího komunismu. Psychiatrický výzkum byl primárně biologicky orientovaný, šíření informací o duševním zdraví byla marginalizována a ti, kteří trpěli těžkými psychiatrickými nemocemi, byli uvězněni v psychiatrických léčebnách. I přes tato omezení si česká psychiatrie udržela poměrně dobrou úroveň odbornosti a přinesla některé výjimečné výsledky, zejména v oblasti psychofarmakologie (LSD, lithium, anticholinergika, dosulepin, klorotepin, oxyprothepin atd.) a elektroencefalografické (EEG) studie. Klinická psychiatrie také dosáhla poměrně vysoké úrovně, zásluhou výjimečné tradice univerzitního vzdělávání. (Höschl et al., 2012)

Revidovaný koncept psychiatrické péče z roku 2008 vyzoroval, že psychiatrické péče v České republice se odkazuje především na institucionalizované služby, péče byla roztržštěná a poměrně špatně koordinovaná. Národní politika duševního zdraví chyběla a v důsledku toho i rozvoj péče působil nesystematicky. Psychiatrické služby se zakládaly na malém respektu k regionálním potřebám, dostupnost péče byla nerovnoměrná, celé pole duševního zdraví bylo výrazně podfinancované a ve srovnání s některými jinými zeměmi západní Evropy poněkud zpožděny. (ČPS, 2008)

Na následujících řádcích bych rád demonstroval pasáže z hodnocení kvality péče očima pacientů z výzkumu od Raitera a dále studie Höschla o stavu současné psychiatrie. Vzhledem k tomu, že jsou články staré přes dvacet let, budu je parafrázovat s užitím minulého času. Ponořme se tedy do dobové analýzy a následně se zkusme zamyslet na nutnosti reformy. Dostupnost služeb do značné míry soustavně brzdila nedostatečná komunikace a propojení služeb. V péči o osoby s duševní poruchou převládala lůžková a ústavní péče. Síť psychiatrických ambulancí byla poměrně hustá a kvalitní, avšak přetížená, a z tohoto důvodu nemohla kvalitně plnit funkci základního článku diagnostiky a péče, pro kterou byla určena. Zcela nedostatečně rozvinutá byla tzv. intermediární sféra, která zahrnovala krizová centra, denní stacionáře a zařízení poskytující programy chráněného bydlení a chráněné práce.

Psychiatrická péče byla přetížena v důsledku suplování neexistující sítě sociální pomoci. (Raiter et al., 2004).

Průběžná analýza v podobě revidované koncepce psychiatrické péče, odhalila nedostatek povinného plánu rozvoje duševního zdraví, obsahující konkrétní priority, cíle, činnosti, odpovědnosti, finanční prostředky, což bylo hlavní překážkou k udržení dobře fungujícího systému péče o duševně nemocné. Česká republika spoléhala především na institucionalizované služby, zatímco terénní komunitní služby i péče nebyly dostatečné, zato byly vyvinuty pouze okrajově. Pokusy rodin získat informace a účastnit se na léčebném plánu byly často odmítány. Dostupnost denních stacionářů nebo přístup ke komunitním službám byly rovněž v mnoha regionech omezené. (Höschl et al., 2012)

Domnívám se, že z těchto pramenů a zmínek je evidentní, že psychiatrické léčebny až donedávna nedisponovaly žádnou koncepci svého rozvoje, což je vyjma politické podpory druhý hlavní důvod toho, že se do nich mnoho neinvestovalo. Tato premisa byla potvrzena zmínkou jednoho z informantů, v průběhu výzkumného šetření, o podobách angažovanosti ředitelů nemocnic na rozvoji organizací.

Tíha komunistické historie se podepsala a také nadále zůstává na vzdělávání, tak na výzkumu. Nejen kurikula a mechanismy přenosu a rozvoje znalostí, ale celé obory znalosti byly negativně ovlivněny dřívější ideologií a praxí. Nejvíce opomíjená byla oblast sociální psychiatrie; například sociologie byla považována za „buržoazní kvazivědu“. *„Nízký počet profesionálních sociálních pracovníků, je znepokojující a má dalekosáhlý negativní dopad na pacienty a jejich rodiny. I když to nevládní organizace dělají jsou v tomto ohledu nejlepší, nejsou schopni tuto mezeru zacelit; mají jen krátkou historii“*. (Höschl et al., 2012)

Obdobná absence kapacit naznačuje nedostatek psychoterapeutů. Byla realizována studie, spojená s vyjádřením míry spokojenosti s léčbou, v počtu 428 dotazníků pacientů z devíti psychiatrických léčeben a devíti psychiatrických oddělení; přičemž bylo odhaleno, že zájem pacientů o psychoterapii je asi o 15 % vyšší, nad rámec potenciálních možností skutečného využití psychoterapie. (Raiter & Žáčová, 2005)

Nyní se přemístíme v čase do poměrně nedávného shrnutí „aktuálních poměrů“ v oboru psychiatrie. Jen připomenu, že se některá tvrzení přetrvávají z let předešlých a měly dopady na psychiatrickou praxi, proto jsou v popředí priorit rezortu i oboru psychiatrie; mající vést ke změně stávajícího kurzu. Síť lůžkových zařízení jak akutní, tak následné péče je rozložena velmi nerovnoměrně, počty lůžek akutní péče jsou neadekvátně nízké a nejsou integrovány do všeobecných nemocnic s napojením na komplement somatické medicíny. Je nízká dostupnost psychoterapie. V oblasti péče o duševní zdraví dětí, je neuspokojivá síť

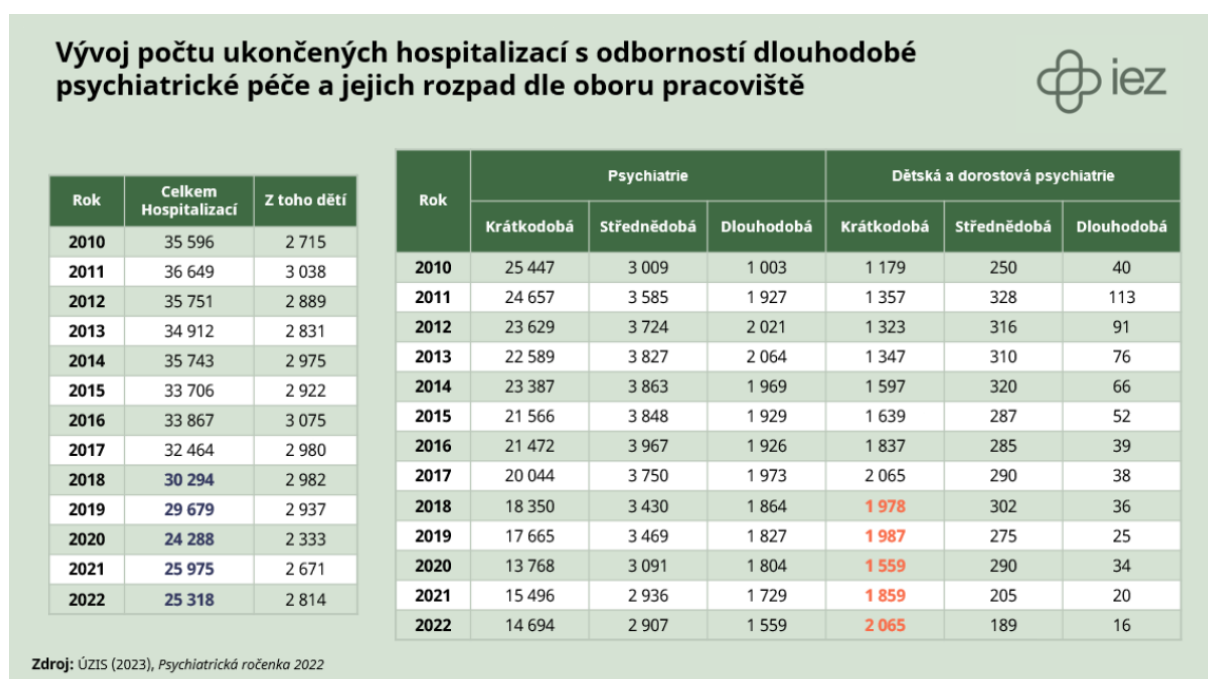
ambulantních služeb, což vede k neúměrně dlouhým čekacím dobám. Rovněž chybí pokrytí akutní lůžkovou péčí. Pedopsychiatrická lůžková oddělení u poskytovatelů následné lůžkové péče v odbornosti dětské a dorostové psychiatrie jsou často personálně dimenzována na následnou péči, a nepřijímají akutní klienty. (MZČR, 2020)

Nelichotivá zjištění panují v oboru z dětské psychiatrie. Děti i dospívající bývají hospitalizováni relativně daleko od svého bydliště bez možnosti návštěv rodičů a účasti na rodinných terapiích. Tímto jsou postiženy zejména rodiny s nižším socioekonomickým statutem, ve kterých je zároveň vyšší riziko duševních onemocnění. V naprosté většině nemocnic není na pediatrických lůžkách dostupná konziliární péče a pacienti s evidentními problémy v oblasti duševního zdraví jsou tak propouštěni bez nezbytného návrhu další péče. Komunitní péče je nedostatečně rozvinutá, zaostává především v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života (včetně bydlení a zaměstnání). Zdravotní služby péče o lidi s duševním onemocněním v komunitě nejsou propojené ani v rámci systému zdravotnictví (např. s primární péčí), ani směrem k sociálním službám a komplementárním službám v daném kraji a jsou založeny na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Multidisciplinární způsob práce jakožto nejefektivnější model při práci s lidmi s komplexními potřebami je minoritní složkou péče, přičemž komunitní multidisciplinární týmy pro lidi s duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování prvních provozů. Systém péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, systémem vzdělávání profesionálů, ale i nedostatečnou flexibilitou vzhledem k novým možnostem práce s lidskými zdroji. Uživatelé péče jsou pouze v roli konzumentů péče, bez možnosti zasahovat do jejího řízení, kontroly či poskytování. V rámci těchto projektů postupně vzniká do roku 2022 až 30 center duševního zdraví rovnoměrně rozmístěných po celé ČR, jako páteře budoucí sítě cca 100 CDZ. CDZ neboli zdravotně-sociální multidisciplinární týmy pro závažně duševně nemocné jsou novým prvkem v systému péče o populaci s duševním onemocněním. Velká část aktivit v projektech reformy se zaměřuje na redukci následných lůžek u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie integrací závažně duševně nemocných do běžné komunity. (MZČR, 2020)

2.2 PRŮBĚH PSYCHIATRICKÉ REFORMY V ČÍSLECH

Jak je vidět na obrázku č. 1 bylo v roce 2011 celkem ukončených 36 649 hospitalizací klientů dospělé populace, zatímco v roce 2022 kleslo číslo bezmála o 31%. Celkem V kategorii dětí a dorostenců v případě dlouhodobých hospitalizací došlo v porovnání let 2011 a 2022 k propadu o 82 %.

Naopak žalostná situace je v oblasti krátkodobých hospitalizací dětí a dorostenců, kde dochází ve srovnání s ostatními ukazateli z let 2011 a 2022 k nárůstu hospitalizací až o 75 %.



Obr. 1; Vývoj ukončených hospitalizací, (ÚZIS, 2023)

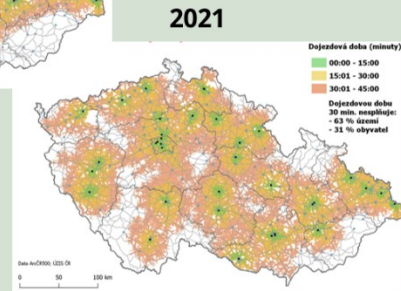
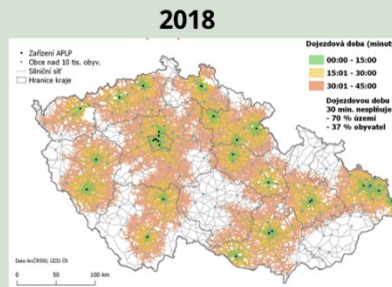
V souvislosti s transformací psychiatrických nemocnic lze vyzorovat snižující strukturu, počtu lůžek pro dlouhodobou péči a v souladu s potřebami regionů začínají poskytovat péči akutní.

V období od roku 2010 do roku 2022 došlo k nárůstu o 690 akutních lůžek, což představuje nárůst téměř o 54 %. Zatímco v roce 2018 muselo cestovat 37 % obyvatel České republiky déle než 30 minut autem k dosažení akutní psychiatrické péče, v roce 2021 pokleslo toto číslo ke 31 %, jak je vidět na následujícím obrázku č. 2.

Vývoj počtu akutních psychiatrických lůžek v České republice a analýza místní dostupnosti lůžkové péče



Rok	Počet akutních psychiatrických lůžek
2010	1 287
2011	1 222
2012	1 185
2013	1 149
2014	1 188
2015	1 234
2016	1 229
2017	1 381
2018	1 381
2019	1 423
2020	1 546
2021	1 869
2022	1 977



Zdroj: ÚZIS (2023), Psychiatrická ročenka 2022
 ÚZIS (2022) Lůžková Psychiatrická Péče, Národní portál psychiatrické péče

Obr. 2; Přímý dopad na dostupnost akutní péče, (ÚZIS, 2023 in IEZ)

Z nákladů vynaložených na psychiatrickou péči za období od roku 2017 do roku 2022 došlo k nárůstu o skoro 45 %. Psychiatrickou péči hrazenou z veřejného pojištění dokládají následující data VZP na obrázku číslo 3.

Vývoj nákladů VZP na psychiatrickou péči od roku 2017



Rok	Ambulantní péče			Hospitalizační péče		Recepty na LP	Celkem
	Poskytovatelé ambulantních služeb	Nemocnice	Odborné léčebné ústavy	Nemocnice	Odborné léčebné ústavy		
2017	1 226 943	161 173	47 771	603 240	3 489 907	1 596 526	7 125 560
2018	1 302 742	160 399	53 249	732 580	3 721 343	1 735 495	7 705 808
2019	1 440 033	181 107	56 944	776 408	3 994 377	1 840 171	8 289 040
2020	1 624 645	182 339	55 647	997 681	4 302 701	1 813 787	8 976 800
2021	1 735 966	214 735	38 364	1 248 487	4 458 671	1 873 506	9 569 729
2022	2 212 000	249 735	35 419	1 881 925	4 251 470	1 867 107	10 497 656

Zdroj: VZP (2023) Psychiatrie roste v úhradách rychleji než zdravotnictví celkově, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Obr. 3; (VZP 2023 in IEZ)

V souvislosti se snižováním celkového počtu dlouhodobých hospitalizací, jež jsou nahrazeny lůžky akutními, se rovněž příznivě osvědčil vznik center duševního zdraví (CDZ). Z čehož lze usuzovat, že dostupnost psychiatrické péče má zlepšující se tendenci.

Z hlediska dopadu na ekonomiku je zaznamenána enormní zátěž pro zaměstnavatele, národní ekonomiky, většina lidí nevyhledává odbornou pomoc, v práci klesá produktivita, dělají se špatná rozhodnutí, prohlubují se deprese, závislosti, které přináší další náklady.

Duševní onemocnění jsou v současné době jednou ze tří nejčastějších příčin přiznání invalidních důchodů a v roce 2018 představovaly 24 % všech vyplácených invalidních důchodů. Skupina žadatelů o invalidní důchod z důvodu duševní nemoci tak tvoří podstatnou část všech žadatelů, aniž by tomu odpovídala konstrukce dávek a posuzování invalidity. (Bartoš et al., 2020; ÚZS, 2019)

3 PÉČE O PSYCHOSOCIÁLNÍ BLAHO

Psychiatrická péče je nedílnou součástí zdravotní péče. Hlavními orgány, které reprezentují strukturu zdravotnických institucí v České republice, jsou ministerstvo zdravotnictvím Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení. Základními prvky stávajícího systému péče o duševně nemocné v ČR jsou psychiatrické ambulance a lůžková psychiatrická zařízení. V rozporu s doporučeními WHO není zatím dostatečně rozvinutá péče v komunitě. (Hollý, 2015)

Psychiatrická péče se nyní opírá o čtyři základní pilíře:

- Ambulantní péče, která je základní složkou psychiatrické péče.
- Psychiatrická oddělení nemocnic, kdy se jedná o podporu rozvoje psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích, které napomůžou zajistit návaznost také na somatickou péči.
- Psychiatrické nemocnice, které se mají začít zaměřovat primárně na následnou, dlouhodobou a specializovanou péči o duševně nemocné, přičemž se počítá s celkovým poklesem lůžek a objemu péče.
- Centra duševního zdraví, ve kterém multidisciplinární tým poskytuje terénní i ambulantní služby dospělým lidem se zkušeností s duševním onemocněním. (MZ ČR, 2018)

3.1 KOORDINACE ROZVOJE SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Směr rozvoje systém péče o duševní zdraví je zakotven na úrovni relevantních nadnárodních dokumentů vládních dokumentů a na ně navazujících dokumentů jednotlivých ministerstev, krajů a obcí. Na řízení péče o duševní zdraví se v různé formě podílí Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo vnitra, jednotlivé kraje ČR, obce a také zdravotní pojišťovny.

Základní zodpovědnosti jednotlivých rezortů ve vztahu k problematice duševního zdraví jsou následující:

Ministerstvo zdravotnictví:

- vzdělávání zdravotnických pracovníků
- zdravotní legislativa a podzákoné normy
- participace na řízení financování zdravotních služeb
- zřizování a řízení lůžkových zařízení psychiatrické péče
- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- posuzování invalidity, příspěvků na péči, doklad ZTP
- evidence na úřadech práce
- sociální podnikání
- podpora zaměstnání
- sociální služby
- sociálně-právní ochrana dětí

Ministerstvo spravedlnosti:

- problematika detenčního řízení, svéprávnosti (včetně svéprávnosti nezletilých),
- opatrovnictví
- ochranné léčby
- edukace soudců, státních zástupců apod. v problematice duševně nemocných osob

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy:

- školský zákon v oblasti znevýhodnění dětí (rovnoprávné zařazení dětí s duševními poruchami)
- destigmatizační /preventivní aktivity na školách, časná intervence v oblasti duševních onemocnění u dětí
- kurikula pedagogických fakult VŠ
- výkon ústavní výchovy ve školských zařízeních (zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních) z hlediska dodržení standardů vyplývajících z práva na zdraví

Ministerstvo pro místní rozvoj:

- problematika dostupného bydlení pro lidi s duševním onemocněním
- koncept „prostupného bydlení“ či sociálního bydlení

Ministerstvo vnitra

- vzdělávání policie a dalších složek Integrovaného záchranného systému

Kraje, obce, města

- zřizování zdravotnických zařízení a sociálních služeb a školských zařízení
- disponování rozpočtem na sociální služby a zodpovědnost za síť sociálních služeb navazujících na zdravotní péči o jedince s duševním onemocněním a případně za síť CDZ
- problematika dostupného bydlení pro duševně nemocné
- krajská pobočka ÚP ČR – realizace politiky zaměstnanosti

Zdravotní pojišťovny

- financování zdravotní péče
- zodpovědnost za síť služeb, tj. dostupnost péče

Řízení systému péče o duševní zdraví trpí roztržitostí jednotlivých složek, které je typické zřikáním se zodpovědnosti na straně jedné a neadekvátním přebíráním gesce jednoho rezortu jiným na straně druhé. Přítomnost fragmentace a absence efektivní koordinace se logicky projeví právě v době, kdy jsou již změny systému nevyhnutelné, kdy je jedním z

nejvýznamnějších rizik jejich realizace, především pokud tyto potřebné změny souvisí se zřizováním zdravotně-sociálních služeb a zaváděním multidisciplinární spolupráce mezi službami a aktéry z různých rezortů na krajské úrovni. (MZČR, 2020)

3.2 REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Reforma péče o duševní zdraví je systémová změna, jejímž cílem je zvýšení efektivity a především zvýšením kvality života a omezení stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Důležitým dokumentem je Strategie reformy péče o duševní zdraví, jež byla schválena na Ministerstvu zdravotnictví v roce 2013. Praktické kroky započaly až napojením na Evropské investiční a strukturální fondy s počátkem realizace projektů v roce 2017. Reforma péče o duševní zdraví je zamýšlený dlouhodobý a komplexní proces, který neobsahuje pouze změny v medicínském oboru psychiatrie, nebo v oblasti zdravotní péče, ale k její úspěšné realizaci je třeba provést i zásadní změny v dalších oblastech, jako jsou sociální systémy, oblast vzdělávání, zaměstnávání či právního postavení osob s duševním onemocněním. Důležitou součástí reformy psychiatrické péče je aktivní zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do celého procesu, tak aby provedená rozhodnutí a změny v systému psychiatrické péče odrážela skutečné potřeby, zájmy a přání těchto lidí. (MZ ČR, 2019)

Jedním ze základních kamenů reformy péče o duševní zdraví by měla být její provázanost, koordinovanost se zachováním kontinuity péče. Spolupráce by měla být podpořena multidisciplinárním přístupem, který má plně podporovat zotavování jedinců s duševním onemocněním. Nově vzniklý systém by měl plně respektovat práva pacientů a zajistit jim maximálně možné zapojení do běžného života, a to za účasti jejich plnohodnotné svobodné účasti. Důraz ve změně systému péče by měl být kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zabezpečit včasnou diagnostiku a léčbu. Bude podpořena spolupráce mezi primární a specializovanou psychiatrickou péčí. V plánu je výrazně rozšíření komunitní péče s vytvořením nových služeb, jako jsou centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Paralelně by mělo docházet k postupné redukci dlouhodobé psychiatrické lůžkové péče. (ČLS JEP, 2017)

3.3 KLÍČOVÉ DOKUMENTY STRATEGIE PSYCHIATRICKÉ REFORMY

Dle analýz, které předcházely tvorbě národní strategie reformy psychiatrické péče, bylo potřeba systémové změny v oblasti psychiatrie již během 90. let minulého století. Předcházela jí několikaletá diskuse z řad odborné psychiatrické společnosti, tak mezi zástupci uživatelů a poskytovatelů psychiatrické péče. MZČR si na základě tohoto apelu nechalo vytvořit základní analýzy současného stavu psychiatrické péče v ČR a v souladu s řadou doporučení mezinárodních organizací přistoupilo na přelomu roku 2011 a 2012 k interní diskuzi o možném nastolení změnové agendy právě v oblasti psychiatrické péče. (MZČR, 2013)

- **Strategie reformy psychiatrické péče (2013)**

MZČR přikročilo k iniciaci přípravy této Strategie reformy psychiatrické péče na základě rigidnosti dosavadního systému institucionální psychiatrické péče, který má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, a také z důvodů absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče.

Globální cíl rozpracován do skupiny sedmi strategických cílů:

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

- **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030** (dále „NAPDZ“) je strategický dokument, navazuje na schválenou strategii reformy psychiatrické péče, v němž nejen definuje pokračování reformy psychiatrické péče 2013–2023, ale taktéž stanovuje

konkrétní postupy pro naplňování těch částí strategie, u kterých existují očividné implementační deficity.

Na popud aktuálního nedostatku pracovníků ve službách psychiatrie vznikla následující doporučení. V roce 2030 je profesní **příprava u všech odborností v péči o duševní zdraví** zahrnuta již v pregraduální fázi s následujícími tématy a dovednostmi:

- multidisciplinární přístup;
- měkké dovednosti (práce se vztahem, respektující komunikace apod.);
- znalost principu zotavení (recovery)
- znalost lidských práv a jejich uplatňování v praxi;
- osvojení si práce s krizí a s rizikem chování;
- znalost konceptu péče orientované na pacienta / klienta (patient-centered care) apod. (MZČR, 2020)

Národní akční plán zdraví je charakteristický svou strukturou mj. obsahuje tyto náležitosti: Definici specifického cíle, z toho plynoucí opatření, dalším bodem je odůvodnění zařazení opatření, způsob jeho plnění, resort instituce přebírající zodpovědnost, spolupracující subjekt, termín plnění – do kdy, rozpočet, indikátor

Strategie reformy psychiatrické péče navazuje a je v souladu s výše uvedenými právními předpisy a úmluvami. V ideových principech Strategie reformy psychiatrické péče rovněž koresponduje, patří česká verze dokumentu WHO Zdraví 21 (cíl 6), Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020 (WHO), Národní psychiatrický program 2007 a revidovaná Koncepce oboru psychiatrie (1. revize 2008). (MZČR, 2020)

Ve vztahu k narůstající poptávce po službách psychiatrů si členské státy světové zdravotnické organizace jako jeden z cílů vytyčily zlepšení duševního zdraví, zejména psychosociální blaho jedinců s duševními poruchami se zajištěním dostupných komplexních služeb. Dokument z roku 2002, si klade za cíl vytvoření programu komplexní péče včetně reorganizace stávající péče. *Program Zdraví 21* je strategický dokument jež má za cíl čelit nepříznivému vývoji, a naopak si klade za cíl zlepšování zdravotního stavu a snižování úmrtnosti. Je to rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Na plnění programu by se měly podílet všechny složky společnosti. (Fiala et al., 2013)

3.4 DEINSTITUCIONALIZACE

Koncept psychiatrie byl v ČR formulován Psychiatrickou společností ČLS JEP v roce 2000 a zakotvil jako hlavní záměr v oblasti duševního zdraví uskutečnění deinstitucionalizace psychiatrické péče s následným propojením do sítě komunitních služeb. Do sítě péče o osoby s duševním onemocněním je nezbytné taktéž zahrnout lůžka v domovech sociální péče a zvláště pak lůžka v domovech sociální péče se zvláštním režimem. *„Počty klientů s duševním onemocněním zde umístěných je možno odhadnout na několik tisíc. Odhadem nejméně 80 % finančních zdrojů na provoz státních sociálních služeb o osoby s duševním onemocněním je vázáno na pobytová sociální zařízení institucionálního typu, MPSV však v posledních letech realizovalo pilotní projekt deinstitucionalizace sociálních pobytových služeb, podobný projekt pro oblast psychiatrické péče dosud chybí.“* (MZČR, 2013, s. 19)

Podpora je zaměřena na deinstitucionalizaci psychiatrické péče za účelem zvýšení dostupnosti a kvality psychiatrické péče změnou organizace jejího poskytování a zvýšení úspěšnosti začleňování duševně nemocných do společnosti, konkrétně tedy na zřizování nových či rekonstrukci stávajících zařízení pro poskytování komunitní péče, tzn. Centra duševního zdraví, stacionáře se zaměřením na psychoterapeutické služby a ambulance poskytující rozšířené ambulantní služby v péči o osoby s duševním onemocněním. Dále je podpora zaměřena na zřizování nových či rekonstrukce stávajících psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic a na vybavení mobilních týmů, tzn. podpora zařízení a vybavení mobilních multidisciplinárních týmů Center duševního zdraví a podpora zařízení a vybavení mobilních multidisciplinárních týmů mimo Centra duševního zdraví.

Po ohlédnutí se za původem rozvolňování psychiatrických institucí, směrem ke komunitní péči, se ostatní členské státy WHO vydaly podobným směrem, přičemž i Česká republika zvolila svůj strategický cíl, ve věci dalšího směru v oboru psychiatrie. V České republice probíhá deinstitucionalizace jako přechod od ústavní péče o osoby se zdravotním postižením k péči v běžném prostředí. Cílem je zlepšit kvalitu života těchto jednotlivců a umožnit jim žít normální život podobný svým vrstevníkům. Deinstitucionalizace zahrnuje rušení ústavů a rozvoj komunitních sociálních služeb, které jsou zaměřeny na individuální potřeby uživatelů a jejich začlenění do společnosti, s minimalizací institucionálního vlivu na klienty. (MPSV, 2013)

Součástí reformy psychiatrie je budování Center Duševního Zdraví (CDZ). Cílovou skupinou této nové služby je komplexní péče o jedince trpící závažnými duševními onemocněními. Servis je poskytován multidisciplinárním týmem, který je složen z psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, všeobecné sestry, sestry pro psychiatrii a peer konzultanta, tedy člověka s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Služba má formu terénní – probíhá v přirozeném prostředí klienta, tj. doma, v rodině nebo v komunitě, ale také ambulantní – uskutečňuje se přímo v prostoru centra duševního zdraví. Je zaměřena na podporu všech složek klientova života se snahou předcházet zhoršování jeho zdravotního stavu s nutností hospitalizace a pomoci mu překonat krizové situace, které každodenní život přinášejí. Péče je hrazena ze zdravotního pojištění a klient je do služby přichází doporučen svým psychiatrem. Centra duševního zdraví nejsou sociální službou, ale fungují v jejich rámci. Současným trendem je tzv. sdílená péče = kombinace neformálních a formálních zdrojů, kdy je pomoc rodiny, přátel, sousedů či známých doplněna profesionální odbornou službou. (Hosák & Hrdlička, 2016)

Je obecným předpokladem, že osoby využívající komunitní centra péče jsou ve stabilnějším zdravotním stavu, cítí se méně vyloučené ze společnosti a mají více sociálních kontaktů než osoby hospitalizované v lůžkové péči. Polovina respondentů však souhlasila s položkou *"Lidé bez duševního onemocnění by mi snad ani nemohli rozumět"*, což by mohlo naznačovat, že socializace v komunitních službách probíhá převážně mezi lidmi se zkušeností s duševním onemocněním a těmito lidem chybí kontakt se „zdravou“ populací. (Alexová et al., 2019)

Dosavadní zjištění naznačují, že deinstitucionalizace vedla k vyšší kvalitě života lidí propuštěných po dlouhodobých hospitalizacích z psychiatrických nemocnic do komunitní péče, aniž by mezi nimi docházelo ke zvýšené kriminalitě, bezdomovectví nebo sebevraždnosti. Péče o lidi se závažným duševním onemocněním v komunitě se také ukazuje jako nákladově efektivnější než v psychiatrických nemocnicích, a to nejen v zahraničí, ale i v ČR. (Winkler et al., 2016; Winkler et al., 2018)

Ve snaze vyhovět potřebám uživatelům služeb, zlepšovat procesy v péči o duševní zdraví, snížení míry hospitalizací a ovlivnění strategie léčby i řízení zdravotnických zařízení, dokládá následující studie o tom, jak vybalancovaný systém služeb, který vhodně doplňuje institucionální péči po propuštění službami komunitního typu, jenž jsou nositeli benefitů v podobě humanizace péče, lepšího sociálního fungování, stabilizace symptomů i kvality života. V této studii je zacíleno na efektivitu z pohledu různých terapeutických přístupů, účinnost léčebných režimů, míru zlepšení zdravotního stavu klientů i frekvenci opakování symptomů po

propuštění. Toto jsou hlavní aspekty srovnávajících výzkumných šetření, dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. (Kunitoh, 2013)

3.5 STIGMATIZACE A SEBESTIGMACE PSYCHICKÝCH PORUCH

Historie je plná dokladů stigmatizace vybudované na rasové předpojatosti etnicitě, sociálním statutu, národní příslušnosti nebo sexuální orientaci. Stigmatizovaný jedinec bývá považován za někoho, kdo je méně než člověk. Stigmatizace osob s duševní poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Stigma je chápáno jako označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, tzv. normální většinou. Stigmatizovaným mohou být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni trestům, posměchu nebo odmítavým reakcím. (Ocisková & Praško, 2015)

Stigma není soudržným celkem, lze jej rozdělit do tří podskupin na stigma sociální, strukturální, institucionální a internalizované (též nazývané sebestigmatizace). Samotná internalizace stigmatu je třífázovým procesem, v jehož průběhu člověk přijímá za své negativní předsudky, adresovaným vůči sobě od ostatních. V první fázi se stigmatizovaná bytost setkává se sníženým přijetím okolím, přičemž si uvědomuje předsudky, které k tomuto nerovnému postoji druhé vedou a vnímá a že je s ním nakládáno odlišně než s těmi, kteří psychiatrické onemocnění nemají. Pokud dotyčný člověk setrvá v této fázi a nepostoupí do příští fáze, nemusí se stigma na jeho duševním stavu výrazněji podepsat. (Corrigan et. al., 2009)

Druhá fáze popisuje souhlas s názorem s negativními stereotypy na vlastní méněcennost, vlivem psychiatrické zátěže. Takový duševně nemocný může skutečně souhlasit s podobným názorem. V závěrečné fázi internalizace stigmatu jedinec aplikuje předsudky na sebe. Z následků této fáze mohou vyskytnout dysforické emoce, snížení sebedůvěry a kvality života, úzkost, z důvodů anticipace dalšího nepřijetí nebo odsouzení druhými, což může vést k sociální izolaci nebo jinému maladaptivnímu chování. Horší prognóza, závažnější symptomatologie a nižší adherence k léčbě je v případě, že se internalizované stigma promítne do psychosomatické choroby. (Ocisková et al., 2014)

Nejkomplexnější model jednotlivých složek stigmatizace má čtyři základní komponenty.

- 1) Značkování (labelling) – v počátcích procesu stigmatizace je patrné zaznamenání osobních charakteristik, jež jsou podkládány za důležitou odlišnost oproti subjektivní nebo společenské normě.
- 2) Stereotypie (stereotyping) – tato odchylnost je spjata s nepřijatelnými osobnostními znaky, vlastnostmi nebo projevy chování
- 3) Separace (separating) – dochází k odlišení na „my a oni“
- 4) Ztráta pozice a diskriminace – stigmatizovaní jedinci jsou znevážení, odmítnutí a vyloučení (Thornicroft et. al., 2020)

Podobně velmi často citovaným jevem stigmatizace bývají z řad rodinných příslušníků. Přestože se většinou dostane podpory z řad rodiny, jsou členové, kteří často udržují negativní postoj i diskriminační zacházení směrem k jedincům s duševním onemocněním. Jsou evidovány případy, kdy nejstarší syn trpící náhlou, těžkou depresivní poruchou, plačící, neschopný práce, bývá osočován otcem za „slabocha a jediného z rodiny, po generace pokaženého blba“. Výzkum ukázal, že psychiatrické sestry (profesionálové) drží negativní stereotypy a postoje obdobné jako většinová populace s ještě pesimističtějšími názory v oblastech uzdravení a rekonvalescence, pravděpodobně kvůli jejich nepřiměřenému kontaktu s těmi, kteří k uzdravení mají horší předpoklady. Uživatelé služeb hovoří o nedostatku empatie a zájmu ze strany zdravotníků, sdělení diagnózy bývá provázeno negativní prognózou, nedostatkem informací a mírou rozhodování. Stigma jedinců s duševní poruchou bývá rovněž na bedrech rodin samotných, v podobě studu a sebeobviňování. (Votruba; Thornicroft et. al., 2020)

„Podle Mudrové (2008) se stigmatizace pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení u pracovníků nepsychiatrických zdravotnických pracovišť projevuje nejčastěji oslovením křestním jménem, tykáním, komunikací lékaře s doprovodem (ne přímo s pacientem) a výzvou pro vstup do ordinace názvem oddělení, ze kterého na vyšetření pacient přichází (nikoliv jeho jménem).“ (Černá et al., 2019, s. 120)

Autor následujícího článku se pozastavuje nad manifestací duševního onemocnění z hlediska kulturního významu, především v otázkách vyhlídek na manželství, přičemž může mít závažné důsledky v kulturním kontextu, kde je manželství ústřední. Představy o rodinné soudržnosti může nabídnout jedinci větší podporu ze strany rodiny, avšak s rozšířeným

dopadem stigmatu napříč rodinou, po generace. Na první pohled se zdá, že stigma duševních poruch může být méně výrazné neindustrializovaných společnostech zásluhou vstřícnějšímu prostředí s větší sociální soudržností, tedy i menším rizikem dlouhodobého odmítání, izolace, segregace a institucionalizace. Naopak v zemích s nízkým příjmem, mohou být negativní ekonomické důsledky stigmatu, například prostřednictvím diskriminace v práci a přístupu k dávkám, tak závažné, že mohou ohrozit ekonomické přežití celých rodin. Závěrem lze říci, že naše chápání globálních vzorců stigmatu a diskriminace je dosud spíše omezené a je zapotřebí dalšího vysoce kvalitního mezikulturního výzkumu, který by ozřejmil síly, které pohánějí mezikulturní rozdíly v projevech stigmatu. (Thornicroft et al., 2020)

Ve spojitosti se stigmatizací, nelze v této problematice opomenout význam modifikované elektrokonvulzivní terapie, která je považována za jednu z nejefektivnějších zbraní v armamentáriu moderní psychiatrie, zejména při léčbě rezistentních depresivních, ale i psychotických onemocnění. Metoda za více než 80 let své existence doznala obrovský technologický vývoj, který zásadně zvýšil její účinnost a bezpečnost. Celosvětově ročně ECT podstoupí asi milion pacientů, přesto je doprovázená kontroverzní pověstí nejen u laické, ale i odborné lékařské veřejnosti. Navzdory širokému spektru využitelnosti a výbornému bezpečnostnímu profilu, s možností využití i v ambulantních podmínkách, je ECT na mnoha evropských i amerických pracovištích dodnes užívána jako metoda nejkrajnější volby. Dlouhodobé studie přitom poukazují, že pacienti, kteří se ECT podrobili, mají nižší mortalitu než pacienti, kteří podstoupili alternativní formy léčby. Hlavními důvody zbytečných odkladů, nenabídnutí či odmítnutí elektrokonvulzivní terapie jsou tak neklinické – zejména neopodstatněná stigmatizace, politické a kulturní faktory. (Buday et al., 2022)

3.5.1 PEER KONZULTANT – POHLED Z DRUHÉ STRANY

„Výuka za účasti peer lektorů (lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním) je jednou z forem destigmatizačních aktivit. Významným destigmatizačním nástrojem je zapojení lidí, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním (z hlediska vývoje nemoci se nachází v období kvalitní remise a prošli specializovaným vzděláváním), do systému péče o duševně nemocné v roli peer konzultantů a do vzdělávacího systému v roli peer lektorů.“

(Černá et al., 2019, s. 120)

Jednou z destigmatizačních aktivit, cílících zejména na studenty pomáhajících profesí, je výuka s peer lektory. Peeři nebo lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pracující v rámci profesionálních týmů poskytovatelů služeb jako odborník na vlastní onemocnění, přednáší nejnovější poznatky a trendy z oblasti péče o duševní zdraví a svou zkušenost vědomě využívají ve prospěch druhých na základě lektorských a dalších dovedností, které nutně získává prostřednictvím vlastního specializovaného vzdělávání. Peerská podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním se začala v České republice rozvíjet v roce 2012, kdy začal projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví zaměřený na zapojení peer konzultantů do systému péče o duševní zdraví. (MZČR, 2022)

Na přelomu let 2013/2014 byli v ČR v rámci evropského projektu ve spolupráci s peer lektory z Nizozemí a Velké Británie vyškoleni první peer lektoři a byly vytvořeny čtyři vzdělávací moduly tématicky cílené na destigmatizaci, recovery, selfmanagement a peer programy. (CRPDZ, 2014)

V roce 2013 pak v ČR pracovalo celkem 10 peer konzultantů, a to většinou na zkrácený úvazek. Do roku 2021 prošlo vzděláváním pro peer konzultanty celkem 197 peer konzultantů z nichž tuto práci vykonává 137 peer konzultantů. Pro výkon na pozici peer konzultanta je zapotřebí absolvovat základní kurz pro peer konzultanty v oblasti péči o duševní zdraví. Tento kurz je rozdělen do pěti dnů, v rozsahu 35 hodin a je akreditován MPSV. V ČR navíc existuje vyhláška č. 271/2012 Sb. Vyhláška stanovující seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka), která značně komplikuje zaměstnávání peer konzultantů ve zdravotnictví a je potřeba její revize tak, aby bylo možno peer konzultanty ve zdravotnictví zaměstnávat. (MZČR, 2022)

Pozice peer konzultanta vychází z osobní zkušenosti s duševní nemocí. Peer konzultanti sdílejí tuto zkušenost kolegiální podpory s uživateli, což jim umožňuje založit a bližší vztah. „Peeři“ mohou být vrstevníkům příkladem o úspěšném překonání daného onemocnění a prostřednictvím sdílení osobních zkušeností mohou uživatelům, jejich rodinám pomoci pochopit jejich situaci, stejně jako svým kolegům prostřednictvím reflexe vlastní zkušenosti, a to jakým způsobem mohou určitou situaci oni sami prožívat. (Gidugu et al., 2015)

Poměrně velké procento jedinců s duševním onemocněním jsou dlouhodobě nezaměstnaní, proto jsou vysoce motivovaní, pokud mají možnost pracovat jako peer konzultanti. Tímto způsobem je možné předcházet stigmatizaci a nedorozumění. (Chinman et al., 2019)

Na Salzerově výzkumu poskytování peer podpory je prokázán pozitivní vliv na vlastním zotavování. Na příkladech učení se zvládat náročnějších situací, se získáním nových znalostí a interpersonálních dovedností; s možností „vrátit“ podporu, kterou dříve sami získali je doprovázený pocitem dosažení „odměny“ ve smyslu působení na něčí život, stejně jako těch, jenž jejich služby podpory využívají. (Salzer & Shear, 2002) Procesu zotavování, stejně tak napomáhá zvýšení jejich sebeúcty a sebevědomí při sdílení pocitu ocenění druhými. (Salzer & –Shear, 2002, Mowbray et al., 1998)

Zaměstnávání peer konzultantů, zejména těch, kteří dlouhodobě nezaměstnaných, nepochybně zlepšuje kvalitu jejich života a umožňuje nový start, podporuje nový smysl života, také přináší pocit sebevědomí, čímž může pomoci v procesu obnovy. Na druhou stranu analyzované studie dokládají, že problémy uživatelů těchto služeb mohou způsobit velkou pracovní zátěž a mohou „peery“ vystavit emočnímu stresu a způsobit nedorozumění ze strany nadřízených nebo dalších negativních stereotypů, předsudků na pracovišti nebo s neblahým dopadem na zdraví peer konzultanta. (Gidugu et al., 2015)

RIZIKA SPOJENÁ S VÝKONEM PROFESE PEER KONZULTANTŮ:

Obávanými riziky pro pracovní výkon peer advokátů je peerova dvojitá identita. Tedy zaměstnanec a současně i osoba s duševním onemocněním. Peer advokáti mohou čelit potížím s přepínáním rolí z pacienta na poskytovatele služeb. Dalším úskalím může být snížená schopnost požádat o podporu z řad ostatních členů týmu. Nesoulad mohou vnést rozdíly v nastavení hranic v otázkách profesionálního vnímání. Snížení rizika nepřijetí a stigmatizace spočívá v informovanosti a připravenosti celého týmu na novou roli. (Gidugu et. al., 2015; in Balková, 2022)

Vedoucí pracovníci jednotlivých služeb, kteří se rozhodli pro vytvoření této pozice, by si měli uvědomit, že jde o specifickou pozici, která s sebou nese určitá rizika a je spojená s určitými etickými aspekty. Pro úspěšnou integraci peer konzultantů do služeb duševního zdraví, se vedení doporučuje vedení se seznámit se specifiky pozice tak, aby bylo možno na pracovišti vytvořit adekvátní pracovní podmínky. Zapojení peer konzultanta do týmu profesionálních pracovníků (tvořený sociálními pracovníky, psychology, lékaři a sestry) vyžaduje dostatečnou přípravu a seznámit tým se specifiky a náplní pracovní pozice pro jejich schopnost a snahu sdílet osobní zkušenosti se svými kolegy. (Balková, 2022)

VLIV SEBEVNÍMÁNÍ – DOPAD VÝKONU PROFESE NA PEER ADVOKÁTA:

Zaměstnání advokačních pracovníků zlepšuje kvalitu života tím, že jim přináší nový smysl, novou naději, povzbuzení. Pomáhání druhým je součástí zotavování samotných peer konzultantů. Vysoká míra seberealizace a spokojenosti s vlastní prací. Peer pak ovlivňuje vnímání sebe sama – snižuje sebestigmatizaci. Peer konzultant je schopen lepe ovládat klientův relaps. Role vrstevníků („peerů“) je v pracovním výkonu spojena s emocionální složkou a při advokacii klientů zbavuje jedince ze závislosti na systému péče, avšak negativní stereotypy ve vnímání role peerů na pracovišti, může jejich výkon negativně poznamenat. Je velice důležité, aby jejich nadřízení dobře rozuměli především jejich roli. Ve vztahu k hospitalizovaným vrstevníková sdílená zkušenost pomáhá budovat vztah, snižuje riziko ignorování užívání léků a redukuje možnost hospitalizací. (Chinman et. al, 2017., Gidugu et. al., 2015; in Balková, 2022)

DOPADY PEER PODPORY NA ŽIVOTY UŽIVATELŮ:

Ve vztahu k hospitalizovaným vrstevníková sdílená zkušenost pomáhá budovat vztah, zlepšení životní situace, snižuje riziko ignorování užívání léků a redukuje možnost hospitalizací. Praktická podpora pomáhá jedincům při vyrovnání se s každým dnem a nadějí na potenciální zotavení. Snižuje sociální izolaci a spolupráci napříč zdravotnickým zařízením. Přispívá k lepším očekáváním při propouštění ze zařízení. Práce peerů je ukázkou něčeho, co může udělat více v přístupech k identifikaci a porozumění relevantních problémů. Peeri napomáhají svým uživatelům najít a udržet si práci. Peer nebuduje solidaritu, ale povzbuzuje uživatele k uzdravení. Uživatelé dokáží zásluhou advokační podpory zlepšovat své sebeřízení a chování související s jeho zdravotním stavem. Peer podpora (peer support) - je tedy jakákoli intervence mající pozitivní dopad na duševní stav uživatele služeb. Připravené sdílení osobních zkušeností peer konzultanta, tvoří základ pro komunikaci při sdílení problémů napříč uživateli služeb. (Chinman et. al, 2017., Gidugu et. al., 2015; in Balková, 2022)

DOPADY PEER PODPORY NA SPOLEČNOST

Z hlediska společenského dopadu jsou prokazatelné ekonomické ukazatele v podobě snížení závislosti na dávkách, vyšší spotřebě léků a nižších nákladů na hospitalizace. Role peer konzultanta je tedy důkazem součinnosti při modelu obnovy, čímž se nabízí i možnost

zaměstnávat dlouhodobě nezaměstnané. (Chinman et. al, 2017., Gidugu et. al., 2015; in Balková, 2022)

DOPADY VNÍMÁNÍ ETICKÝCH ASPEKTŮ PEERA Z HLEDISKA TÝMU

Peer konzultanti jsou schopni převzít roli profesionálů. Obvykle mají větší důvěryhodnost než profesionálové (zdravotně-sociální pracovníci), prot by měli být považováni za rovnocenné členy týmu se stejnými právy a povinnostmi jako ostatní zaměstnanci. Tento stav může být pro některé nepříjemný, přesto je pro správné fungování nezbytný. Kolegové peer konzultanta budou moci získat ucelenější obraz o práci svých kolegů s uživateli, které mohou v případě potřeby lépe sledovat. (Balková, 2022)

Byla vyzorována nedůvěra ze strany profesionálů a vnímání peerů jako kuriozitu. Bylo zaznamenáno zesměšňování z řad takových pracovníků. Práce peer konzultantů je stejně kvalitní, jako práce ostatních členů týmu. Nerovné postavení peerů v týmu, se může projevit přítomností na méně vybavených pracovištích, mzdové diskriminaci ve srovnání s kolegy mající stejnou kvalifikaci. Častým nešvarem velkých zařízení (nemocnic) je projevený nesouhlas s pozicí peer-konzultanta, jeho nepřijetím nebo skrytou sabotáží. S tím souvisí přímá nebo nepřímá stigmatizace na pracovišti, včetně zesměšňování bývalých uživatelů. Jakmile je diagnóza peerů odhalena dochází ke změnám v chování personálu. Jsou patrné projevy předsudků vůči lidem s duševním onemocněním v podání zdravotnických pracovníků. Je docela pravděpodobné, že sami kolegové a ostatní profesionálové nevěří v model obnovy. (Ahmed et. al., 2015; in Balková, 2022)

DOPADY VNÍMÁNÍ ETICKÝCH ASPEKTŮ Z HLEDISKA SPOLEČNOSTI

Zvýšení obecného povědomí u veřejnosti, prostřednictvím sdílení zkušeností je významným pomocným činitelem při boji proti stigmatizaci. Model vzájemné podpory, lze využít i v jiných oblastech (např. v ošetrovatelství). Přínos vrstevníků do případových setkání, spočívá v přinášení osobní zkušenosti, s otiskem pozitivního dopadu také na životy komunit. Pracovníci peer podpory dostávají nálepku, které je obtížné se zbavit – „profesionální nemocní“ (Chinman et al., 2017, Gidugu et al., 2015; in Balková, 2022)

Peer konzultanti zmiňují i přímou nebo nepřímou stigmatizaci jich samých jejich kolegy z multidisciplinárních týmů. Nepřímou stigmatizací rozumíme nevhodné vyjadřování o klientech multidisciplinárních týmů, kterých jsou peer konzultanti členy. Přímá stigmatizace se

pak projevuje paternalistickými a hyperprotektivními postoji ostatních profesionálů vůči peer konzultantům. (Voronka, 2019)

Přímá stigmatizace je obzvláště přítomna, pokud byl peer konzultant dříve klientem dané služby. Proto peer konzultanti velmi zvažují, jak hluboce sdílet svoji žitou zkušenost s ostatními profesionály v týmu. Zralý peer konzultant je nepochybně schopen zvolit hloubku sdílení svého příběhu dle konkrétního posluchače. (MZČR, 2022)

Organizace používají peer konzultanty u klientů s podobnou diagnózou. Jsou ve smluvním vztahu s organizací na dohodu o provedené práci nebo dohodu o pracovní činnosti. Legislativně není zakotvena odměna peer konzultantům v podobě tabulkových mezd. Momentálně v jednom psychiatrickém zařízení mají k dispozici tzv peer pečovatele, kteří jsou pomocní rodinám, v nichž některý ze členů duševním onemocněním trpí. Ve vztahu k pracovištím mají tito pracovníci vliv na kultivaci pracovního prostředí, napomáhají odstraňovat profesní slepotu, personál zásluhou jejich vhledu do problematiky obměňuje expresivní složku i formulaci vět. V interakci s klienty jsou poměrně dobré ohlasy na napojení ostatních klientů, dokládající participativní průběh hospitalizace. Peerové jsou přítomni kulturním akcím, účastní se s vybranými klienty rodinných, komunitních setkání, svépomocných skupin, mohou probíhat individuální intervence, případně docházejí na jednotlivá oddělení, jsou-li vyžadováni. (rozhovor s koordinátorem PEER pracovníků v PN)

PSYCHOEDUKACE JAKO DESTIGMATIZAČNÍ NÁSTROJ

Jedním z dalších, osvědčených a teoreticky zakotvených přístupů v destigmatizaci je Psychoedukace, přičemž předpokládá, že jedním ze zdrojů stigmatu DON je neznalost. Proto zvyšování povědomí o duševních poruchách dává smysl. Je zapotřebí soustředit svou pozornost především na média, podílející se na udržování stigmatu. Prvním krokem je podle nich aktivní předávání přesných informací o duševních nemocech, jež mohou být následně veřejnosti sdělovány. Je zapotřebí vyvážit nepříznivý stav, kdy se v médiích zobrazují především „žhavé“ zprávy o násilných nebo jinak pohoršujících činech psychiatrických klientů, zatímco osvěta nebo informace o prevenci se přílišně nekoná. Thornicroft tvrdí, že musíme začít u sebe a sami usilovat o zvyšování úrovně znalostí u laické veřejnosti. Část odborné obce se o to snaží publikováním a umožňováním rozhovorů do masově čtených novin a časopisů. (Thornicroft et. al., 2010)

Destigmatizace osob s duševními poruchami je dlouhodobý proces, který vyžaduje angažovanost celé společnosti. Je důležité, aby se jednalo o koordinované úsilí pojímající

vzdělávání, osvětu, změnu veřejného vnímání, politické změny, které podporují inkluzi a rovnost. (Ocisková, Praško, 2015)

4 RECOVERY PŘÍSTUP

Změna na systému poskytované péče v oblasti duševního zdraví, spočívá v přesunu těžiště místa poskytované péče z psychiatrických ambulancí směrem k pacientovi do jeho přirozeného prostředí. Tým centra duševního zdraví se v rámci své práce setká s mnoha situacemi, které musí umět vyhodnotit, například u pacientů, kteří službu nevyhledávají nebo kvůli vlivu nemoci službu odmítají. Jejich situace se postupně zhoršuje a oni pak podléhají sociální exkluzi. K těmto pacientům je třeba zvolit specifický přístup, kterému říkáme asertivní. Kromě péče o lidi, kteří péči nevyhledávají, ale onemocnění u nich postupuje se asertivní přístup, zejména tedy asertivní kontaktování, používá k aktivnímu vyhledávání osob trpících vážným duševním onemocněním a nemajících aktuálně žádnou adekvátní pomoc. Zkušenost je pak důležitou složkou, aby tým dokázal pracovat se všemi klienty s duševním onemocněním.

Práce v terénu je pro služby CDZ zásadní a členové týmu musí být připraveni, jak sociální, tak zdravotní službu poskytovat i v prostředí, které je blízké danému pacientovi. Z pilotního provozu CDZ vyplývá, že týmy působily v terénu více než šedesát procent svého pracovního času. Jako hlavní nástroj využívaný v CDZ je princip Recovery (zacílení služby), tedy služby poskytované na míru. Recovery přístup chápe vážně ztrátu smyslu a trauma z následků onemocnění jako zásadní překážku v zotavení z duševního onemocnění. Cílem péče nemá být pouze odstranit symptomy onemocnění, ale soustředit se i na obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života. Je to především dopad onemocnění v podobě stigmatizace, který negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného, jeho sebevědomí, postoje, víru ve smysluplnou budoucnost, vztahy i fungování v běžných rolích (partnera, rodiče, zaměstnance, souseda atd.). Všechny tyto okolnosti zároveň výrazně zvyšují stresovou zátěž a tím i riziko relapsu onemocnění. Recovery zabraňuje vzniku bludného kruhu, který prognózu onemocnění a kvalitu života dále zhoršuje. (MZČR, 2022)

Hlavní principy přístupu zotavení:

- ✚ Práce s nadějí. Důležitá je otevřenost ke všem možnostem budoucí životní dráhy klienta/pacienta. Posilování naděje jako silného motivačního faktoru je klíčovým prvkem.
- ✚ Rozvoj silných stránek. Pozornost je zejména věnována rozvoji potenciálu klienta/pacienta nikoliv jeho limitům a omezením. Celostní přístup. Podpora klienta je zaměřena na všechny oblasti života, na posilování ve zvládnutí jeho životních rolí (bydlení, práce, volný čas, společenský, partnerský – rodinný život, osobnostní a profesionální růst atd.), tedy nejen na zdravotní oblast, ale také nalezení nové identity s pozitivním myslí ve vnímání smyslu navzdory nemoci
- ✚ Zplnomocňování. Klíčová je podpora klienta/pacienta tak, aby sám byl schopen rozhodovat a řídit svůj život. Asertivní přístup je proaktivní intervencí, jež je realizována jen v situacích, kdy klient kvůli své nemoci není schopen plného kontaktu s realitou a převzetí plné zodpovědnosti za své rozhodování a jednání. Tyto intervence jsou realizovány po co nejkratší dobu a způsobem, který umožňuje klientovi/pacientovi přebírat co nejrychleji a co nejvíce plnou zodpovědnost. Pracovníci podporují klienta/pacienta v jeho rozhodování. Hlavním vodítkem v práci s klientem/pacientem je to, co klient/pacient sám pokládá za podstatné ve své cestě k zotavení.
- ✚ Respekt. Práce s klientem/pacientem je založena na partnerském vztahu (dospělý – dospělý) a všechna jeho lidská práva jsou plně respektována, podporována a naplňována.
- ✚ Individualizovaný přístup. Každý klient/pacient má svou specifickou cestu k zotavení. Proto je práce s každým klientem/pacientem jedinečná a není možno uplatňovat stereotypní přístupy. Z tohoto důvodu je s každým klientem/pacientem vypracováván jeho individuální plán spolupráce s týmem. (MZČR, 2022)

4.1 ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V CDZ

Personální složení týmu CDZ je definováno platným Standardem služeb poskytovaných v CDZ, sloužící jako mezičlánek mezi primární péčí, která zahrnuje ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním. Dokument definuje dva typy Center duševního, prvním je tzv. Bazální, tedy centrum o nižších personálních nárocích a

také nižší spádové oblasti, po pěti letech od podpisu smlouvy se zdravotní pojišťovnou se z Bazálního CDZ stává Komplexní, kdy se navyšuje počet personálu, zvyšuje se kapacita zařízení pro klienty/pacienty a CDZ je většinou schopno zabezpečit také větší region. Tým CDZ má dle Standardu poskytovat služby formou case managementu a být k dispozici všem potřebným z dané spádové oblasti bez čekací doby. Jedním z hlavních principů, na jehož základě CDZ fungují, je multidisciplinární přístup. Tento přístup je zaměřen, na komplexní péči. Jedná se o komplexní přístup, kdy klient v rámci jednoho týmu může čerpat služby lékařské, psychologické, sociální, edukační a podobně, zásluhou zastoupení jednotlivých profesí, které zmíněné služby poskytují. Veškerá činnost CDZ se dle Standardu řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (MZČR, 2021 in MZČR, 2022)

Psychiatr

Zavádí klienta do péče CDZ. Individuálně indikuje postup léčby, koordinuje práci celého zdravotního týmu. Psychiatr nese plnou odpovědnost za zdravotní péči, medikaci a bio-psycho-sociální přístupy ke klientovi. Musí být součástí terénního týmu a v rámci své role v týmu CDZ se zabývá zdravotnickou diagnostikou a léčbou. Měl by být schopen stanovit priority a rozhodovat se i na základě neúplné informace v situaci důkazné nejistoty o nejlepším terapeutickém postupu. Při stanovení terapeutického plánu zohledňuje bio-psycho-sociální kontext jako nástroj rehabilitace a zotavení. V krizových situacích má důležitou roli v identifikaci aktuálního psychického stavu klienta a určení potřebné intenzity podpory, případně nezbytnosti jeho hospitalizace či pobytové alternativy hospitalizace, po vyčerpání všech podpůrných intervencí v komunitních podmínkách. Kromě přímé práce s klienty má konzultační roli k dalším členům týmu. (MZČR, 2022)

Klinický psycholog

se podílí na přímé práci s klienty v ambulantním i přirozeném prostředí klienta. Poskytuje individuální, rodinné a skupinové psychoterapie. Do jeho kompetence spadá realizace edukačních programů pro veřejnost, zaměřenou na prevenci a duševní hygienu. V rámci týmu CDZ za využití specifických technik a nástrojů provádí psychologickou diagnostiku. Poskytuje psychoterapii a případně socioterapii, jak individuální, tak skupinovou. Aktivně se zapojuje do podpory klientů v případě jejich akutních psychických krizí a traumat. Poskytuje rehabilitaci, reedukace a resocializace psychických funkcí. Zaměřuje se také na poradenskou činnost v oblasti péče o duševní zdraví, včetně možné prevence krizových situací, obecně zdravého

způsobu života, podpory náhledu klienta/pacienta na své psychické onemocnění, v podpoře jeho zplnomocnění a hledání smysluplné sociální, životní role. (MZČR, 2022)

Sestra pro péči v psychiatrii a všeobecná sestra

zajišťuje zdravotní a ošetrující péči na základě Vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků. Kompetence zdravotních pracovníků zasahují do oblastí duševního i somatického zdraví. Péči poskytují ambulantně a terénně. V rámci multidisciplinárního týmu CDZ vykonává následující činnosti: Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Sestra je schopna vyhodnotit, zda pacient není nebezpečný sobě či okolí, a v případě potřeby zajistit nezbytná opatření. Napomáhá pacientovi při adaptaci na životní podmínky, změněné duševním onemocněním. Je schopna používat cílené aktivity (trénink kognitivních funkcí, edukace, nácviku sociálních dovedností, relaxace) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí pacienta. Dokáže pacientovi poskytovat psychoterapeutickou podporu. Sestra provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Napomáhá klientům v jejich samostatnosti v užívání léků, odhaluje a sleduje vedlejší účinky léků, řeší prevenci a problematiku nadváhy a zdravého životního stylu. Pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa je sestra oprávněná vykonávat činnosti při krizové intervenci a při zajišťování psychologické pomoci rodině pacienta. Je schopna rozpoznat psychické zhoršení klienta a určit míru jeho nebezpečnosti jak pro sebe, tak jeho okolí. Zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky, včetně individuálních podpůrných psychoterapeutických rozhovorů. (MZČR, 2022)

Sociální pracovník

pracovník v sociálních službách – kompetence sociálních pracovníků upravuje zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách. Sociální práce se zaměřuje nejen na péči o klienta, ale také na jeho sociální komunitu, zázemí a rodinu. Zajišťuje ambulantní a terénní služby v spolupráci se zdravotníky. Musí mít odpovídající vzdělání v oborech sociální práce, sociální pedagogika, sociální péče, sociální politika a speciální pedagogika. V rámci týmu CDZ vykonává následující činnosti: sociální šetření, spočívající v identifikaci sociální situace klienta v oblasti rodinných poměrů, míry soběstačnosti, finančních zdrojů, míry soběstačnosti, rizikových sociálních faktorů prostředí, v kterém klient žije. Zabezpečení sociální agendy spočívá v řešení sociálně právních problémů, sociálně právního poradenství, podpory v důchodové a dávkové agendě. Sociální rehabilitace obsahuje činnosti zaměřené na podporu v

soběstačnosti klienta v praktických dovednostech, rozvoji účinné komunikace klienta v jeho sociálním prostředí. (MZČR, 2022)

Pracovník v sociálních službách

dosáhne potřebného vzdělání pro svoji práci absolvováním kvalifikačního kurzu v rozsahu minimálně 150 hodin. Naplní práce pracovníka v sociálních službách v CDZ je přímá obslužná péče o osoby, tedy pomoc s běžnými denními činnostmi, poskytuje pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů. Dále provádí základní výchovnou nepedagogickou činnost, například rozvíjení společenských zájmů klientů, vytváření a rozvíjení pracovních návyků, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti. Dále pod dohledem sociálního pracovníka provádí aktivity směřující k poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí klientů. Specifickou roli hrají „peer pracovníci“, tedy osoby mající vlastní zkušenost s duševním onemocněním, jeho průběhem a léčbou. K podpoře klienta je možno použít osobní příběh. (MZČR, 2022)

Peer konzultant

podmínkou pro zařazení do pracovního týmu je, podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, absolvovat také kurz pracovníka v sociálních službách. Činnost peera je postavena na práci s vlastním příběhem a osobní zkušeností s duševním onemocněním.

Souhrnně tvoří funkční celek, kooperující mezi sebou podle metodiky zavádění multidisciplinárních přístupů. Dominantními jsou dle svého počtu sociální pracovníci a všeobecné sestry. Celkově by se dal tým shrnout na dvě složky, a to na složku sociální a složku zdravotnickou (zdravotní). Nutno podotknout, že je pro úspěšné fungování multidisciplinárního týmu sladění obou pracovních stylů zcela nezbytné. (MZČR. 2022)

Tabulka č. 1: Personál zajišťující péči v CDZ – bazální dle platného Standardu:

Profese	Úvazek
Psychiatr	0,5 úvazku
Klinický psycholog	0,5 úvazku
Všeobecná sestra ¹⁹	4,0 úvazku
Sociální pracovník/pracovník v sociálních službách ²⁰	4 úvazky

Tabulka č. 2: Personál zajišťující péči v CDZ Komplexní dle platného Standardu:

Profese	Úvazek
Psychiatr	1,0 úvazku
Klinický psycholog	1,0 úvazku
Všeobecná sestra ²¹	7,0 úvazku
Sociální pracovník/pracovník v sociálních službách ²²	7,0 úvazky

Pokud se ukáže v přirozeném regionu potřeba ošetřit více klientů s SMI indikovaných k péči CDZ, je možné personální obsazení uvedené níže navýšit.²³ Standard udává rovněž minimální materiální a prostorové vybavení, které by CDZ mělo mít.

Obr. 4; Personální zajištění CDZ

Zdroj: MZČR 2022

4.2 PCA PŘÍSTUPY A CASE MANAGEMENT

V současnosti se pro tento směr používá nejvíce termín „přístup zaměřený na člověka“ PCA (Person-Centered Approach). Jedinečnost tohoto přístupu je v zaměření se na klienta jako aktivního činitele změn, zaměřených na symptomy a řešení problémů. PCA je začleněna mezi dlouhodobější terapie umožňující trvalé změny ve struktuře osobnosti. Spolu s preterapií však může dobře zafungovat i ke zvládnutí akutních stavů, ať už v podobě krizové intervence či v navázání kontaktu s pacienty se závažným duševním onemocněním. Terapeut je facilitátorem, který podporuje klienta v jeho vlastním procesu sebepoznání a osobního růstu (aktualizační tendenci). V přístupu k osobnosti pak pracuje s pojmem self-konceptu (sebepojetí) jako centrem, kolem kterého se uspořádávají všechny zážitky. Ty jsou vnímané a hodnocené podle toho, jaký význam a relevanci nesou ve vztahu k self („Já“). (Faixová, 2014)

Mezi další dostačující podmínky terapeutické změny formulované C.R. Rogersem patří:

- Bezpodmínečné přijetí – akceptace klienta bez jakýchkoliv hodnotících soudů, které mu umožní setkat se všemi svými pocity, zážitky a myšlenkami

- Empatické porozumění – vstupování do klientova vnitřního vztahového rámce na emoční i kognitivní úrovni
- Kongruence – opravdovost, transparentnost terapeuta – soulad mezi tím, co terapeut prožívá, co si o sobě uvědomuje a případně vyjadřuje navenek
- Terapeut by měl umět vnímat pre-expressivní emoce, které dosud nebyly vyjádřeny slovy, ale projevují se právě ve výrazu tváře. Tato metoda je založena na „kontaktních reflexích“ – doslovného zrcadlení klientova verbálního i nonverbálního chování. (situační – popis chování – vidím, že se kývete; obličejové – popis expresivních emocí ve tváři – „usmíváte se, máte vztek“; tělové – navazující kontakt s tělem – popis bizarní či katatonní symptomatiky „kývete se“, „jste strnulý“; slovní – reflexe pre-expressivních řečových projevů jako echolálie, slovní sálat, klienti jsou zpravidla povzbuzeni naším zájmem a pak svůj projev rozšíří) (Faixová, 2014)

Terapeut by se měl snažit být empatický, autentický a nekritický a poskytovat klientovi podporu a porozumění v jeho cestě k sebepoznání a seberealizaci. Důraz je kladen na budování důvěry a vzájemného respektu mezi klientem a terapeutem, což může vést k hlubšímu porozumění a transformaci. V otázkách formy poskytovaných služeb směrem ke klientům jsou v zahraničí s úspěchem implementovány případová vedení (case management), tedy přístup, nápomocný lepší koordinací nabízení služeb ve fragmentovaném systému péče. Neméně důležitým příslibem případového vedení je terapeutický vztah s klientem. Takový vztah je veden, rozvíjen a kultivován pracovníky, s monitorováním dosažených výsledků, přehled o potřebách a schopnostech klienta, vyhodnocováním práce a výsledků napříč multidisciplinárním týmem, včetně plánování péče, podpory i realizací plánů využitím sociálních sítí a klientových zdrojů. (Probstová & Pěč, 2014)

Metoda case managementu vzniká ve vztahu k procesu deinstitucionalizace a jako reakce na problémy s ním spojené. Jako jeden z nástrojů programu komunitní podpory má mít podíl na procesu ustavování nových vztahů, které jsou důležité při přechodu pacientů z léčebny do komunity. Její potřebnost vnímají i psychiatři, kteří jsou nuceni opakovaně řešit z jejich pohledu zbytečné hospitalizace, zapříčiněné nedostupností přiměřené komunitní podpory. Mezi hlavní cíle case managementu patří koordinace služeb a poskytování podpory, při které je zajišťována návaznost péče a jsou naplňovány komplexní individuální potřeby klientů služby. (Stuchlík, 2001)

Snahy o jeho proměnu narážely na odpor některých profesionálů, jak o tom svědčí reakce z počátku devadesátých let: „*Jeden z primářů léčebny oděn v bílém nemocničním stejnokroji glosoval prezentované idey slovy: ‚Aha, tak vy mladí to chcete celé postavit na hlavu. Vy se chcete kamarádíčkovat s pacienty a chodit k nim domu na kafe.‘ Poznámka byla velice ironická, ale v zásadě shrnovala základní principy, které jsem měl na mysli*“ (Pfeiffer, 2010, s. 11–12).

Case management je poskytován jako služba sociální rehabilitace v rámci zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.), a tedy nikoli jako součást zdravotní péče. Zajištění úhrad za poskytované služby ze zdravotního pojištění možné není. S ohledem na finanční náročnost je za daného stavu obtížné získat do týmu zdravotnický personál, a to nejen psychiatry a lékaře, ale také psychiatrické či všeobecné sestry. Od modelů realizovaných v zahraničí se u nás podoba case managementu v jednom z důležitých kritérií výrazně liší a to že není poskytována jako zdravotně-sociální služba, ale jako jedna z podob sociální práce. Absence zdravotnických profesionálů v týmu je vnímána jako problém, zvláště v případě, je-li třeba reagovat na neočekávané krizové situace, a představuje tak určitý limit pro flexibilní zintenzivnění podpory. V rámci case managementu se medicínské a sociální problémy posuzují jako vzájemně provázané. Při péči o duševní zdraví se v této souvislosti mluví o bio-psycho- -sociálním přístupu. Na druhou stranu pole působnosti terénního týmu PDZ je formálně vymezeno oblastí sociálních služeb. Ve vztahu ke zdravotnictví tak působí case manažeři jako zprostředkovatelé. Pro řešení medicínských problémů spojených s duševním zdravím je třeba využívat především služeb ambulantních psychiatrů. Členové týmu pak pomáhají klientům při využívání služeb praktických lékařů či různých specialistů. Někteří klienti společně s jinými problémy mohou řešit i tíživou sociální situaci. Pracovníci PDZ jim proto pomáhají zdolávat problémy s dluhy, exekucemi a dalšími finančními závazky, ať už sami, nebo s pomocí specializovaných poraden. Těm, kteří projeví zájem, pomáhají se sháněním zaměstnání.

(Carboch, 2020)

Case manažeři PDZ usilují o zmírnění restrikcí a souvisejících negativních dopadů – podporují klienty ve snaze o navrácení plné svéprávnosti či v rámci destigmatizačních kampaní pracují s veřejností a usilují o změnu postojů k duševně nemocným. Především ale zahání ticho, které lidé žijící s diagnózou duševního onemocnění obklopuje, a snaží se zesílovat jejich hlas. Jsou na jejich straně, podporují je a zkouší kompenzovat mocenské asymetrie. Důležitým předpokladem takto pojaté podpory je schopnost naslouchat výpovědím klientů a respektování jejich názorů a přání i v takových případech, kdy jiným mohou připadat jako bezvýznamná či nesmyslná. Respekt case manažerů k názorům klientů a jejich přáním je samozřejmou součástí

poskytované podpory. Umožňuje klientům nejen aktivně participovat na uspořádání sítí vztahů s dalšími subjekty/objekty, ale je také jedním z předpokladů při vytváření podmínek pro takové jednání klientů, které by bylo možné označit za autonomní. V rámci návštěv case managerů u klientů bylo možné zaznamenána jejich negativní dopady na hospitalizace v léčebně. K usnadnění navázání vztahu napomáhá skutečnost, že se některým podařilo opustit léčebnu díky podpoře PDZ. Pro udržení takového vztahu je důležité, že se case manažeři nepodílí na nedobrovolných hospitalizacích klientů v psychiatrických léčebnách a nepostupují proti jejich přání. I když hospitalizace v principu nepodporují, někdy jsou jediní, kdo může klientům v čase krize nabídnout podporu. Proto s klienty kompletují Krizové plány, v nichž se vymezí postup v případě, že se klient dostane do zdraví ohrožující situace. Pokud už k hospitalizaci dojde, spolupráce pokračuje dál, case manažeři navštěvují klienty v léčebně a pomáhají jim s návratem z léčebny i budoucí kontinuální podporou. (Carboch, 2020)

4.3 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Současné trendy v sociálních problémech a složitost moderního života vyžadují interdisciplinární přístup. Profesionálové z různých oborů, jako jsou sociální pracovníci, psychologové, pedagogové, psychiatři, terapeuti, právníci, policisté, zaměstnanci vězeňských služeb a další, mohou poskytnout různé perspektivy a dovednosti potřebné nejen k řešení komplexních potřeb klientů, ale také pro efektivní spolupráci napříč obory.

Dokladem o zavádění možností interdisciplinární spolupráce nám může být například zkušenost z Velké Británie. Ve Velké Británii byl vydán pokyn s názvem „Working Together“ („Pracujeme společně, dohromady“), který promýšlel meziprofesní a mezisložkovou spolupráci. Byl vydán pod sekci 7 zákona o sociálních službách a byl připraven Ministerstvem zdravotnictví, Školským a vědním odborem. Dokument zahrnuje pokyny k postupu při ochraně dětí a doporučuje činy k jejímu zefektivnění. (Hanušová, Hellebrandová, 2006)

Jednotlivé sociální problémy často souvisí s mnoha faktory, jako jsou ekonomické podmínky, duševní zdraví, rodinná dynamika, vzdělání, zaměstnanost a mnoho dalších. V některých odvětvích byly shledány problémy jako limitní, zejména v omezeném pochopení rolí a odborností ostatních zúčastněných profesionálů, se zvýšenými požadavky na odpovědnější dokumentaci a komplexní přístup v diagnostice a léčebném postupu namísto podkopávání „koordinovaného přístupu k rovným příležitostem ke vzdělávání a rozvoji našeho lidského kapitálu. Je tedy žádoucí, aby sociální pracovníci v nemocničním prostředí úzce

spolupracovali, aby bylo zajištěno že pacient a rodinní příslušníci mají porozumění a znají prostředky, jak udržet svůj stav, dodržováním předepsaného režimu lékařem i po návratu domů. Naopak sociální pracovníci v psychiatrických zařízeních vidí klienty jejichž životy jsou ovlivněny a protkány rozšiřující se sítí sociálních vazeb. Klienti v systémech léčby duševního zdraví mají rozmanité příznaky, které vyžadují znalosti odborných pracovníků s různým typem vzdělání. V takovém prostředí napomáhá kontextové chápání významu zejména sociálním pracovníkům, jelikož přehlížené problémy mohou vést k bezdomovectví etnické ... v důsledku zanedbávání léčebného režimu v podobě neužívání léků. (Bronstein, 2003)

Článek od Laury Bronstein definuje mezioborovou spolupráci jako „*mezilidské procesy, skrze které příslušníci odlišných disciplín spolupracují na dosažení či produkování společných cílů či výstupů*“. (Berg-Weger and Schneider, 1998, s. 698; in Bronstein, 2003, s. 299)

Je třeba si uvědomit, že ony zmíněné „mezilidské procesy“ by v ideálním případě měly „podporovat dosahování cílů“, a také to, že těchto cílů by „nebylo možno dosáhnout, pokud by jejich dosahování“ leželo pouze na bedrech „příslušníků“ každé z disciplín bez vzájemné provázanosti.

Z tohoto plyne, že o mezioborové spolupráci je možné zamýšlet, jestliže:

- Je vytyčen cíl vzájemné práce
- Na dosažení cíle se podílí pracovníci více profesí
- Mezi pracovníky probíhají procesy, které ovlivňují dosažení cíle
- Bez těchto procesů a vzájemné interakce mezi profesionály rozdílných oborů by k dosažení cíle nedošlo
- Pro samotné naplnění mezioborové spolupráce není vymezeno, jak často je nutné, aby jednotliví profesionálové byli při práci na společném cíli v kontaktu.

(Kappa-Help, 2020)

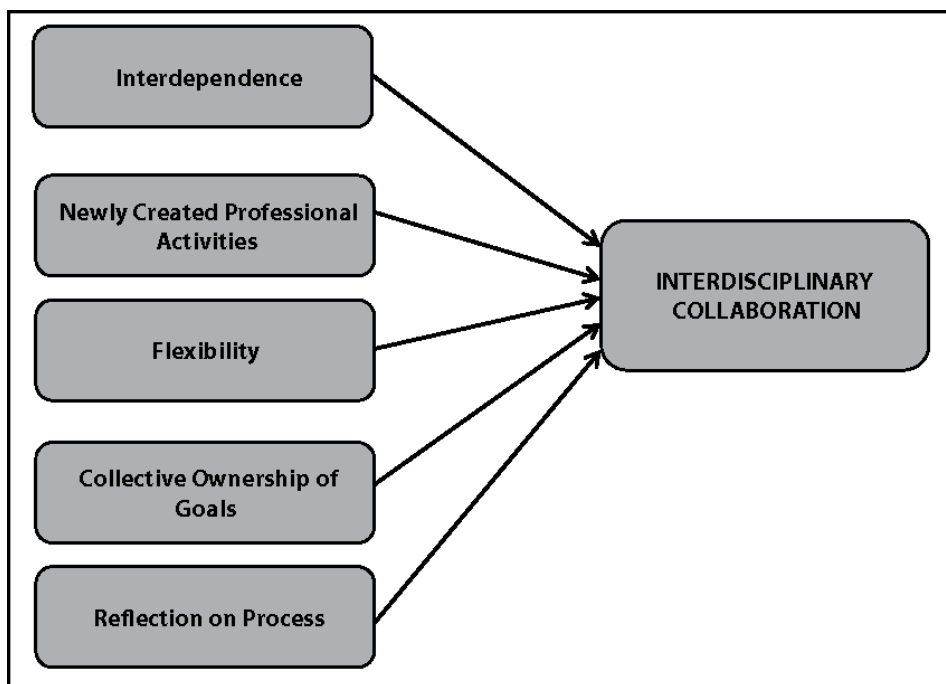
Pro stanovení základních komponentů interdisciplinárního přístupu bylo použito čtyř teoretických rámců k rozvoji tohoto modelu, včetně multidisciplinární teorie spolupráce pro integraci služeb. Tento program rozvoje byl nejčastěji ve spojení s rolí teorie a teorií ekologických systémů. Prostřednictvím opory teorie v odborné literatuře a praktik v sociální práci byly identifikovány prvky mezioborové spolupráce, které se neustále objevují.

Přestože mezi obory existují rozdíly, toto schéma by mělo obecně zobrazovat komponenty pro optimum spolupráce, napříč sociálními pracovníky a ostatních profesionálů v mnoha dalších oblastech. Meziprofesní procesy sdílené napříč jedním nebo více odborníky

různých odborností, při plném pracovním vytížení, by mělo reprezentovat pět základních složek: vzájemná závislost, nově vytvořené profesionální činnosti, flexibilita, kolektivní vlastnictví cílů a reflexe procesu, jak je vyobrazeno na následujícím obrázku č. 5.

(Bronstein, 2003)

Model mezioborové spolupráce podle Laury R. Bronsteinové je komplexní rámec, který popisuje klíčové komponenty pro úspěšnou mezioborovou spolupráci.



Obr. 5; Model Mezioborové Spolupráce

Zdroj: (Bronstein, 2003) / A Model for Interdisciplinary Collaboration

Mezirezortnost se týká známek spolehlivosti a důvěryhodnosti interakcí napříč pracovníky, přičemž každý je závislý na druhém, při plnění svých cílů a úkolů. Aby tito profesionálové mohli vzájemně a nezávisle fungovat, musí jasně chápat a brát zřetel na rozdíl mezi svou rolí a odlišném přístupu dalších spolupracujících profesionálů. (Bronstein, 2003)

Aby bylo zmíněných přístupů vhodně použito s důrazem na kolegiální respekt k odborným názorům a příspěvkům, patří rovněž mezi známky vzájemné závislosti a provázanosti formální a neformální část strávený spolu, prostřednictvím ústní i písemné komunikace. Ve spolupráci je zapotřebí nastolit nehierarchickou strukturu řízení mezi jednotlivými členy, se záměrem dosáhnout pozitivního výsledku. Účast na skupinových rituálech znamená závazek členů k procesu a posiluje vzájemnou soudružnost. Skupinové rituály mají díky svému opakování vliv na posílení komunikace, zásluhou předvídatelnosti

chování druhých, se zvládnutím nejistoty a případné úzkosti. Opakované rituály fungují jako proces k „budování sdílených významů, tvorbou a posílením solidarity prostřednictvím sociální angažovanosti“ (Smith & Stewart, 2011, s. 118)

Použitím skupinových rituálů během spolupráce jsou kritickým krokem k budování rozvoje kolektivní identity. Kolektivní identita napomáhá členům podpořit interní skupinová rozhodnutí, namísto rozhodnutí externích, z nichž by benefitovaly jednotlivé organizace.

(Greer, 2017)

Kolektivní identitu lze zkoumat prostřednictvím „konstruktivních účinků rozhovorů, ve kterých se členové popisují jako kolektiv“ a „jazyk používaný se mezi členy vyvaruje nutnosti posuzovat úroveň konvergence napříč myslí jednotlivců“ (Hardy et al., 2005, s. 63) rozhovorů členové konstruují problém, definují proces a vytváří rámec pro posun vpřed, ke společné akci a potenciálním řešením.

Na základě vhodně zvolených a jasně definovaných základních principů činnosti a samozřejmě i nezbytné identifikace s nimi se mohou členové týmu navzájem respektovat, vzájemně se inspirovat a obohacovat, a to nejen při výkonu svých vlastních profesí, ale také při vytváření uceleného pohledu na problémy. (Jankovský, 2015)

Na obrázku č. 6. je vyobrazen mechanismus vzniku kolektivní identity, který opisuje „běžnou a dobrou praxi“.



Obr. 6; Kroky formující kolektivní identitu

Zdroj: (Hardy, 2005; in Greer, 2017)

Související podpora spolupráce je zakořeněna v přesvědčení, že spoléhání se na druhé při určitých úkolech a možnostech, umožňuje spolupracovníkům trávit čas dělat to, co každý zná a umí nejlépe. Mattessich a Monsey zjistili, že úspěšní spolupracovníci jasně rozumí svým

rolím. Obě tyto vlastnosti jsou prekurzory pro vzájemnou závislost; profesionálové si musí být jisti ve svých rolích, aby věděli, co mohou nabídnout, i naopak, v čem se mohou na ostatní spolehnout a co mohou poskytnout. Tyto odborné činnosti se týkají aktérství na společných programech, v níž mohou dosáhnout více, než kdyby stejní profesionálové jednali ve svých počinech samostatně. Tyto aktivity maximalizují odbornost každého spolupracovníka. (Abramson & Rosenthal, 1995; Mattesich & Monsey, 1992)

Dle Jankovského (Jankovský, 2015) koncept činnosti multidisciplinárního týmu funguje za předpokladu, že:

- a) jeho jednotliví členové dokládají určitou míru profesní pokory. Přestože se dnes může zdát, že pokora ztratila svůj význam a je vnímána spíše jako nežádoucí anachronismus, má právě tato osobnostní dispozice v týmové práci mimořádnou důležitost. Autor tím nemyslí význam tohoto slova (ve smyslu „ohnutého hřbetu“), ale spíše schopnost člověka mít reálný pohled na sebe sama, na své skutečné schopnosti a možnosti, tedy vědomí, že zdaleka ne vždy musíme mít vše dokonale pod svou kontrolou. V tomto kontextu pak dostává týmová práce žádoucí rozměr. Vzájemné důvěře, sdílení, a především pokoře se musí členové týmu učit. Nejedná se tedy o nějaký statický stav, ale spíše o dynamický proces.

Tým je připraven na to, že potřebné vlastnosti jednotlivých členů týmu mohou v průběhu času sílit, slábnout, ale také se ztratit. Vzájemné sdílení vyžaduje též od každého člena týmu ochotu dát k dispozici svou sféru prožívání, což není rozhodně jednoduché a je to nezřídka spojeno i s nebezpečím možného vyhoření.

Koordinátor mezioborové spolupráce je nově vytvořená pozice několika krajů v ČR, mající za úkol organizovat a řídit spolupráci napříč různými obory, disciplínami nebo odděleními v rámci organizace nebo projektu. Jejich hlavním cílem je zprostředkovat efektivní komunikaci a koordinaci mezi různými částmi organizace v rámci kraje nebo týmu tak, aby bylo dosaženo společně definovaných cílů a optimálních výsledků. Nadto může taková interdisciplinární spolupráce vést k větší účinnosti a úspěšnosti intervenčních programů, zaměřených na řešení sociálních problémů.

4.3.1 KOORDINÁTOR MEZIOBOROVÉ SPOLUPRÁCE

Koordinátoři mezioborové spolupráce jsou často klíčoví pro úspěch projektů a výzkumu, které vyžadují komplexní a multidisciplinární přístup. Jejich schopnost vést tým různorodých odborníků a propojit jejich znalosti může přispět k dosažení inovativních a efektivních výsledků napříč obory.

Zohlednění následujících požadavků pomůže zajistit, že vybraný kandidát bude schopen úspěšně koordinovat mezioborovou spolupráci a dosahovat efektivních výsledků v projektech či výzkumu na krajské úrovni pro potřeby výběrového řízení na obsazení tohoto pracovního místa koordinátora mezioborové spolupráce na odboru sociálních věcí, na pracovišti krajského úřadu nejmenovaného kraje.

Vykonává činnost: Realizuje mezioborové aktivity na území kraje především v sociální, zdravotní a školské oblasti. Propojuje organizace a instituce působící ve výše uvedených oblastech. Podílí se na zpracování koncepcí v oblasti rodinné a seniorské politiky a realizuje vybrané aktivity této koncepce. Podílí se na přípravě mezioborové koncepce sociálně-zdravotního pomezí a realizuje vybrané aktivity této koncepce. Koordinuje aktivity k reformě péče o duševní zdraví.

Platová třída odpovídající druhu práce: 11

Jiné požadavky pro vznik pracovního poměru odpovídající povaze správní činnosti:

Vysokoškolské vzdělání v bakalářském nebo magisterském studijním programu. Zkušenosti s koncepční prací, přípravou strategických dokumentů, vedení setkání s odborníky. Znalosti v oblasti sociální, zdravotní, a školské problematiky: znalost zákona č 108/2006 Sb. O sociálních službách, zákona č 372/2011 Sb. o zdravotních službách o podmínkách jejich poskytování. Zodpovědnost a vysoké pracovní nasazení, samostatnost, flexibilita, loajalita, komunikační a prezentační dovednosti, pečlivost; dobrá znalost práce na PC (MS Office)

Výhodou: Vzdělání v sociální nebo zdravotní oblasti.

Takto byla definována zakázka krajským úřadem na pozici Koordinátora mezioborové spolupráce.

Od všech pracovníků multidisciplinárního týmu se předpokládá vysoká odbornost a profesionalita. Každý odborný pracovník podpisem příslušné pracovní náplně stvrzuje, že se bude dále vzdělávat podle aktuálních potřeb a požadavků zaměstnavatele, nicméně u

pomáhajících profesí nemůže vysoká odbornost a profesionalita postrádat lidský rozměr poskytované péče, proto postupujeme dle zásad humanistické psychologie C. R. Rogerse jednoznačně preferujících vztah člověka k člověku. (Jankovský, 2015)

Koordinátorem může být např. sociální pracovník, příslušník policie, manažer prevence kriminality, pracovník organizace pomáhající obětem apod. Koordinátora lze bezesporu považovat za jeden z nejdůležitějších článků celého týmu. Koordinátor služeb by v našem pojetí zastřešujícím prvkem, jehož činnost spočívá především ve vytváření funkční sítě, v poskytování informací a koordinaci služeb pro aktéry služeb. Jeho činnost, angažovanost a motivace významně ovlivňuje výstupy týmu, ale i míru aktivity jednotlivých členů týmu. Koordinátor je pomyslným mostem mezi jednotlivými aktéry, iniciuje a motivuje k mezioborové spolupráci. (PMSCR, 2018)

V mých očích by koordinátor mezioborové spolupráce měl mít schopnost efektivně komunikovat s lidmi z různých oborů a disciplín; měl by být schopen vést a motivovat tým ke spolupráci a mít schopnost vidět širší obraz, stejně jako cíle organizace nebo projektu. Úsilí koordinátora je pak klíčová pro dosažení synergií a maximálního využití znalostí a zkušeností v různých oblastech.

4.3.2 KOMPETENECE PŘI VEDENÍ MEZIOBOROVÉ SPOLUPRÁCE

Jaké kompetence by měl ovládat sociální pracovník k tomu, aby mohl úspěšně koordinovat multidisciplinární tým, bychom mohli demonstrovat na jednom z klíčových nástrojů sociální práce, který představují sociální služby. Budeme-li chtít znát předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka, které ho dovedou k úspěšné koordinaci multidisciplinárního týmu v rámci sociální služby, budeme se zabývat primárně jeho kompetencemi, zejména těmi, které získal především při procesu vzdělávání, tedy na vyšší odborné nebo vysoké škole, tak jak to vyžadují předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. V České republice existuje řada vzdělávacích institucí, které s větším či menším úspěchem připravují budoucí sociální pracovníky pro výkon této profese. Po stránce teoretické lze soudit, že jsou dostatečně připraveni, avšak praxe zpravidla ukáže, že pouhé knižní znalosti nestačí. Programy akreditované pod oborem sociální práce, by měly zaručit osvojení praktických znalostí studentem v rámci přípravy na budoucí povolání a je na organizacích studentům v tomto ohledu vyjít vstříc.

Vést a koordinovat nejen sociální službu, avšak pracovat především s také s lidskými zdroji a budovat úspěšný tým, s sebou často nese nároky zejména osobnostní. Jelikož je sociální práce profesí zaměřenou na pomoc jedinci nebo skupině jedinců a je takzvaně prací člověka s člověkem, lze od vedoucího pracovníka, v tomto případě sociálního pracovníka, očekávat, ale i vyžadovat, aby ovládal a neustále vylepšoval, tříbil své schopnosti a dovednosti vést pracovní tým. (Tajanovská, 2015)

Mezi vyžadované kompetence ve zdravotnictví i sociálních službách, nejčastěji patří:

- komunikativnost a kooperace, chcete-li spolupráce
- schopnost řešit problémy a tvořivost
- samostatnost a výkonnost
- odpovědnost; schopnost uvažovat a učit se
- schopnost zdůvodňovat a hodnotit. (Belz, Siegrist, 2000)
- Znalosti a přehled o kompetencích zapojených institucí
- Mít znalosti o síti služeb v dané lokalitě
- Umět pracovat se skupinou (rozvíjet a upevňovat vztahy mezi členy týmu, motivovat ke spolupráci, poskytovat zpětnou vazbu, schopnost naslouchat a klást otázky, definovat problémy, umět vyjednávat a vystupovat veřejně)
- Organizační schopnosti (PMSCR, 2018)

Informace o zefektivnění a zkvalitnění mezioborové spolupráce je velmi srozumitelně, a prakticky interpretována ve sborníku mezioborové spolupráce vytvořené na pomoc obětem trestných činů. Obsahuje doporučení z letitých zkušeností pracovníků probační a mediační služby ze spolupráce při realizaci multidisciplinárních týmů pro tyto oběti, které se budu snažit, pokud možno co nejobecněji shrnout. Mezioborovým týmem se rozumí platforma pro pravidelné setkávání, komunikaci a kooperaci odborníků ze státních i nestátních organizací. Na lokální úrovni se rozumí fungující podpůrná síť dostupných služeb a institucí pro cílovou skupinu, reagujících na základě identifikovaných potřeb. Přitom je řada existujících důvodů proč mezioborové týmy organizovat. Může to být nedostatek nebo minimum spolupráce mezi subjekty, nepřehlednosti a nerovnoměrném rozložení sítě služeb, uživatelé a provozovatelé služeb nemusí být dostatečně informováni o možnostech využití dostupnosti služeb nebo o potřebách jednotlivých aktérů. Výhodou takových setkání jsou sjednocená a vyhodnocená data, prostor pro vzájemnou koordinaci postupů a provázanosti pomoci, otevření možnosti

spolupráce napříč sektory, reakce na aktuální situaci v lokalitě s možností sdílení statistických dat i zkušeností a v neposlední řadě mediální prezentace a zvýšení. (PMSCR, 2018)

4.3.3 RIZIKA PRÁCE KOORDINÁTORA

Koordinátor si domluví individuální schůzky se zástupci přizvaných organizací. Jednání by se měl zúčastnit statutární zástupce organizace a nominovaná osoba. Ideální by bylo, aby osoba nominovaná do týmu měla zároveň určité rozhodovací kompetence za svou organizaci. Pokud jste našli vhodného specialistu, který je motivovaný k práci v týmu a nemá rozhodovací pravomoc, pak tuto schůzku využijete pro získání podpory nadřízeného. Proto je při osobních jednáních s případnými členy zapotřebí podrobně osvětlit myšlenku a cíle týmu. Díky tomu rozpoznáte jejich individuální motivaci a ochotu spolupracovat. Doporučuje se zvat vždy stejné zástupce institucí, což zajistí kontinuálnost aktivit. Koordinátor nemá kompetence k výběru nebo změnám členů v týmu, z důvodu nedostatku specialistů. Mnohdy je k týmu přiřazena osoba (bez projednání s koordinátorem), která nevěří smyslu činnosti týmu a dochází pouze z donucení svých nadřízených. Také dochází k přetěžování osob, které pro tým vykonávají ještě další svěřené činnosti. Nerovnoměrné zastoupení účastníků (málo nebo naopak příliš mnoho), znemožňuje efektivní projednávání a adekvátní výstupy, stejně jako pasivita účastníků. (PMSCR, 2018)

Mezi bariéry, jež ztěžují, případně přímo znemožňují interdisciplinární spolupráci, lze zařadit rozdílný status profesí, kulturu organizace, důvěru klienta v organizaci, konkurenci mezi organizacemi, stereotypy, nedostatečnou důvěru v kompetentnost ostatních odborníků v týmu, nevyjasnění rolí, nedostatečnou kooperaci a mocenské zájmy organizace. (Hanušová, Hellebrandová, 2006)

Následující obrázek č. 8 poměrně výstižně zachycuje úroveň podporující multidisciplinární práci, v tabulce jsou zahrnuty také faktory přispívající k neúspěchu. Předpokládám, že informace v tabulce obsažené jsou využitelné transdisciplinárně.

Vybrané faktory, které usnadňují multidisciplinární práci:	Vybrané faktory, které mohou způsobit napětí a konflikty v týmu:	Vnější a organizační napětí, která mají negativní dopad na práci týmu:
<p>Vymezení rolí i povinností a jasné stanovení hranic rolí jednotlivých aktérů.</p> <p>Závazek ochotně spolupracovat.</p> <p>Důvěra a vzájemný respekt.</p> <p>Pochopení škály rozličných pohledů a porozumění vůči dalším aktérům – uvědomění a ocenění toho, čím mohou přispět k fungování týmu.</p> <p>Komunikace, výměna informací na základě předem domluveného systému pro sdílení informací.</p> <p>Schopnost sebereflexe – tzn. Všímat si a pochopit, jak působím na ostatní a oni na mě.</p>	<p>Nejasnosti kolem rolí.</p> <p>Nereflektovaná síla odlišnosti včetně působení odborných hierarchií, dopadu mocenských bojů a rozostření profesionálních hranic.</p> <p>Nereflektovaná odlišnost profesního žargonu.</p> <p>Mezioborové konflikty nebo neshody o tom, co je v nejlepším zájmu klienta.</p> <p>Různé profesní hodnoty, teorie a metody práce.</p> <p>Neošetřované negativní pocity a osobní reakce na práci s traumatizovaným klientem/klienty.</p> <p>Špatná komunikace a předávání informací.</p> <p>Subjektivně vnímaný nebo skutečný nedostatek podpory zúčastněného aktéra/aktérů.</p>	<p>Konkurenční zásady a postupy práce.</p> <p>Rozdílné pohledy a zásady v etických kodexech jednotlivých zúčastněných profesí.</p> <p>Omezený čas k tomu, aby lidé mohli řádně plnit své role.</p> <p>Nedostatek zdrojů umožňujících naplnění potřeb klienta/klientů.</p> <p>Nejasná, případně nevyvážená struktura a koordinace týmu.</p>

(Text přejatý do tabulky: Atkinson et al., 2005, Frost et al. 2005)

Obr. 7; Faktory ovlivňující spolupráci

Zdroj: (Atkinson, Doherty, Kinder (2005); Frost, Robinson, Anning (2005); In Kodýmová, 2015)

4.3.4 PRAKTICKÉ A ORGANIZAČNÍ ZÁLEŽITOSTI – DOPORUČENÍ PRO ÚSPĚŠNÉ SÍŤOVÁNÍ

Před organizací týmu je nutné jednat se všemi relevantními aktéry, poznat jejich potřeby a získat od nich podněty pro témata. Rozvrhnout si plán aktivit s přehlednou databází kontaktů na instituce a organizace včetně kontaktů na konkrétní osoby. Na jednání chodit připraven, mít nachystané podklady a vše, co chceme sdělit jako jsou cíle a smysl týmových setkání. Na jednáních zjistit případné podněty, zájem k zapojení a motivaci. Při prvním setkání je třeba myslet na faktickou náplň setkání, napomáhající kooperující atmosféře a motivací aktivity členů, neboť je důležitým bodem, který pomáhá definovat další setkání. Pro výběr místa setkání je ideálním půda magistrátu nebo městského úřadu, kterou jsou spojovacím článkem v určité lokalitě. Pozvánka by měla být zaslaná s dostačeným předstihem i s programem jednání. Facilitátor setkání má připravený prezenční listiny včetně kontaktů na účastníky, dále dataprojektor, počítač pro prezentace, eventuálně flip chart. Příprava základního občerstvení jako je voda, čaj, káva je samozřejmostí. Jmenování zapisovatele nebo osoby zodpovědné za zpracování zápisu (často někdo z okolí koordinátorova spolupracovníků). Koordinátor týmu je elementem spoju a jeho výstupy a moderace setkání je důležitá pro relevantní výstupy z jednání. Všem účastníkům je třeba poskytnout dostatečný a vyvážený prostor a je dobré myslet na rozloučení se všemi, nejlépe osobně při odchodu.

Návrh programu úvodního programu:

Uvítání všech účastníků a představení vize ze setkání. Vzájemné představení – přičemž se každý z přítomných představí a podělí se ze které je organizace a jaké jsou v jejich dosavadním počínání zkušenosti s danou problematikou nebo cílovou skupinou. Na základě mapování koordinátor na úvod shrne aktuální situace v lokalitě a nastíní možnosti podpory. Očekává se diskuse nad možnými tématy napříč týmem i návrh od ostatních včetně návrhu plánu činnosti. Poděkováním a rozloučením úvodní setkání zpravidla končí. (PMSCR, 2018)

Některá specifická témata mohou být pro tým obohacující tím, že bude přizván expertní host (znalec), který by pomohl členům rozšířit povědomí o dané problematice. Přizváním takového externího hosta může mít pozitivní efekt, nicméně z týmových setkání by se neměla primárně stávat primárně vzdělávací platforma, kdy by byla většina setkání majoritně orientována na výklad hosta. Naopak při účasti relevantních aktérů, se doporučuje se dohodnout na spojení. Vznikem takové fúze je možné rozšířit záběr takové platformy a vnášet do ní adekvátní témata. Osvědčilo se mít dobře zmapovanou lokalitu v oblasti služeb a potřeb cílové

skupiny. Trpělivě postupovat po malých krůčcích a neuspěchat tým. Vybudovat si pozici, znát legislativu a tým svolávat s jasnou vizí a cíli. Opřít se o to, co již bylo vybudováno a navázat na již vzniklé a fungující. Vybudovat si síť kontaktů, která může být podpořena osobními vazbami. Znat organizace poskytující rámec zmiňovaných služeb a vysvětlit jim, že se nejedná o konkurenci. Zapojit relevantní aktéry, mít stabilizované účastníky, případně hledat spojence z těchto řad. Dbát na to, aby vznikala konkrétní opatření a výstupy. Neméně důležité je vzájemné pochopení, respekt, úcta k práci a taktéž poznání specifik jednotlivých služeb s důrazem na vzájemný přínos a spolupráci. Společné výstupy ze strany týmu vůči státní správě a zřizovatelům služeb například zajišťují vznik podpůrných programů (Krizová centra poskytující důležitou a včasnou pomoc obětem sociálního znevýhodnění). Tyto programy rovněž posilují informovanost občanů, jak se zachovat a postupovat v případech, stanou-li se svědky nebo oběťmi trestné činnosti. Toho lze také docílit setkáváním občanů s odborníky, což přispívá ke zlepšení podmínek z prostředí problematiky, na kterou cílíme. (PMSCR, 2018)

EMPIRICKÁ ČÁST

5 STANOVENÍ CÍLE VÝZKUMU

Práce by měla být přínosná v definování nejčastějších překážek pro optimální výkon Center Duševního Zdraví (CDZ) a navazujících terénních formách podpory a pomoci osobám se zkušeností s duševním onemocněním v procesu zotavení. Do problematiky okolo psychiatrické reformy, procesu na odstraňování a zmírňování společenského stigma jedinců s duševním onemocněním, sociální rehabilitace, sociálního poradenství, komunitního ošetřovatelství a kontinuity péče s cílovou skupinou, budou do výzkumném projektu zapojeni profesionálové z řad manažerů i členů multidisciplinárního týmu.

Sekundárním cílem projektu je ilustrativní *vymezení pilotní pozice mezioborového koordinátora*; jakožto možného „influencera“ na poli meziorganizačního vyjednávání, jehož význam pro plynulost při transformaci psychiatrie a budování sítí komunitních center vnímám jako zásadní. Projekt se pokusí zmapovat uchopení, samotnou realizaci, výkonu na pozici koordinátora mezioborové spolupráce a v neposlední řadě jeho dopad na systém sociální práce zasazeného do prostředí následné psychiatrické péče. Konkrétněji v tomto případě implementaci do praxe, témat předem analyzovaných, avšak dosud nerealizovaných.

Konkluze z diplomového projektu by mohla býti oporou pro případné argumentace, za účelem dalšího plánování a rozšiřování služeb, zefektivnění systémů pro meziorganizační a multidisciplinární spolupráci, podporující účinnou transformaci psychiatrické péče. Původně přínosné informace mezioborového koordinátora o začlenění se do agendy multidisciplinárních týmů, a jeho zjištění, jak on vnímá svou součást v těchto uskupeních, bylo popoháněno úsilím představit myšlení takového pracovníka od jeho nástupu, po zopakování rozhovoru po uplynutí okolo osmi měsíců výkonu profese již zmiňovaného koordinátora. Bylo zajímavé sledovat skutečnost, zdali došlo k nějakému posunu ve vnímání průběhu transformace psychiatrie u koordinačního pracovníka, případně jiných zjištění v otázkách implementace sociální politiky do praxe. Byl jsem rovněž v očekávání, na informace zainteresovaných účastníků, povětšinou vedoucích pracovníků mého šetření v otázkách hledání shodných vzorců a spekulativních inspirací.

„Obměnou tohoto způsobu je zapamatovat si poznámku nějakého odborníka nebo kolegy typu "prozkoumat to, a to by mohlo být užitečné a zajímavé" a popřemýšlet o ní. To je často mnohem lepší zdroj výzkumných problémů, zvláště když vás zmíněná oblast zajímá.“

(Strauss & Corbin, 1999, s. 22)

Zdali se vyplní formulace výše stanovených cílů, představy zúčastněných informantů, stejně jako interpretace následujícího výzkumného bádání a předpokladu účelu vzniku mé práce, si zainteresovaný čtenář počká do závěrečných kapitol.

Druhá část diplomové práce bude věnována výzkumu s kvalitativním designem. V rámci posunu výzkumného projektu je nezbytná analýza dokumentů, protokolů, statistických dat, sborníků, a doporučení včetně ohlédnutí za předešlým obdobím a mapováním současné situace okolo reformy psychiatrie. Pátráme po literatuře, zabývající se obdobnými tématy, jako je naše, a to bez ohledu na to, jaké teoreticko-epistemologické a teoreticko-konceptuální zázemí používá. Tento druh literatury nám totiž může pomoci vytvořit si plastičtější obraz o sledovaném tématu. Z hlediska metodologické literatury obsahují současné odborné společenskovední texty, založené na empirickém výzkumu, obvykle pasáže či kapitoly, popisující použité metody výzkumu – v tomto případě se uchýlíme k metodologicky inspirující odborné literatuře. „*Studium dosavadního vědění je tedy nezbytnou součástí jakéhokoliv empirického výzkumu, protože nám při přípravě našeho vlastního výzkumného projektu může přinést různorodé poznatky a významně obohatit náš vlastní výzkum.* (Novotná; Šťovičková Jantulová, 2019, s. 49)

5.1 HLAVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

1. Jaké faktory hrají významnou roli v transformaci institucionálně orientovaných zařízení směrem ke komunitním službám?
2. Jak by měl ideální multidisciplinární tým v oblasti péče o duševně nemocné fungovat?
3. Kdo je v multidisciplinárním týmu hlavním koordinátorem poskytovaných služeb?
 1. Jaké jsou identifikovány nejčastější překážky členy multidisciplinárního týmu a jakým způsobem se s nimi vypořádají
4. Jaký přístup a úkony spočívají ze strany pracovníků v zapojení sebe samých a jedinců s DON do procesu a destigmatizace okolím?
5. Jakou roli má koordinátor mezioborové spolupráce při implementaci změn souvisejících s transformací psychiatrie?

5.2 POZICIONALITA VÝZKUMNÍKA

Ve vztahu k příbuznosti zkoumaného vědního oboru psychiatrie a ve spojitosti s její reformou, by bylo vhodné připomenout původ mé angažovanosti do této problematiky. V rámci výkonu své služby coby nelékařský zdravotnický pracovník, jsem při poskytování zdravotnické péče v prostředí urgentního příjmu a lékařské pohotovostní službě poměrně často konfrontován pacienty s přidruženými psychiatrickými diagnózami. Přestože většina z nich nespadá do kategorie závažných duševních poruch, jsou jejich psychosomatické obtíže na bedrech sloužících lékařů a praktiků, zatímco původ jejich obtíží ani zvolená terapeutická intervence, těmto klientům dlouhodobější úlevu nepřináší. Nelze tedy nerozpoznat absenci ambulantních specialistů, adiktologů, psychoterapeutů, psychologů i komunitních služeb. Dalším pojítkem k tomuto tématu je vlastní retrospekce do své profesní minulosti, kdy jsem v jednom psychiatrickém zařízení několik let působil, na pozici všeobecné sestry i náhradní vojenské služby. Představa instituce pro duševně indisponované, ve mně evokuje jakousi žitou zkušenost, tedy „insidera“ (s klíčem od dveří).

Po každý ze způsobů, jak býti zasvěceným odborníkem, který nemusí být přístupný cizímu vědci vám zvyšuje hloubku i šíří porozumění; otázky okolo objektivity, reflexivity, autenticity výzkumného projektu pak mohou být předloženy jako od někoho, kdo ví příliš mnoho nebo je v rámci projektu příliš podobný těm, kdo je studován. (Kanuha, 2000)

Má profesní pozicionalita může svým způsobem hrát roli při pohledu na zkoumanou problematiku, nicméně se ve své práci budu snažit o co největší přímočarost, se zachovanou reflektivitou, bez vlivu mého postoje na dosažený výsledek popsaného výzkumu.

5.3 METODOLOGIE A ETIKA VÝZKUMU

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Téma i cíl výzkumu vzešly z aktuálních společenských potřeb v otázkách stigmatizace duševně nemocných a nutného rozvoje komunitních služeb a následné psychiatrické péče jako prostředek deinstitucionalizace lůžkových zařízení. Jak uvádí Strauss a Corbinová (1999, s. 11), některé zkoumané problémy se hodí spíše pro kvalitativní výzkum, například výzkum „ *který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem... Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.* “

Vhled do obsahu analyzovaných dat se záměrem porozumění významům, které zprostředkovávají, umožňuje kvalitativní obsahová analýza. Podstatou kvalitativních přístupů je akcent na specifičnost/jedinečnost (idiografický přístup). Jejich záměrem je tedy identifikace řady drobných detailů, nuancí, variací pozorovaného fenoménu a vzájemně je porovnávat, tedy sledovat podobnosti i odlišnosti, případně absence a z takových sledování a porovnávání vytvářet závěry. (Novotná, 2019)

Rozdělení textu do jednotlivých kategorií budou následně odvozena analýzou s následnou identifikací vztahů mezi kategoriemi. Výzkumník využívá analýzu obsahu vyvíjející schéma kódování. Vzhledem k povaze zkoumané problematiky jsem se rozhodl jako metodu analýzy dat využít kvalitativní obsahovou analýzu, ve které budu vycházet z Kuckartze a Rädikera. Konkrétně pro strukturující kvalitativní obsahovou analýzu. (Kuckartz & Rädiker, 2023)

Podstatou kvalitativních přístupů je důraz na specifičnost/jedinečnost (idiografický přístup). Jejich cílem je tedy identifikovat řadu velmi drobných detailů, nuancí a variací sledovaného fenoménu a navzájem je porovnávat, tedy sledovat nejen podobnosti, ale i odlišnosti (dokonce i absence), a ze všech těchto sledování a srovnávání vytvářet závěry. Přičemž v těchto závěrech jde nejen o postžení toho, jak se daný fenomén vyskytuje obvykle, ale i toho, jak různě se může vyskytovat. Právě zachycení oné různosti – můžeme říci plurality a diverzity – totiž může velmi dobře odkrýt povahu a příčiny sledovaného jevu, tedy odpověď na otázku PROČ.

V rámci výzkumného šetření, jsem prostřednictvím jedné organizace zaštiťující centra CDZ absolvoval třídní stáž. Do realizovaného kvalitativního šetření pomocí semistrukturovaných rozhovorů, tak vstoupil ještě terénní výzkum. Uskutečněná setkání byla tímto obohacena taktéž o terénní zkušenost s virtuálním týmem, který hodnotím obrazně přínosným; zejména v celistvosti sběru informací ve vztahu ke klientům a mapováním jejich potřeb, jež bude zapotřebí saturovat. Záměrem mého pozorování a následné interpretace zjištění, bylo zkoumat běžný den zaměstnanců CDZ, smysl terénní práce i míru participace a zplnomocnění cílové skupiny.

Cílem etnografického výzkumu je obvykle snaha porozumět zkoumanému sociálnímu světu a přiblížit se smyslu, který svému jednání připisují samotní aktéři (tj. zprostředkovat emickou perspektivu). Pakliže jde o vytváření dat, etnografie obvykle zapojuje účast výzkumníka na životě zkoumané společnosti po určitou (zpravidla „delší“) dobu. Hlavní důraz je přitom většinou kladen na zúčastněné pozorování. (Budijová, 2015, s. 15)

„Cílem teoretických a etnografických studií je poskytnout zobecňující výkladové rámce, které umožňují porozumět lidským přesvědčením, sdíleným hodnotám a sociálním institucím.

Kritériem kvality sociální a kulturní antropologie na úrovni teoretických studií není společenská užitečnost výzkumných závěrů, ale jejich schopnost být přiměřeným klíčem pro porozumění lidskému jednání a myšlení v různých společenských souvislostech.“ (Hirt, 2012, s. 17)

Mezi specifické metodologické přístupu v terénním zkoumání patří zúčastněné pozorování, které se podílí na vytváření a interpretaci kvalitativních dat o lidech se kterými jsem byl dlouhodobě v blízké interakci i děních, kterých jsem byl svědkem, na rozdíl od sociologů hodnotících kvantitativně data, která sám „nesbíral“. (Toušek, 2012)

Pakliže si „chceme osvojit pohled aktérů, které zkoumáme čili nahlédnout zkoumaný problém v emické perspektivě. Toho docílíme díky procesu tzv. enkulturace, tj. učení se dané kultuře, jenž představuje jeden z hlavních principů zúčastněného pozorování. V rámci účasti se si totiž postupně osvojujeme hodnoty a normy zkoumané společnosti, či prostředí a učíme se vidět svět z perspektivy aktérů.“ (Heřmanský, 2019, s. 363)

Jako primární zdroj o chronologický popis dění ve zkoumaném terénu zaměřený na zodpovězení výzkumného problému, lze bez sebemenších pochybností přisoudit terénním poznámkám, jež jsem si v průběhu svých tří návštěv u klientů pořizoval. (Heřmanský, 2019)

Při práci s daty jsem se ani okrajově nevymezoval pro práci s daty atribučními, které jsou zaměřené na individuální statistiky charakterizovaných jako jsou věk, vzdělání, příjem aj. Naproti tomu jsem věnoval více pozornosti pro vazbám, spojením kontaktů mezi aktéry v rámci interdisciplinárního přístupu, jakožto studiem sociální struktury analýzou sociálních sítí. V tomto případě jsem pracoval s relačními daty. (Hirt, 2012)

5.4 METODA VYTVÁŘENÍ A ZÍSKÁVÁNÍ DAT

K dosažení dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, přičemž tato metoda nabízí potencialitu podle předem stanovených kritérií. Informant je tázán na podkladě předem stanovených otázek, přičemž se nabízí eventualita s těmito otázkami pracovat, modifikovat, rozšiřovat, obohacovat. a strategicky reagovat na vývoj rozhovoru individualizovaného přístupu s informanty. Tento posun ve změně myšlení nastal po korekci otázek scénáře rozhovoru, jenž byl přizpůsobován na každou pozici a organizaci do níž jsem vstupoval. Z hlediska zvolené strategie jsem usiloval o rozšíření témat, původně neplánované přizvání dalších profesionálů k rozhovoru. Scénář jednoho z realizovaných rozhovorů je součástí příloh diplomové práce. (Příloha č. 4)

Do klientova prostředí jsem vstupoval z pozice outsidera. Oproti svému kolegovi, který měl hlubší znalost terénu a s tím i mnohem více věcí mu mohlo přijít natolik běžných a samozřejmých, že jim nemusel věnovat pozornost. Dá se tvrdit, že trpěl tím, co se označuje jako slepota v domácím prostředí, což je záležitost, která outsidera trápit nemusí, jelikož pro něj je „vše“ nové, nevšední a tudíž nesamozřejmé. Na tomto úkazu je možno vidět výhody outsidera před insiderem, a tou je odstup, který si do zkoumaného terénu/problému přináší. Jednou z posledních činností charakteristických pro zúčastněné pozorování je jeho písemný záznam, který je právě naopak tím nejvýznamnějším (minimálně stejně podstatným jako ostatní aktivity), jelikož data, která můžeme analyzovat a interpretovat jsou bez záznamu pozorování a účastnění se zbytečná. (Heřmanský, 2019)

5.5 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACÍ PARTICIPUJÍCÍCH NA VÝZKUMNÉM ŠETŘENÍ

Kvalitativní výzkumné šetření proběhlo ve čtyřech organizacích:

1. Dva z mých informantů jsou členy odboru sociálních věcí úřadu, který je zřizovatelem organizací zabezpečující největší pobytové kapacity služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v daném kraji. Tento úřad zpracovává žádosti poskytovatelů sociálních služeb k umožnění finančních prostředků na zabezpečení dostupnosti sociálních služeb na daném území; dále se podílí na realizaci projektů v sociální oblasti na krajské úrovni, metodicky podporuje poskytovatele sociálních služeb, zaopatřuje analýzu hodnotitelných indikátorů kvality, efektivity, dostupnosti a potřebnosti sociálních služeb na území nejmenovaného kraje.
2. Jednou z dalších organizací bylo Centrum Duševního Zdraví. Centrálně je toto zařízení řízeno Psychiatrickou nemocnicí, pod níž provozně spadá. Pracovníci reprezentující zdravotní složku jsou bývalí zaměstnanci PNEM, zatímco sociální pracovníci smluvně fungují pod záštitou nestátní neziskové organizace s obecně prospěšnou činností. Toto zařízení poskytlo, dva informanty, terénní stáž, hojný dostatek zaměstnanců pro komplexní porozumění studovaným jevům v podobě nestrukturovaných rozhovorů. PN jakožto provozovatel služeb CDZ, disponuje 850 lůžky.

3. Dalším CDZ fungovalo v rámci stejného kraje, avšak s vlastní provozní trajektorií, pod záštitou významného poskytovatele sociálních služeb nejrůznějších variací. Personál i řízení provozu CDZ je plně v gesci této církevní organizace, čítající od 250–499 zaměstnanců. Souhlasné stanovisko a podíl na výzkumu vyjádřili dva informanti.
4. Třetí z forem CDZ je provozně symbiotický s PNEM, která zajišťuje zdravotnický a lékařský personál, naproti tomu sociální složka je rovněž řízená neziskovou organizací, poskytující komplexní sociální služby. Tato organizace dodala dva informanty participující na mém projektu.
 - Dvě centra duševního zdraví, stejně jako územní samosprávný celek spadají do shodného kraje
 - Jedno CDZ, bylo osloveno a navštíveno v odlišném kraji
 - Vzdálenost mezi jednotlivými CDZ byla od 50 do 140 km.

5.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Realizace výzkumu proběhla na základě devíti semistrukturovaných interview s osmi informanty. S výjimkou jednoho informanta, byli všichni oslovení vedoucími pracovníky a přímými účastníky preventivně, diagnostických a sociálně terapeutických aktivit, s klienty s diagnózou duševního onemocnění. Setkání proběhla v předem vymezených termínech na jejich pracovištích. Pro selekci výzkumného vzorku bylo cíleně využito účelového výběru, ten případně zejména na manažery, vedoucí pracovníky, zástupce krajských institucí, ambulantních a komunitních zařízení, poskytujících sociální a zdravotní služby. Předností takových reprezentantů je multioborová příslušnost, zájem o spolupráci a vliv na efektivitu nabízených služeb. Pestrost výběru informantů spočívala také v jejich odlišném pracovním zařazení i dosažené kvalifikaci. Pověštinou sociální pracovníci, všeobecné sestry, všeobecné sestry se specializací v psychiatrii a jeden lékař. Různorodost výpovědí by měla rovněž zaručit diverzita pracovišť. Výzkum probíhal na čtyřech pracovištích, tedy i pod jiným zřizovatelem, pod jiným vedením a odlišným hierarchickým uspořádáním.

Z celkového počtu devíti rozhovorů byly dva rozhovory pojaty skupinově. Realizace dvou rozhovorů, tedy probíhala současně s dalším přítomným pracovníkem. Jednou to byli dva vedoucí pracovníci; jeden za složku zdravotnickou a druhý za složku sociální, v případě druhém to byla vedoucí zařízení a všeobecná sestra. Jeden rozhovor byl opakován s odstupem osmi

měsíců. V závěrném součtu informantů, participujících na kvalitativním výzkumném šetření, jsme se dostali na číslovku osmi participantů v devíti rozhovorech.

Z hlediska etiky výzkumu bylo nutné zvážit mocenské vztahy, v jejichž kontextu by mohli účastníci výzkumu výzkumníka vnímat. Bylo tedy zapotřebí zajistit, aby se informanti nedomnívali, že v participaci na výzkumu, případně odmítnutí účasti budou zvýhodněni nebo znevýhodněni – podle toho, pro co se rozhodnou. (Littlechild, 2014)

5.7 SELEKCE INFORMANTŮ

Informanti, jenž se podíleli na výzkumném souboru splňovali následující kritéria:

- Plnoletost (18 let) vzhledem k právním úkonům a rozhodovacím procesu bez nutnosti souhlasu zákonného zástupce
- Podepsaný informovaný souhlas s výzkumem pro dodržení výzkumné etiky zaručující anonymizující identifikaci
- Manažeři, lékaři, vedoucí pracovníci s praxí alespoň jednoho roku na manažerské pozici a dvou let přímé práce s klienty
- Všichni zaměstnanci měli VŠ vzdělání magisterského nebo lékařského typu – nejnižším vzděláním bylo bakalářské. Tou byla všeobecná sestra a současný koordinátor, jenž si navazující magisterský stupeň doplňuje kombinovaným studiem.
- Otázky ohledně věku a praxe mi v momentech vedení rozhovoru přišly nevhodné nebo ponižující směrem k dotazovaným, nehledě na vedoucí, řídicí pozice, jež informanti zastávali.

Participujícím informantům jsem si dovolil dát anglofonní jména, do tohoto výběru jsem u pěti z nich, retrospektivně promítl některá jména mých předešlých nadřízených. K zamezení spekulací by selekce jmen neměla mít příbuznost s jejich českým ekvivalentem, ani holou skutečností.

Jméno informanta	Pracovní zařazení	Věk	Forma rozhovoru
Mark	Vedoucí zaměstnanec v sociální oblasti za daný region	45 let	Individuální
Helen	Koordinátor mezioborové spolupráce	32 let	Individuální
Grace	Vedoucí pracovník CDZ – Zdravotní služby	52 let	Individuální
Sandra	Vedoucí pracovník CDZ – Zdravotní služby	47 let	Skupinová
Lillian	Vedoucí pracovník CDZ – Sociální služby	47 let	Skupinová
Elize	Vedoucí zařízení – NO pokrývající služby a provoz CDZ	48 let	Skupinová
Tracy	Všeobecná sestra pracující v CDZ druhým rokem – přešla praxe – lázeňství – chirurgie – studující specializační studium pro sestry v psychiatrii na NCZO v Brně	30 let	Skupinová
Joanne	Vedoucí lékař v PN	50 let	Individuální

Časová dotace na polostrukturované rozhovory byla okolo čtyřiceti minut až jedné hodiny, nicméně ve dvou případech byla délka rozhovoru poměrně výrazně překročena a to na 94 a 110 minut. Pořízený audio záznam z rozhovorů byl následně přepsán v celé délce. Průměrný počet stran po transkripci rozhovoru, byl od osmi do dvanácti stran, nejdelší přepis rozhovoru obsahoval dvacet čtyři stran. Při přepisu získaných dat jsem vyhodnocoval zjištění, zdali disponuji dostatečným množstvím dat a relevantních odpovědí, ke stanoveným výzkumným otázkám.

Interview byly po dohodě a podpisu informovaného souhlasu se zúčastněnými nahrány na zvukový záznam. Poté následoval doslovný přepis a zpracování. Zvukové stopy i přepisy rozhovorů byly k dispozici u autora této práce. Rozhovory byly nahrávány na zvukový záznamník chytrého telefonu. Poté byly doslovně přepsány a následně došlo k jejich zpracování. Zvukové záznamy a přepisy rozhovorů byly uloženy u autora práce. Poté, co tato práce prošla schvalovacím procesem vedoucím diplomové práce, byly pořízené audiozáznamy zlikvidovány a vymazány. Pro možnost budoucího využití získaných informací, byly přepisy ponechány v očíslovaném pořadí, bez názvu jmen zúčastněných, včetně institucí, v nichž byly pořízeny

5.8 VEDENÍ POLOSTRUKTUROVANÝCH ROZHovorŮ

Na samém počátku všech rozhovorů byl realizován explorativní rozhovor s osobou, jež vyhovovala požadavkům výzkumu a svou reprezentativitou by odpovídala populačnímu vzorku ostatních členů. Po doslovné transkripci pilotního rozhovoru, mohla proběhnout změna formulace některých otázek, případně úprava scénáře rozhovoru. Každé návštěvě vybraných pracovišť předcházela má emailová žádost s oslovením aktérů o možnost osobního setkání, za účelem vytváření dat a následné analýzy informací pro účely diplomové práce a obecným představením cílů mého snažení. Informanti byli v rozhovorech anonymizováni, čímž se předešlo potenciální situaci, při které by některý z informantů mohl svým hodnotícím komentářem podnítit některé aktéry ke konfrontaci s jeho dobrou pověstí. Pro souhlasné stanovisko strany s účastí ve výzkumu, byl připraven informovaný souhlas, k jejich podpisu, ubezpečující o anonymizaci informanta, vyjadřující kladné stanovisko s použitím zvukové stopy na audio záznam. Součástí informovaného souhlasu byly i dodatky o nemožnosti identifikace osoby pro účely diplomového projektu, bez uvedení jmen a souvislostí s jejich osobou i v případě sdílení dat z rozhovoru třetí straně. Informantům bylo vysvětleno, o jaký typ výzkumu se jedná a v čem by se daly výstupy úspěšně použít.

5.9 PROBING

Zásadní podmínkou každého zdařilého polostrukturovaného rozhovoru je odpovídající sondování neboli *probing*. Jsou to různé verbální i neverbální pobídky, jejichž smyslem je získat komplexněji a zevrubněji odpovědi kladené směrem k informantovi. Obecným smyslem sondování je rozvíjet dopovědi více do hloubky v případech, jsou-li příliš stručné, doptáme se na věci citlivé, komplikované nebo příliš osobní. Sondování se aplikuje jako následná reakce na získanou odpověď u přímých otázek z taktických důvodů, nebo v situacích v nichž se dotazovaný z různých příčin zdráhá odpovědět. Při vytváření dat jsem si vystačil s neutrálním způsobem sondování a to: (Toušek, 2012)

- ❖ **Sondování ozvěnou – Založeno** na opakování toho, co bylo informantem řečeno
Např.: „Říkal jste, že jste se rozhodl odejít od rodiny do jiného města, co bylo dál?“
Jedná se o neutrální způsob sondování, jehož hlavním cílem je dát najevo pozornost a dodat podporu v dalším vyprávění.
- ❖ **Povzbuzující sondování** – Způsob sondování se stejným účelem, založený na průběžném používání citoslovcí a různých přitakávacích slovesech: „hm“, „rozumím“, „chápu“ apod. Předpokladem této techniky je použití správnou intonací a ve správném kontextu, v opačném případě může působit přesně opačně tedy i projevem nezájmu.
- ❖ **Rozvíjející sondování** – Jedná se o nejběžnější a univerzální typ sondování pomocí tázacích vět navazujících na odpovědi respondenta. Například: „Proč ne?“, „Proč si to myslíte?“, „Můžete být více konkrétní?“, „Tomu jsem úplně neporozuměl, co jste tím chtěl říct?“
- ❖ **Sondování prostřednictvím dlouhé otázky nebo opisem** – K použití tohoto typu sondování vede předpoklad, že s formulací dotazu pomocí souvětí a více vět namísto holých vět, dostane se nám větší otevřenosti a empatie, delší a komplexnější odpovědi.,
Například namísto otázky „Byl jste někdy u psychiatra?“ můžeme položit otázku „Lidé v podobné situaci jako vy zažijí ledacos, například se ocitnou přijatí na psychiatrii, máte také podobnou zkušenost?“ (Toušek, 2012)

6 ANALÝZA VÝZKUMU

6.1 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Analyzovaná data v kvalitativním výzkumu, mají povahu záznamů a mohou mít různé podoby. Mohou to být fotografie, audio nebo video nahrávky, avšak obvykle se jedná o texty různého charakteru: přepisy rozhovorů, terénní deníky, knihy apod. Převedení dat netextové povahy do textové formy, je úvodním krokem počátku analýzy v mém případě to byla doslovná transkripce. Mišovič (2015) doslovnou transkripci popisuje jako velmi náročnou operaci, využívanou v případech, kdy se soustředíme na obsahovou a tematickou rovinu, v případě, kdy aktér vstupuje jako svědek nebo expert. Úprava plné transkripce poté spočívá v redukci prvního řádu, tedy vynechání těch textů, které nejsou z našeho hlediska pro analýzu důležité.

Po pečlivém a opakovaném pročtení, došlo v textu k označení kódy, které byly řazeny do kategorií a subkategorií. Průběžné poznatky, záznamy a závěry byly konstruovány při procesu induktivního kódování. Tento systém byl aplikován napříč všemi rozhovory. Jednotlivé kategorie a data byly poté interpretovány od nejvyšší úrovně – kategorií, z těch byly selektovány kategorie s nosnými tématy.

6.1 PRÁCE S DATY - KÓDOVÁNÍ

Důraz na specifčnost a jedinečnost (idiografický přístup) je podstatou kvalitativních přístupů s cílem identifikovat řadu drobných detailů, variací a nuancí pozorovaného fenoménu a vzájemně je konfrontovat, tedy sledovat nejen podobnosti, odlišnosti i absence a ze všech těchto pozorování vytvářet závěry. Při formulaci závěrů jde nejen o popis toho, jak se daný fenomén vyskytuje, ale obvykle i toho, jak se různě může vyskytovat. Zachycení takové různosti, plurality, diverzity totiž může velice dobře podkrýt povahu a příčiny sledovaného jevu a poskytnout odpověď na otázku proč? Při zohlednění kontextů a různosti situací při kvalitativní strategii je kladen klíčový důraz na data a na to, co v procesu výzkumu sledujeme. Nejde o ignoraci dosavadního vědeckého poznání samotným výzkumníkem, nýbrž logikou výzkumného procesu i povahou výzkumníkových závěrů je řízeno to, co v procesu o sociální realitě zjišťujeme i to, jak ji poznáváme – induktivní přístup. (Novotná, 2019) Ve zvolené výzkumné strategii jsem vycházel z úsudku pro induktivní postup, který se snaží dospět k obecným poznatkům na základě předešlých zkušeností a zjištění. Aplikace induktivního přístupu v rámci výzkumu, v němž může naopak být teorie výsledkem výzkumu, kdy badatel

v rámci výzkumného procesu na základě analýzy nahromaděných dat vygeneruje obecné závěry v podobě teorií a modelů. (Špaček, 2019) Tento postup by mohl vést k obecnému porozumění, jak vedoucí pracovníci vnímají multidisciplinaritu, stigmatizaci klientů a pokračující deinstitutionalizační proces transformace psychiatrického oboru.

Rozmanitost a výklad kódovacího procesu by se také dal zobecnit prostřednictvím následujícího Saldaňova (2016) výkladu. Získané informace jsem uspořádal v systematickém pořadí na základě klasifikace, kategorizace. Zmíněným procesem jsem přeskupil a znovu propojil data za účelem upevnění významu a vysvětlení. Tento proces kódování jsem shromáždil do kategorií a příbuzností některých charakteristik. Některé kategorie mohou obsahovat shluky kódovaných dat, které si zaslouží další upřesnění do podkategorií.

Na základě vybrané ukázky sběru dat a jejich doslovné transkripci, bych na následující straně rád demonstroval ukázkou uchopení kódování a textové analýzy, s níž jsem ve svém výzkumném projektu postupoval, v podobě vymezení kategorie, subkategorií a kódů.

Kategorie – Slabá místa současné podoby péče (druhý rozhovor podle Helen)

➤ **Subkategorie:**

- „Díra“ při výkonu sociálních služeb a akutní péči
- Absence lékařů ve službě
- **Kódy:**
 - Špatné vyhodnocení situace pracovníkem
 - Nepodstoupení rizika špatně vyhodnocené situace
 - Krytí si vlastních zad pracovníkem
 - Zbytečný výjezd RLP
 - Ovlivnění profesní kariéry
 - Neobtěžováním jiného rezortu
 - Nedořešení systémových změn
 - Limitovanost služeb
 - Krizové linky
 - Zahlcení linek osobami nespádajícími do cílové skupiny
 - Malá šance využití krizové linky klientem DON

Kategorie – jaké byly podle Vás indikace ke transformaci? (Rozhovor s Joanne)

➤ **Subkategorie:**

- Rozhýbání péče a její modernizace
- Maximum péče probíhalo v PNEM
- Pojišťovny nepodporovaly rozvoj ambulantní péče
 - **Kódy:**
 - Apel PNEM na pojišťovny o nasmlouvání ambulantní a akutní péče
 - Zamítnutí žádostí pojišťovnou
 - Péče poskytovaná na následném lůžku je určena pacientům řádně od diagnostikovaným, ve stabilizovaném stavu, pouze na doléčení
 - Většina pacientů tato kritéria nespĺňuje
- Reforma podařila legalizovat péči a otevřít nové obzory v podobě rozšíření péče

6.2 TÉMATA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Dle obsahových sdělení jednotlivých kódů a prostřednictvím formulovaných otázek v polostrukturovaných rozhovorech, jsem tematicky koncipoval 7 stěžejních kategorií: Jsou to kategorie:

- ❖ Oblast manažerská a personální
- ❖ Oblast přijetí do multidisciplinárního týmu
- ❖ Definice průběhu reformy a její shrnutí v aktuálním regionu
- ❖ Sdílení dobré praxe v otázkách psychiatrické reformy i sociálních služeb
- ❖ Stigmatizace jedince společností
- ❖ Úloha pracovníků při transformaci péče, multidisciplinárních přístupech
- ❖ Dopad současné podoby na ostatní systémy

K možnosti náhledu je seznam kategorií a subkategorií v Příloze č. 5.

Ze zvolených tematických oblastí výše zmíněných, stěžejních kategorií lze usoudit, že toto rozdělení navazuje na teoretická východiska diplomové práce. Ke každé z těchto kategorií náležel specifický set otázek, který měl zaručit prolínání a propojování dat s teoretickou částí.

6.3 INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝCH PROSTŘEDNICTVÍM ROZHovorŮ

Tato kapitola bude rozčleněna do kategorií a subkategorií. Po popisu žité zkušenosti vedoucích pracovníků, bych rád využil výňatků z rozhovorů, popisující některé zkoumané jevy. Délka některých pasáží bude ponechána v nezkrácené podobě, jelikož může trefněji vystihnou úroveň výkladu a myšlení o dané problematice.

6.3.1 OBLAST MANAŽERSKÁ A PERSONÁLNÍ

Ústřední téma diplomové práce spočívá multidisciplinárních přístupech. V této hlavní kategorii budu vycházet ze subkategorií se stanovováním střednědobých cílů pro výkon na své pozici, přinášení změn do praxe, vnímání vlivů na pracovní výkon, stanovováním pracovních výsledků, rozvojem zaměstnance, případně průběhem adaptačního období, nabídkou kurzu, spolupráci v multidisciplinárních týmech. Jelikož sedm z mých osmi informantů tvořili manažeři a vedoucí pracovníci, nemohu neskrývat zájem a snahu nahlédnout a pochopit jejich profesní podstatu, jaká rozhodnutí činí, jaké podpůrné nástroje využívají, jak hodnotí multioborovou spolupráci, s jakými lidmi a organizacemi spolupracují.

6.3.1.1 Vznik KMS - Povědomí – Očekávání

V této subkategorii převládala snaha získat co nejvíce informací s ohledem na požadavky pro výkon vztahující se k pozici Koordinátora mezioborové spolupráce. Tato část byla na bedrech mých prvních dvou informantů Helen a jejím nadřízeném Markovi.

Mark shledává velkou škálu mezioborových témat, která stála za nápadem obsazení tohoto pracovního místa - „jedná se o témata z oblasti paliativní péče, sociálně školské reformy, reformy dětských domovů), zejména pak fokus na prioritní téma, jako např. transformace příspěvkových organizací a sociálních služeb cílové skupině (jedinců s DON). Z hlavních aktérů pro nejčastější spolupráci budou obce, zdravotnická zařízení a aktéři péče o jedince z cílové skupiny jako jsou CDZ, ústavní sociální služby, síť ambulantních psychiatrů, PNEM. KMS bude usilovat o posilování dobrých způsobů spolupráce a podílet se na setkáních za účelem transformaci příspěvkových organizací a rozvoji sociálních služeb pro cílovou skupinu.“ KMS bude trávit okolo poloviny času v terénu. Měl by mít přehled a znalosti o dění

na daném území v dané problematice. „Co na KMS naopak v práci nečeká, je tvorba koncepčních materiálů, klasická sociální práce a vedení případových konferencí“. Z požadavků na vzdělání je kvalifikace sociálního pracovníka s bakalářským stupněm vzdělání. Výhodou by měly být pracovní zkušenosti jednak s cílovou skupinou, tak ze zdravotnických zařízení nebo prostředí sociálních služeb. Je možný předpoklad konfliktních situací, očekává se předpoklad zkušenosti s vedením jednání. V rámci adaptačního procesu byl příslib jiných organizací na výkon stáží a komplexního vzdělávání, včetně inspirativních sdílení zkušeností z jiných krajů. Nabízí se také možnost vlastního výběru profesně vzdělávacích aktivit.

Podle Helen by se pracovní pozice měla přizpůsobovat požadavkům jednotlivých aktérů, zejména v otázkách provázanosti služeb zdravotní a sociální, aby měla smysl. KMS vnímá absenci zejména v přechodu z ústavní složky do běžného života, tedy i vážné integrace jedinců s DON. Předpokládaný přínos pro oblast duševního zdraví vnímá KMS „prevenci dlouhodobých hospitalizací, bezdomovectví, zhoršování zdravotního stavu v oblasti duševního zdraví z důvodů banálně řešitelných oblastí – tedy absence řádu (neschopnost nachystat si léky, zapomětlivost s tím související předávkování léky, non compliance v léčbě, úzkost klienta spočívající v neschopnosti zajít si do obchodu na nákup, několika denní období bez medikace s dekompenzací zdravotního stavu a počátku cesty zpět k hospitalizaci, snížení průtokovosti klientů). To vše by mohlo být eliminováno plynulostí a návazností služeb se zavedením a udržením terénní zdravotní a sociální služby“. Dopady úspěšné transformace by byly v podobě přítomnosti ambulantních psychiatrů a zkrácení čekacích lhůt, s lepší návazností na sociální bydlení s podporou služeb sociální rehabilitace i dopadem na kvalitu života.

Grace vnímá přínos vzniku KMS následovně: „Očekávám propojení služeb, které již fungují, mít kontakty, brožury, abychom to měli ucelené. Mít nastudovány metodiky služeb. Když s někým mluvíte tak dosud nejsme pochopení. Proto vás pak nevyužívají.“

Sandra a Lillian jsou z jiného kraje tudíž pozici KMS neznají, a tato otázka se jich netýká

Joanne v reakci na možnost uplatnění a využití pozice KMS, zmínila pozici koordinátora reformy psychiatrie, který v PNEM působil, načež pozice z nějakých důvodů zanikla. Tento zánik si Joanne vysvětluje snad proto, že peníze z reformy z Evropských fondů už skončily – je to pro ni nová zpráva, že se obdobná pozice znovu zavádí a myslí si, že to bude něco podobného, jen bude pozice hrazena nikoliv z MZČR nýbrž z prostředků kraje.

Potřebnost pozice KMS Joanne shledává ve smyslu povzbuzení komunitní péče, následným výrokem „*My potřebuje kapacity v těch komunitách, abychom ty pacienty měli kam předávat, ale v podstatě Ti pacienti, kteří jsou na tom dobře, ti už tady nejsou. Ti už jsou v ambulancích složkách nebo jinde, tady už zůstávají lidé, kteří jsou docela dost problematictí na péči. Potřebovali bychom více kapacit na zdravotně sociálním pomezí.*“ Jedná se o jedince, kteří potřebují více dohledu, více péče, bez možnosti fungovat samostatně, tedy i stálou potřebu lůžkové péče.

Elize se prozatím setkala s KMS jen jednou na domluvené schůzce a to je velmi málo na hodnocení spolupráce, spíš na její obecné formulaci očekávání. „*Není to, že by oni nás nějakým způsobem koordinovali, to si myslím ani není možné, předpokládám, že by to spíš měla být podpora ze strany kraje. Např. medializace této služby, dny duševního zdraví, propagace, rozšíření povědomí. Chtěli vědět co nás trápí, nejhorší je bydlení pro klienty*“ Přínos pozice KMS by Elize spatřila při zmínění této situace s očekáváním zástupců z města, že by se CDZ měli starat také o jedince, kteří nespádají do jejich cílové skupiny, která je svým způsobem omezena, načež zástupci pak nechápou, proč se CDZ od těchto diagnóz distancují. „*Příčemž by tuto osvětu v podobě informačních kampaní, měli činit reprezentanti z kraje*“.

Zdůrazňuje potřebu všeobecných sester mít specializaci v psychiatrii, protože bez toho nemohou úspěšně vykazovat na pojišťovny, jen odběry krve. Mají-li sestry patřičné vzdělání a najdou si kurz, který je zajímavý a mohl by je rozvíjet, pak Elize jako vedoucí pracovník zjistí od vedení, zdali sestru může na další vzdělávací aktivitu vyslat. Dosaženou psychiatrickou specializací jejich kontinuální vzdělávání nekončí. Budget na vzdělávání podle jejích slov není, „*lépe adresovat dotaz na zřizovatele*“.

6.3.1.2 Střednědobé pracovní cíle

V této subkategorii v otázkách zhodnocení střednědobých pracovních cílů, bylo primárně cíleno na záměry KMS a jeho způsob smýšlení při nástupu na novou pozici. Zejména v otázkách cílů pracovních, studijních apod. U dalších informantů nedocházelo ke kýžené kontextualizaci, proto nejsou u této subkategorie kódy, které by se opakovaly, zejména ve vztahu k adaptačnímu období u KMS aj. samozřejmostem, které provází nástup na nové pracovní místo. Je tedy zřejmé, že lze předpokládat plejádu názorů.

Úsilím Marka je snaha o inovaci služeb: „*aby se sem dostaly prvky, které fungují jinde v republice, případně i v zahraničí dobré způsoby spolupráce. My chceme, aby i ten pracovník šel trošičku do úrovně sociální práce. Aby propojil aktéry, které aktuálně vnímám*“

Helen vnímá v oblasti střednědobých cílů, transformaci sociálních služeb a vznik nových služeb. Během adaptačního procesu počítá s účastí na konferenci ve vztahu k multidisciplinarity pro děti a dorost. Z úvodních povinností čeká koordinátora seznámení se s agendou příspěvkových organizací, s mapováním potřeb a tíživých situací, oblastí potřebujících změnu, stěžejní a nefungující oblasti. Následně nabalování dalšího neziskového sektoru a sociální lůžka v nemocnicích. Cíle se budou určovat po dohodě s nadřízeným formou zpětné vazby. Vnímá udělení prostoru a „volné ruky“ ve výběru nových myšlenek v případě nálezu černých míst, nejlépe cestou pro zlepšení a podporou vzdělávacích aktivit směrem k aktérům.

Zato Grace, jakožto vedoucí CDZ soustředí střednědobé cíle na oblast zisku nového pracovníka „*Pro mě musím příští získat tu jednu sestru, abych plnila transformační plán – sestra specku z psychiatrie, bez specky nechci ta má tak na 3 - 4 výkony v té režii, že by se neuživila. jede na body. Dále uchopit akreditaci.*“

Neméně důležitou složkou střednědobých cílů je udržitelnost provozu na momentálním místě z důvodů nájemní smlouvy „*místní problematika se zapojením politických aktérů zastupitelstva města a zviditelněním kandidátky na starostku. Je tady problém, vstupuje do toho politika bohužel. Do zastupitelstva naběhly média, a nyní se jedná školka vs., CDZ, a tedy málo školek a hodně dětí které pronajímá prostory CDZ. Kde máme smlouvu do 25.5.*“

Sandra tvrdila, že z hlediska udržitelnosti je těžké koordinovat zdravotní i sociální složku dohromady. „*Takže určitě toto, aby tým fungoval. Klienty jsme někam posunuli, tak i mým cílem je, aby oni se udrželi v tom samém stavu, tak jsem ji musela snížit ze svých nároků. Tak, jak jsem tady přišla s nějakou vizí, tak se v praxi ukázalo, že to tak úplně není. Klient sem přijde, my budeme dělat nějakou práci a on bude pracovat, sám bydlet a bude to super. Tohle byla moje naivní vize. Pak jsem přišla do té služby a zjistila jsem, že takto to vůbec není. Takže je to o mně, že jsem musela snížit očekávání, přestat myslet jako zdravotník, jít více do toho sociální*“ Dále to je ufinancování zdravotních částí CDZ.

Lillian si klade střednědobé cíle takto - *“Přenasazení sociálních služeb – klasická sociální rehabilitace tady není dobře. Je zapotřebí velké míry zdravotní péče, protože se klienti zase rychle a moc neposunou. Zůstane nějaké procento lidí, kteří by služby CDZ potřebovali pořád“*. Střednědobé cíle Sandry a Lillian se tedy odvíjí od optimálního fungování týmu podle legislativního rámce, přínosu služby směrem ke klientům a nepodlehnutí syndromu vyhoření.

V otázkách vnímání střednědobých cílů se Lillian vyjádřila především v oblasti udržitelnosti služeb CDZ, což lze stvrdit slovy absence kapacit personálu. V důsledku právní normy, tedy principu fungování pod záštitou NO oproti PNEM. Jako příčinu vnímá nedostatečnou podporu z kraje, který *„nechce přidat další pracovníky – nezaštiťuje nás PNEM, proto si pracovníky musíme hledat sami, je potřeba především psychiatra, kterého máme na 0.6 úvazku. My nemáme žádnou podporu nemocnice a není to úplně snadné – psychiatrů je málo. Vede to pouze k navyšování úvazků. Zdravotní pojišťovny nám to rovněž neusnadňují – chtějí K žádanky.“*

Zcela odlišně vnímá své střednědobé cíle Tracy. Ta vidí své cíle v dostudování specializace *„Ano dodělám si specializaci, za rok, možná postupně pak chci přejít částečně do terénu a pracovat více s klienty a rozvíjet ty svoje dovednosti a zkušenosti“*

Ze střednědobých cílů Joanne, je primární otázka ve smyslu správného fungování PNEM. Ta pokládá za stěžejní stabilizaci lékařského stavu, přičemž současné možnosti vnímá, *„že jsou na hraně s počty lékařů, což omezuje počty i vznik nových služeb, které jsou podmíněné náročnými personálními normativy“*. Tento neduh se následně projevuje v podobě nedostačeného zaléčení jedinců, kteří by mohli zůstat v přirozeném prostředí a kumulaci velkého množství klientů v domovech seniorů a DZR s přidruženými psychiatrickými dg. Joanne vnímá na požadavky na personál se specializací a vzděláním. *„Při pohledu na proměnu demografické křivky bude za 10 let bude po zdravotnické péči, tedy i odchod 70tých ročníků do penze; přičemž noví pracovníci je nenahradí. Skladba CDZ je zabezpečena původními zaměstnanci z PNEM“*. Dostupný personál podle ní není nebo neexistuje. *„Situaci provozu CDZ v některých, jiných městech po ČR troufale přirovnává k podobě Potěmkinových vesnic“*.

6.3.1.3 Zavedení a nastavování organizačních změn

Jelikož valná většina mých informantů tvoří manažeři a vedoucí pracovníci, zajímaly mne jejich běžné provozní záležitosti, to jak zmíněné problémy v rámci organizace zvládají a jaké jsou jejich postoje a smýšlení nezbytné pro organizační růst v souladu s jejich posláním. Je evidentní, že každý pracovník bude inklinovat k jinému druhu organizačních změn i řešení provozních záležitostí.

Elize v tomto ohledu dodává. *„CDZ vznikaly jako nové subjekty, tudíž nikdo nevěděl, jak to uchopit, Já jsem tady hned v jeho počátcích nebyla. Nemáme moc organizací, které jsou zdravotně sociální, nejsme ani ukotveni v zákoně, takže nás berou jako sociální rehabilitaci nikoliv jako CDZ v té sociální části. Je to komplikované, i kvůli předávání informací. Musím říct, že se to řešilo za pochodu.“* Projektová iniciace byla pod záštitou MZČR, avšak dle Elize to měly být společná participace obou ministerstev – *„díky online platformě sdílíme si ty zkušenosti a jsou tam i lidé, kteří nám dokáží poradit v situacích, kdy i my si nejsme docela jistí.“*

V otázkách provozní změny a kdo ji provádí? Ze získaných sdělení padlo, že je zapotřebí jiných prostorů, *„nelze se s lidmi setkávat venku, protože ne každý Vás chce vzít domů, přičemž zřizovatel vyšel vstříc k požadavkům. I tak lze objektivně říci, že jsou prostory vyhovující pro současné potřeby pracoviště, v případě přechodu do komplexního CDZ, by tak velký počet pracovníků nebyl prostorově uspokojen., Nevyhovující jsou schody – náročné u jedinců s narušeným lokomočním aparátem.“*

Sandra s Lillian v oblasti evaluace performance a stanovování pracovních výsledků za sociální služby přispěly tímto zjištěním. Aktuálně je k dispozici pět služeb pro hodnocení za tento rok v podobě dotazníků pro klienty a příslušníky, pro zaměstnance, jak naplňují cíle v kontextu služby a hodnocení na způsoby manažerského vedení. Sandra za zdravotní služby přidává, že hodnocení služeb kolegyni ze sociální oblasti mohou jen „závidět“. Nemocnice má pro oddělení dotazník pro klienty, rodinné příslušníky, pro klienty CDZ naprosto nevhodný. *„Hodnocení organizace práce jsou v popisu každé tři roky hodnocení naší (CDZ) práce to dělám já a nemocnice nám do toho nevstupuje. Supervize máme povinné pro celý tým. Vznikly od počátku CDZ, pomáhá nám ro reflektovat vlastní praxi. Máme to rozdělené – my vedení to máme zvlášť. V rámci projektu byly povinné. Když projekt skončil byly snahy supervizi pro zdravotní část zrušit. Ozvali jsme se, že na tom trváme, že je to dobrá věc, když člověk umí využít.“*

Jako jediné zdůraznily důležitost dopadu supervize, jejíž důležitost vnímám také ze zmínek jiných zaměstnanců v jiném regionu za jiných okolností, kterou byla návštěva PNEM ve zformovaném seskupení do podoby virtuálního týmu,

Joanne zmiňovala legislativní nutnost pro přítomnost K 3 psychologa v CDZ – vysoce specializovaný psycholog s atestací z klinické psychologie a psychoterapie vnímá jako překvalifikovaného pro daný typ služeb v CDZ pro chronickou klientelu CDZ, kde není potřeba intervence takto vysoce specializovaného psychologa, který dá přednost soukromé praxi. Tlak na psychiatrické společnosti na snížení nároků na požadavky psychologa – dostačujícím by mohl být psycholog ve zdravotnictví. Stejně jako Grace i Joanne zmínila přínos AI v jejich oboru. Z inovativních technik vnímá jako nadčasové využít AI pro administrativní činnost NLZP, přičemž je tento nápad v pilotní verzi. S tímto využitím bude moci personál trávit více času s pacienty a snížit možnost administrativní zátěže, spojené s jejím vedením.

6.3.2 OBLAST PŘIJETÍ DO MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Na této subkategorii bych rád demonstroval pocity vlastního uvědomění, náležitosti, příslušenství k dané pracovní skupině v rámci multidisciplinárního pojetí.

Rozhovor s Markem byl pojat narativně a otázky okolo přijetí do mezioborového nebyly relevantní, v multidisciplinárním, spíše se nachází na jeho pomezí, ovšem s rozhodovacími pravomocemi.

Při interakci se členy při interdisciplinárních setkáních vnímá Helen výhodu známosti většiny aktérů z dřívější praxe. *V popředí zájmu je „pomoc realizovat a podporovat smysluplné nápady, budování důvěry a hledání ideální komunikace, facilitační podpora změn, žádná dikce nebo výtky ve smyslu špatných postupů“.*

Naproti tomu Grace dodává *„Víceméně si myslím, že mně jako odborníka akceptují. Každý mám něco svého ta je dobrá na soc. část, já na tu zdravotní. Máme zavádět umělou inteligenci. Bude pilotáž jak zapojit diktafony, a umělou inteligenci do našich pracovních životů. Stěžovali si na administrativu. Bude více času na klienta. Sestra přijede a druhý den dopoledne dopisuje*

dokumentaci za předešlý den – a ona nepracuje a nemá výkon – tak to ne – řekl ředitel – když se to tady ujme tak to převezmeme do nemocnice. Já je motivuju ať nemají z toho obavy, což je benefiční i pro nemocnici. Sestry to nesabotují.“

V otázkách přijetí sebe do týmu se Sandra s Lillian shodly na následujících faktech: Dochází ke konsensu v rámci týmu, pakliže nastanou odlišné úhly pohledu, nejsou obavy o vyjádření vlastního názoru; *„Přijde mi to fajn, že nemám strach říci co si myslím, že mám odlišný názor, nebojím se“* Sociální část dodává: *„V tom je naše síla, aby se nikdo nebál vyjádřit svůj názor. Nechceme do práce chodit se sevřeným žaludkem. Nerozlišujeme, jestli je to zdravotník nebo sociál. To je naše vize, aby každý vyjádřil svůj názor“*

V otázkách fungování týmové synergie zdůrazňuje Elize přítomnost lékaře v ambulanci, což je klíčové. Vždy v pondělí mají porady, na níž se probírají klíčová témata. Jednotlivé služby zajišťují vedoucí služeb, Elize je koordinuje, stanovuje se kdo v týmu kdy a co udělá, vztyčným důstojníkem je podle ní vedoucí zdravotní sestra (kterou jsem neměl možnost poznat stejně jako vedoucího sociálních služeb). *„Každá sestra ví, kolik toho musí za měsíc na pojišťovnu vykázat a jelikož se jede v tomto režimu už nějaký ten rok, není třeba do toho výrazně zasahovat.“*

Tracy se zavádění změn nijak netýká, v podstatě sledovala a sdílela názory jež interpretovala její nadřízená.

Joanne v otázkách vnímání multidisciplinárního přístupu dodává, že např. na *„úseku závislosti jsou zvyklí pracovat multidisciplinárně léta letoucí“*, pracují u nás lidé různých profesí, Úzká spolupráce s různými typy služeb, spolupracují s neziskové organizacemi specializující se na práci se závislými. Na ostatních psychiatrických odděleních probíhá rozvoj spolupráce teprve v posledních několika letech; naopak pravidelná a poměrně rozvinutá je spolupráce s NO např. spolupráce dětského oddělení s poradenským krizovým centrem.

6.3.3 NÁZORY NA TRANSFORMACI – Definice průběhu reformy

Nyní bych se přesunul ke zhodnocení současného stavu reformy a psychiatrie všemi aktéry a proč si myslí, že je transformace důležitá?

Mark vnímá v sociální práci „*absenci výrazných poskytovatelů, lídrů a odborníků dávající vizi, žádný posun po setkání odborníků a aktérů směrem ke změnám, další výzvou jsou děti s psychiatrickými dg. při nedostatku odborníků i dětských CDZ. Pouhé 3 úvazky pedopsychiatra v celém kraji.*“

Za celkovým stavem průběhu reformy jsou finance, zejména negativní důsledky, které přispívají k přesunům meziresortních problémů, ze zdravotnické složky na složku sociální, vážne rozvoj sociálních služeb, absence implementace na úkor dobrých analýz a mapování. Chybí přechod z ústavní složky. „*Chybí vlastně ... přechod z ústavní složky do běžného života, že významně chybí mezičlánek. Když si vezmeme tak my tady máme jedinou komplexní složku sociální rehabilitace, což беру jako příklad Charity, v níž je sociální služba, sociální rehabilitace pobytová, terénní a díky tomu se pak pracuje s klientem od pobytu až po podporu v následném bydlení. A nám chybí tady ta integrace těch lidí, aby pak zvládali běžný život, když odejdou z té ústavní části.*“ Jde tedy o dostupnost služeb sociální rehabilitace pobytové, terénní s podporou bydlení. Z dopadu úspěšné transformace byla zmíněna přítomnost ambulantních psychiatrů (zkrácení čekacích lhůt), dopad na kvalitu života, návaznost na sociální bydlení s podporou terénních služeb a sociální rehabilitace.

Ideální reforma psychiatrie by podle Marka byla v podobě „*centrálního řízení na úrovni ministerstev a vlády, s adekvátními finančními prostředky do všech krajů, se sdílením dobré praxe ze zahraničí, pilotní projekty, jež se osvědčily přenášet a využívat napříč kraji, přítomnost koordinátorů na jednotlivých územích, plánování sociálních služeb na společných setkáních.* „*Zajištění dostatečných finančních prostředků by plynulo z rozpočtu ČR, rozpočtu obcí a daného kraje, z evropských projektů s podporou vzniku menších služeb s co největší podporou v terénu.*“

Helen vnesla svůj pohled vycházející z reality „*vybudování regionálních sítí CDZ, snižování kapacity lůžek v PN, vzniku akutních lůžek, kooperaci virtuálních týmů a komunitních služeb s předpokladem dobré komunikace aktérů*“. Zhoršování zdravotního stavu v oblasti duševního zdraví přičítá důvodům banálně řešitelných oblastí – tedy absence řádu.

Z důvodu pro transformaci zmínila „*zkostnatělost a uzavřenost systému, dlouhodobé pobyty klientů, snížení sociálních kompetencí a dovedností hospitalizovaných, náročnější integrace klientů do běžného života, opakované hospitalizace, prohloubení problémů v důsledku dlouhodobých hospitalizací enormní tlak společnosti na všechny zúčastněné, nárůst výskytu duševních obtíží, dostupnost krizové intervence, řešení situace ambulantním provozem bez vytržení z přirozeného prostředí.*“

Ve svém hodnocení současného stavu reformy se Grace pozastavuje nad těžkou spoluprací bez patřičné podpory ze strany kraje, v souvislosti se schvalováním s úvazky sociálních pracovníků. Absence odborníků, psychologů K3 ani ochota držet a motivovat personál. Nutnost transformace připisuje změně poptávky klientů: „*nejsou odborníci. Je nutno aby bylo zahrnuto i vzdělávání. (psychoterapeutické přístupy pomoc psychologů – rozšíření kompetencí pro psychiatrické sestry. Volají nám rodiče dětí pro suicidální myšlenky – intervence – sociálové se taky museli přizpůsobit. Transformace je nutná, i ředitel vnímá, že podle poptávky budou měnit i oddělení, má v plánu denní stacionář, ambulanci s rozšířenou péčí i adiktologickou, forenzní, časem i dětskou.*“

V otázkách sdílení dobré praxe, případně postřehů z ciziny se Grace k této problematice nevyjádřila, zato se jako jedna z mála dokázala bavit o složce výkonnostní a o změnách, které se v její organizaci povedly. Hovoří o vývoji změn mílovými kroky směrem kupředu, zejména po stránce ekonomické, od promarněných příležitostí a „*ujetého vlaku*“ v podobě ušlých dotací na reformu v rámci transformace, od vzniku nových služeb, vzdělávání, obnovy budov a dalších nevyužitých projektů. Od reflexe možností, které se v rámci organizace neudály, po kladné vyhodnocení současného směru, v podobě „*navýšení lůžek pro akutní péči, akreditaci a bonifikaci za péči od zdravotních pojišťoven. Došlo ke zvýšení výkonnosti na každém primariátu, nastavily se jasnější kritéria*“.

Sandra zhodnotila současný průběh reformy v podobě opatření, které jejich CDZ provedlo ve snaze zkvalitnit služby. Za zdravotní část to byla tvorba aliance CDZ – setkání každé dva měsíce s jinými poskytovateli v online prostředí v rámci všech CDZ v ČR, kde našli odpovědi na to jak např. optimalizovat vykazování na pojišťovny. „*V tomto je zmíněn přínos této platformy pro ně jako poskytovatele zdravotních služeb. „Mohu napsat na alianci a říct – navrhuji projednání s pojišťovnou o rozšíření tohoto kódu, aliance to uchopí a s pojišťovnou to dojedná.*“ Postupný rozmach do sociální části. Na dotaz, proč je z jejich pohledu transformace

nutná? Sandra dodala, že věří v její smysluplnost, pacienti se méně navrací k rehospitalizacím, prodlužuje se doba mezi hospitalizacemi, naopak nebýt podpory klientů skrze služby CDZ, klienti by se vraceli k hospitalizaci dříve, než po roce nebo po dvou a dodává „*V psychiatrii se obecně nikdy nic neudělalo, postavily se budovy na krajích města, kde se nemocní izolovali a všichni děláme, že vůbec neexistují. Nyní se to snažíme nějakým způsobem napravit a ty jedince začlenit. Destigmatizace probíhá jak u personálu, tak u pacientů. Je zapotřebí změnit pohled veřejnosti v otázkách náhledu na duševní onemocnění. Nemyslím si, že by měli zůstat jen na invalidních důchodech, ale vytvořit pro ně sdílený prostor*“.

Za sociální část přiznává Lillian nejednotnost forem a administrativy, i přes všemožnou míru spolupráce se nesdílí formuláře napříč organizacemi. „*Nikdo vám neukáže standardy kvality ani jako formuláře kdo má a na co je používá*“. Zákon přesně nesdělí formální podložení, do první kontroly. Uvádí však dobrou spolupráci a podporu jiných CDZ v rámci kraje. „*Když něco nevím, zvednu telefon a poprosím o pomoc. Je to i v rámci předávání klientů kdy se známe face to face, máme společné akce, prezentace i dohromady, toto hrozně pomáhá i v té práci, že vám i někdo jiný rozumí, co vy tady řešíte. Klienti s DON by mohli žít plnohodnotný život. Transformace psychiatrie jde podobným směrem jako v mé předešlé zkušenosti z transformačního týmu. Spousta věcí vzala dobrý směr, něco jsme nedomysleli. Snad se poučíme z předchozích chyb, ale neměli bychom spěchat v podobě rušení oddělení. Má to svůj význam. Musí se změnit myšlení v hlavách personálu zejména u starších ročníků. Řešením byl jejich odchod do důchodu, poté mohla nastat větší změna, zejména v pohledu veřejnosti. Ne všichni naši psychotičtí pacienti jsou zabijáci a vrazi 99 % populace to tak má, bohužel se občas něco stane a ten label z nich už nesundáte.*“

V otázkách současného stavu průběhu reformy se Elize vyjádřila následovně.

„*Je to ještě běh na dlouhou trať. Ty CDZ vznikly vlastně aby se snižoval počet chronických lůžek, nevím, jestli to úplně může fungovat – bez podpory obcí. Jako fakt, kdyby bylo bydlení pro ty lidi, tak terénní týmy mohou poskytnout podporu a spousta z nich by to mohla zvládnout. Ale, když ty lidi nemají kde bydlet, jsou těžké rodinné podmínky, ty vztahy v rodině nefungují, nerozumí DON.*“ Poté popsala postup reedukace rodiny a jejich zapojení do procesu práce s klientem a volá po ještě větším zapojení rodinných příslušníků. Dále odsuzuje početné pokoje pro vícero lidí, zamykání pokojů v průběhu dne. Na důvod nebo nutnost změny v psychiatrii bylo odpovězeno: „*Protože je nutný lidský přístup, protože ta změna ve společnosti musí přijít. Chápete, že ta společnost výrazně stigmatizuje tuto populaci? Bohužel, ještě pořád.*“

Na cíle reformy bylo odpovězeno, že se snižování lůžek hodnotí v rámci organizace na základě pokroku klientů, kdy se v týdnu tým sejde a nasdílí, co se podařilo, jak je kdo spokojený, na základě ukončené služby. Sledují se období, i čas klientů strávených doma, zdali je možné prodloužit období remise nemoci. *„Zdali dokáží rozpoznat zhoršení stavu – vy je tedy zplnomocňujete na spoluúčasti na jejich zdravotním stavu – s tím, že v podstatě oddalujete ty jejich příjmy.“*

Joanne reprezentuje názor lékařské části. V oblasti limitů při práci s DON *„vnímá pozitiva v tom, že pracujete s člověkem jako s celkem, nejen s částí těla.“* Jako lékař řeší problémy psychické i somatické, hovořila o úzké spolupráci s nemocnicí a participaci příbuzných na léčebném procesu. *„A příbuzné se taky snažíme zapojit do spolupráce a ty úspěchy jsou proměnlivé. Někdy nechce pacient, někdy nechce příbuzný někdy chtějí, tak se to daří.“*

Při charakteristice průběhu reformy, Joanne zmínila odklon od původního záměru reformy z roku 2013 a to v následujících oblastech. *„Služby měly vznikat na zelené louce, mimo psychiatrická zařízení. Postupné rušení PNEM, by mohlo vyústit v demotivaci ředitelů takových zařízení, na reformě horlivěji spolupracovat.“* Hovořila o neustálé potřebě lůžkové péče PN. Nemožnosti tvorby nových služeb bez personálu i o nechuti personálu přecházet a měnit současné místo působení pro blaho významnější finančního polštáře ze střídavých směn. Dalšími byla nefunkčnost původní myšlenky a svízelnosti situace, čímž měla na mysli odklon o 180 ° od původní myšlenky, něco ve smyslu neplánované myšlenky přenesení těžítka zpět na bedra PNEM, coby strůjce její transformace. V současnosti jsou PNEM strůjci zřízení nových služeb, jako jsou (CDZ, denní stacionáře, multidisciplinární spolupráce, ambulance s rozšířenou péčí, specializovaná oddělení pro ochranné léčby) *„Péče se dost modernizuje. Posunuje se někam jinam a nutí nás zřizovat nové služby. S prospěšností vůči pacientům“*

Indikace k transformaci bylo podle Joanne *„rozhybání péče a její modernizace, přičemž maximum péče probíhalo v PNEM. Pojišťovny nepodporovaly rozvoj ambulantní péče. Apel PNEM na pojišťovny o nasmlouvání ambulantní a akutní péče, došlo však k zamítnutí žádosti pojišťovnou. Péče poskytovaná na následném lůžku je určena pacientům řádně od diagnostikovaným, ve stabilizovaném stavu, pouze na doléčení, načež většina pacientů tato kritéria nesplňuje.“* Reforma podařila legalizovat péči a otevřít nové obzory v podobě rozšíření péče. Status ideál pro transformaci by se dal charakterizovat dostatkem personálu, pro enormní tlak na péči, jelikož personál bývá přetížený a rychle vyhoří. Dostupnost personálu se specializací v psychiatrii. Okolo 60 pracovníků má patřičnou specializaci ze zhruba 400 pracovníků.

6.3.1 INSPIRATIVNÍ PŘÍNOSY DOBRÉ PRAXE

Na dotaz na některé příklady dobré praxe, v níž byste hledali inspiraci?

Se **Mark** inspirativně vyjádřil ve smyslu pokračující nebo jakékoliv spolupráce s dobře nastavenými službami. V případě tohoto regionu, může problém představovat málo poskytovatelů v kraji.

- ❖ Podělil se o obohacující zkušenost z Dánska; na projektu v oblasti asistivních technologií, prozradil, jak je oblast sociální práce v zahraničí v popředí.

„A první zásadní poznatek, že sociální oblast tam je prioritou. Tzn., že to není v uvozovkách jako za trest tato gesce, ale je to politicky prestižní. A politici se předhánjí, kdo bude mít sociál. Jo samozřejmě k tomu jdou i významné finanční prostředky a tam to na mně působilo, z toho, co jsem, slyšel, že ten systém mají nastavený poměrně dobře.“

- ❖ Zkušenosti z anglického Newcastle a z Nizozemska byla shrnuta následovně:

„Některé problémy jsme měli stejné, ale byli schopni realizovat některé služby, které si tady u nás nedokážu vůbec představit. Já si myslím že pokud služba pomůže, tak veřejnost pak vnímá, jak významná je role sociálního pracovníka. Ale je to až v období, kdy tu pomoc opravdu potřebuje. Do té doby, než jako se s tím nesetká ať už v osobním nebo rodinném životě nebo v nějaké komunitě, tak vlastně ani pořádně neví o čem sociální práce a sociální pomoc vlastně je. Ale jakmile začne využívat sociální pomoc, tak pak zjistí, že je úžasné, co sociální pracovník dokáže udělat a jak dokáže pomoci.“

Helen by pro inspiraci a příklady dobré praxe čerpala podněty z případových konferencí, vyspecifikováním daných problémů s klientem i různé úhly pohledu. *„Lze nalézt proč klient reaguje takto, nebo proč to tak je v akutní fázi nemoci při přijetí. Chroničtí pacienti potřebují větší míru sociální podpory, a postupně předávání kompetencí na bedra klienta, aby se mohl vrátit do běžného života – a to se bavíme o pobytové formě nikoliv formě DZR.“*

V otázkách sdílení dobré praxe, případně postřehů z ciziny, se Grace k této problematice nevyjádřila, zato se jako jedna z mála dokázala bavit o složce výkonnostní a o změnách, které se v její organizaci povedly. Hovoří o vývoji změn mílovými kroky směrem kupředu, zejména

po stránce ekonomické, od promarněných příležitostí a „*ujetého vlaku*“ v podobě ušlých dotací na reformu v rámci transformace, od vzniku nových služeb, vzdělávání, obnovy budov a dalších nevyužitých projektů. Od reflexe možností, které se v rámci organizace neudály, po kladné vyhodnocení současného směru, v podobě „*navýšení lůžek pro akutní péči, akreditaci a bonifikaci za péči od zdravotních pojišťoven. Došlo ke zvýšení výkonnosti na každém primariátu, nastavily se jasnější kritéria*“.

Sandra a Lillian jsou spokojeny s tím, jak to mají v jejich organizaci nastaveno, jak disponují obrovskými nemocnicemi a s tím, jak nelze výrazně rušit jejich kapacity, jen krapet přetransformovat. Jak dodává Lillian: „*My v rámci transformace měli možnost prodiskutovat o přístupech, ale my jsem takové specifické území i náš rázovitý kraj nemůžeme čekat, že když něco někde funguje tam my to tady budem aplikovat tady a sedne si to. Nesedne. Ne vše, co je v zahraničí nebo jinde je aplikovatelné do našich podmínek*“

Elize by preferovala provozovny kaváren, v níž by obsluhovali lidé s DON, čímž by se integrovali do běžného života. Prý jedna v jejich lokalitě byla, avšak její provoz byl ukončen, stejně jako podpora celého projektu.

Joanne zahájila rozvalu nad situací v jiných částech světa a dodala, že zavření léčeben v USA a Itálii destabilizovala situaci pro absenci lůžek („*ty lůžka tam prostě chybí, naprostá deinstitucionalizace situaci nevyřeší*“) „*V Británii ten veřejný zdravotní systém není úplným vzorem, abychom si z toho něco vzali ani ten psychiatrický, takže bych se přiklonila k zemím, které nám jsou kulturně blíž*“

- ❖ Po vzoru Rakouska a Německa, kde je modernizovaná lůžková kapacita bude postupně ubývat. Rozvoj ambulantní péče přidá i motivační faktor pro veřejnost více pečovat o své zdraví, jelikož „*máme rozbujelou všestranně dostupnou lůžkovou péči*“

„*V současnosti již nechceme více snižovat kapacity lůžek v PN, jsme na hraně máme 90 % obloženost a centrální příjem každý den řeší, že pacienty již není kam dávat. Roste tlak na obyvatelstvo – duševní poruchy narůstají. Doba je moc rychlá a těžká, je vyšší potřeba psychiatrické péče, kapacita ambulancí je nedostatečná, ambulantní sektor je přeplněný, tudíž větší zátěž padá na lůžka.*“

6.3.2 STIGMA V OČÍCH VEŘEJNOSTI

U této kategorie jsem se s každým vedoucím pracovníkem chtěl pozastavit v otázce sdílení názoru na stigmatizaci klientů s DON ve společnosti.

Mark vystihuje reakci a počiny laické veřejnosti na pokusy o integraci jako velký odpor na něco, na co není zvyklá. „*Oni se obávají i méně některých reakcí, které vlastně ani nepřichází.*“ Je zaznamenán velký odpor, veřejnost se toho bojí a kroky které k tomu podnikají, mohou být i v podobě natahování stavebních řízení. Na dotaz, kdo nebo co může za předsudky ve společnosti? Mark uvedl, že to může být neznalost, nezkušenost, absence osvěty. Naopak velký význam přičítá článkům napsaných na citlivé téma, které ovlivní pohledy mnoha dalších. Obecně se uvádí, že lidé bez domova jsou divní, duševně nemocní, závislí na alkoholu, v nesouladu s léčebným režimem, s rezonancí v komunitě, ale především jsou bez adekvátní pomoci.

Helen dodává, že konfrontace probíhají ve většinové populaci. Následkem stigmatizace pak je zneužitelnost a ovlivnitelnost osob, což vede k prohloubení situace duševně nemocných. Přičítá velký vliv médií na přenosu vlny negací k těmto jedincům.

Elize se pozastavila nad přístupem úředníků a zaměstnanců obcí, mající k dispozici brožury, standardy, odkazy na věstníky i to, jak služby fungují, načež tito zástupci vznášejí nesmyslné požadavky k CDZ. „*Jako např. budete tam stát a asistovat až přijede policie, vy je usměrníte, aby to všechno dobře proběhlo. Bylo tedy sděleno, že personál CDZ nemá fungovat jako represivní složka – jak by poté získávali důvěru jako odborník. Při příštím pokusu získat zpět jeho důvěru, pak klient opáčí: ty jsi byla ta první, co mě vtáhla zpět do nemocnice. Jako odborník vím, že když je klient nezaléčený, tak neposlechne nikoho.*“ Stanoviska CDZ byla objasněna veřejnosprávním činitelům k jejich postojům, „*že toto nebudeme dělat, že jsme otevření spolupráci, uděláme šetření na stížnost, půjdeme k lidem něco řešit, ale nebudeme při vyklizení bytu.*“ Názor většiny teda podle Elize ovlivňují média, špatné pochopení služby, nesplněné vysoké očekávání

Podle Sandry i Lilian hrají svou úlohu média. „*Jeden pitomý případ a v jejich hlavách je pak paranoia se stresy a obavami a my s tím pak máme práci. Nám se nestalo, že by klient spáchal nějaký závažný trestný čin.*“ Práce s důvěrou je problém zdravotníků, protože ji berou na svá

bedra. Na psychiatrických odděleních jste zodpovědní za to, že klient léky užil, ale v terénu, *„jakmile on vyjde ven – toto mi dlouho trvalo, než mi to došlo. Nemůže se vymlouvat, že nemá léky a lékař je na dovolené, když to věděl dopředu. Snaha o zplnomocnění, to je náš nový přístup a ten se mi líbí.“* Na klientech ve veřejném prostoru DON většinou poznat je. Při doprovázení klienta mluví lékaři nebo prodavačky na něj skrze nás. Lidé z okolí se nás často ptají *„Ty se jich nebojíš?“* Z destigmatizačních aktivit tato dvojice uvedla následující: *„Chodíme do práce v civilu. Nemáme označeny firemní vozy. Okolí si může myslet, že jsem sestřenice na návštěvě v případě zapojení neziskových organizací jako je Fokus může okolí vnímat, že jde o služby očního optika.“*

Z obecných pravidel přispívajících k bezpečnosti pracovníků CDZ dodržují následující opatření:

- *„Nejdu před klientem, neotáčím se zády*
- *Vykáme, přesto je oslovujeme křestními jmény – „pane Zdeňku vy“*
- *Být v póze, že jsem nějaký kámoš, doprovod, nejsme kamarádi, to nemůžeme, jsme v pozadí*
- *Nepředstavuju se jako sociál z CDZ, Fokusu nebo Charity – což je vůči klientovi dehonestující“*

Pro práci s faktorem strachu padlo slovo obezřetnost. Jsou-li obavy na místě, pak se ke klientovi personál nevydá. *„Chodíme ve dvou, kdo nemá strach je úplně pitomý. Nazvali bychom to především respektem. Máme k dispozici tabuli, kam píšeme svá jména, kdo a kde se právě nachází. Voláme si, kde, kdo je, bez toho bychom z práce neodešli.“*

Jaké přístupy a úkony, spočívají ve zplnomocňování klientů nebo naopak přechodem do sebestigmatizace???

V péči těchto terénních pracovníků se prý nachází spousta klientů, kteří si toto k srdci nevzali. Z výčtu uvedu následující. Nespolupráce klientů, neužívání léků, bez náhledu na chorobu.

„To zpravidla bývá na dlouhodobou hospitalizaci nebo na pobytovou službu, pokud nemá ani základní náhled, že je něco špatně.“ Možnost spadnout až na samé dno při nerespektování našich obecných rad. *„Klient se žene do průšvihů a vy s tím nic nenaděláte. O to je naše práce těžší, protože my ty klienty necháváme na životní situaci reagovat a rozhodovat se podle sebe. Např. zkouší výběrová řízení na pracovní pozice. Spousta lidí život bez podpory invalidního důchodu a chráněného trhu práce nezvládnou. Některé práce jsou na jemnou motoriku, jiné více na přemýšlení nebo zahradničení.“*

Ve vztahu ke stigmatizování v pracovním procesu, bylo kolegům pracujícím dlouhé roky na příjmových odděleních, doporučeno se na tyto klienty přišli podívat mimo akutní symptomatologii, kterou znají aby odstranili negativní postoje a viděli, že je jedinec s DON schopen samostatně fungovat, namísto být viděn jako ten, kdo rozbíjí oddělení.

„Personál chodící k nám na poradu bývá mile překvapen, když vidí jiný přístup a jiný pohled, přičemž nevěděli, co u nás děláme. My nemáme čas sedět několik hodin s někým. Do terénu takového člověka nevezmete, to je nemyslitelné. Pro kolegy na přijímačkách a chronických odděleních to musí být těžké, co tam vidí.“

Joanne dodává, že reakce veřejnosti je negativní, samotná destigmatizace úplně dobře neprobíhá. Klienti s DON jsou vyličení jako vrazi a zločinci. Lidé tráví čas psaním petic a stížností, o tom jak je nechtějí ve své blízkosti – je to těžké.

Aktivita PNEM zaměřené na destigmatizaci spočívají ve snahách rozšiřovat povědomí o nemocnici a jejich činnostech. Rovněž se nemocnice snaží otevírat areál lidem – tenisové kurty, hřiště na volejbal a nohejbal. Pracovník marketingu rozjíždí kampaň s médii přes sociální sítě. V lokálním zpravodaji vznikl prostor pro informační kampaně o duševních nemocech.

6.3.3 ROLE PERSONÁLU A DOPAD PSYCHIATRICKÉ REFORMY NA OSTATNÍ SYSTÉMY

Mark se přímočaře vyjádřil na adresu sociálních pracovníků, kteří nemají dostatečnou odbornost pokrýt celou problematiku, naopak vnímá zdravotnickou složku, jako částečně suplující přítomnost lékaře, jelikož mají dostatek času se jedincům individuálně věnovat. Dle jeho názoru, by mohl mít pozitivní dopad na transformaci, posun v podobě rozšíření kompetencí sester, avšak problém vnímá v omezených kapacitách vzdělávacích institucí.

V otázkách dopadu psychiatrické reformy na ostatní systémy se významně podílí množství odmítnutých žadatelů s psychiatrickou zátěží, non compliance s léčbou, nedostačené zaléčení jedinců, kteří by mohli zůstat v přirozeném prostředí, velké množství klientů v DZR s přidruženými psychiatrickým dg.

Jako optimální stav Mark exemploval na příkladu *„zaléčeného seniora v PNEM, s dobrou následnou péčí, kontinuitou služeb a podporou rodiny bez nutnosti hospitalizace.“*

Pro transformaci lůžek DZR si uvědomuje, jak významně může narušit stávající systém *„přijatý uživatel, kde je něco v extrému, tak to může rozhodit půlku oddělení, ne-li celé“*

Příklání se ke změně uvažování dotyčných zařízení, zejména jde-li o péči 24/7, v podobě úpravy vzdělávání a dostupnosti školeného personálu, ale také v podobě dispozičních, případně architektonických úprav v organizacích poskytující daný typ péče.

Shrnutí Helen dává rovněž psychiatrickým sestřím klíčovou roli při transformaci psychiatrie, nicméně podtrhla prolínání práce sociálních pracovníků a psychiatrických sester, závislost a provázanost obou stran, důležitost a doplňkovost jedné či druhé strany. Zdůraznila posílení vnímání vzájemné potřeby, které přispívá ideální kombinace zdravotně-sociálního vzdělání. Grace přirovnává kompetence sester k „*polovičnímu doktorovi s uznáním lékaře*“ - jejich úloha je tedy nezpochybnitelná – velká. Dobrá sestra s praxí a zkušenost s empatií – jsou nezastupitelné.

„Po vyjednání ceny za službu s pojišťovkami šlo o to, aby CD bylo udržitelné, proto má CDZ lepší bodové ohodnocení, aby péče zde byla lepší (tedy 1.32 Kč) než za akutní lůžko. Proto pojišťovna proplácí – další výkony, které lze kombinovat s těmi základními, které jsou v sazebníku, tím pádem jako, že si na sebe vyděláme.“ Tímto se CDZ mohou stát trnem psychiatrickým ambulancím, kde ošetří několik desítek lidí, aby na sebe vydělali „*nechápu, že můžou zvednout telefon, říct mám tady problémového člověka, vyjeďte tam a v domácí péči ho ošéfujte. Vy byste to uvítali? - „Ano, zase je nastavení regionu. Mám CDZ – řeknou máme úžasnou spolupráci s psychiatrií – tady nemůžeme předat do péče, zůstává nám jak černá duše. My saturujeme chybějící psychiatrické ambulance. Což je špatně ten pacient už u nás dávno neměl být, my ho nemáme kam propustit.“* Realita je bohužel taková, že CDZ saturují chybějící psychiatrické ambulance.

Na dotaz okolo posílení kompetencí pro všeobecné sestry Sandra zareagovala dostupností sester, ideálně s Mgr. titulem, vznikem malých interdisciplinárních týmů, v nichž by mohla jedna sestra samostatně situaci vyhodnotit a nečekat na lékaře. Vize celého projektu je nečekat na lékaře. Pokud sestra nemá K žádanku, tak s tím člověkem jako sestra nemůže mluvit. Než dorazí lékař, může s klientem pohovořit sociální pracovník, nebo psycholog, kteří K žádanku nepotřebují. Bohužel systém zatím není nachystaný na to, že má sestra patřičné kompetence a znalosti na to, aby vyhodnotila stav. I přes svou odbornost tak má v první fázi své limity. Pro klienta je, dostat se do CDZ daleko větší problém, než se dostat k zubaři. Způsoby, jak se do CDZ dostat jsou následující: CDZ indikuje pouze psychiatr, žádná jiná odbornost. Máme-li na telefonu někoho, kdo je v tísní poslechnu si, co ten člověk řeší. Pokud to není úplně akutní

dostane termín třeba do týdne. Je-li vše úplně špatně – dostává termín v řádu dní – většinou na druhý den Když ne psychiatrem, je možno klienta vyšetřit alespoň psychologem.

Podle nich by měl být personál vyškolen v komunikaci, personál na psychiatrii je zvyklý mluvit, komentuje své počínání, detailně vysvětlit proč to dělá, co si myslí, „*což kolegové ze somatiky na toto nejsou zvyklí*“. Padly i postřehy, že by i personál na DZR mohl mít specializaci v psychiatrii. Sandra je ráda, že si začali cenit jejich práce, podle toho mají oproti sociálům rozdílné platy.

Elize i Tracy shodně dodávají, že mají spolupráci s psychiatry relativně dobrou, přičemž hodně komunikují. Pakliže rozpoznají, že se klientův zdravotní stav dekompenzuje, protože není schopen užívat léky, tak jim tyto služby, které podávají léky domluví nebo jej doprovází k PL.

Joanne spatřuje nelékaře (tedy) sestry jako provlíniové pracovníky, mající velký význam při kontaktu s pacientem avšak „*bez lékařů ani psychologů tu práci neuděláte.*“ V oblasti kompetencí Joanne uznává, že sestry by mohly zvládnout jednoduché zaléčení, přitom naráží požadavky ze strany akreditační společnosti a kanceláře ombudsmana, které se různí.

Z dopadu provázanosti psychiatrické péče na ostatní týmy byla obrazně zmíněna povinnost záchranné služby z terénu každého vozit, nikoho v terénu neoponechat, neuznává svoz podnapilých klientů, ty, nechť použijí odvoz policie na záchytné stanice. S tímto tvrzením vyjadřuje významný nesouhlas, protože je to velká zátěž pro zdravotnický systém. Problém jsou taktéž sílící stížnosti, žaloby právníků z oblasti zdravotnictví a následném zavedeném výskytu a praxe alibistické medicíny v níž i výkony navíc jsou chybou. Bylo by záhodné zajistit ochranu každého z pracovníků před žalobou. *Praxe ze Skandinávie zařídila nemožnost zažalovat zdravotnické zařízení, „pokud nejde o úmyslný trestný čin a tím pádem se tady to zajišťování nedělá a ta medicína je levnější.“*

6.3.4 PROVOZNÍ PŘEKÁŽKY MULTIDISCIPLINARITY

Tato kategorie nám pomůže přiblížit náhled dotazovaných manažerů na provozní záležitosti, které jim při běžném provozu překáží.

Helen vnímá multidisciplinární souběh s přesahem do systémů obdobně jako Joanne, přičemž navazuje na provázanost služeb, zejména v oblasti fungování sociálních služeb a rozhraní akutní péče.

Zatímco Joanne nazývá tento neduh „*alibistickou medicínou*“, Helen se s touto myšlenkou ztotožňuje následujícími slovy: „*Pracovník nemá ve službě lékaře, nebavíme se ani o sestře on musí mít nějaké stanovisko lékaře. Pokud tam lékaře nemají což je valná většina, tak si to stanoviště nemůže vzít na triko, že ten pracovník špatně vyhodnotil situaci. Tím pádem musí zavolat RLP a kde je lékař, aby situaci lékař vyhodnotil. Pro RLP zbytečný výjezd pro sociálního pracovníka krytí si vlastních zad. Je to zaměstnání a je škoda si pokazit profesní kariéru kvůli tomu, že nechci obtěžovat jiný rezort. Bohužel ale to jsou ty systémové změny, které nejsou dořešeny, ale třeba budou.*“ Podobně skepticky se vyjadřuje k provozu krizových linek, které jsou zahlceny osobami, kteří nespádají do cílové skupiny a zahlcují personál běžnými záležitostmi.

Na adresu **synergie versus disharmonie** upozorňuje dodatkem:

„*Někdy mi přijde, že se někteří pletou do zelí druhého. Možná úmyslně, možná neúmyslně – snad i ujasnit kompetence, nemyslím si, že se jedna oblast bez druhé asi neobejde, takže spíš bývá větší problém zdravotníků, kteří vnímají potřebu že jsou nadřazení, možná podle toho že řeší tu akutní část, ale právě z toho dlouhodobého hlediska je důležitá ta sociální část. Ono se to přelívá, jednou je důležitější zdravotní část a ta sociální je tam doplňková a potom se to přeleje a ta sociální je důležitější ale potřebuje tu čas zdravotní jako doplňkovou,*

Zaměstnanci jako Sandra a Lillian, považují za nešťastné oddělení obou složek v podobě omezených přístupů do dokumentace. Za nešťastné vnímají, že jsou dvě organizace, „*což se hůře koriguje. Máte jiný management i jiný přístup zdravotní i sociální – My patříme pod MZ a další část pod MPSV*“. Dle sdělení Sandry musely výrazně ubrat ze zdravotního aspektu své práce, přestože nejsou v tomto ohledu takto vychované. Musely přejít na jiný styl myšlení, činit rozhodnutí, vše se vyvíjelo v čase. „*Systém – není to uchopeno, protože nám všichni říkají, jak máme být tým, ale furt nás nutí ty dvě linie, držte si to svoje. To vidím jako obrovský problém. Už jen to, že nemáme stejný informační systém, v němž dokumentujeme zápisy, to mně přijde jako zcestné. Máme jednoho klienta, o kterém všechno víme a píšeme to dvojmo.*“

V době Covidu MPSV přikázalo zavřít všechna sociální lůžka, zatímco zdravotní část musela chodit do práce. Fungovala tedy pouze jedna. Obdobně to bylo s nařízením nosit roušky, které se opět se netýkaly „sociálů“, zatímco zdravotníci je museli mít. Z důvodů uniformity byl apel směrem k sociálům, zdali by mohli roušky nosit také.

Zapotřebí bylo rovněž konsolidovat úklidy CDZ ty provádí klienti se zdravotním znevýhodněním v rámci pracovní aktivity, dvakrát týdně přichází uklízet uklízečka placená z řad nemocnice. *„Trvalo nám, než jsme si řekli, kdo nám tady bude uklízet a kdo to zaplatí? Došlo k vytvoření tabulky na nákup toaletního papíru s týdenním rozpisem pro obě složky.*

Lillian dodala *„My sociálové nemůžeme pracovat s diagnózou klienta. Když nebudu vědět s jakou cílovou skupinou pracuju – jak s ní mohu pracovat dobře? Zákon nás naopak nutí, abychom ověřovali naši cílovou skupinu, Tak mi pak řekněte, kde je ta logika?*

Když já si nechám od lékaře potvrdit, že opravdu je to člověk s touto diagnózou, která spadá do deklarované cílové skupiny, kterou mám v registru sociálních služeb a nemůžu s tím pracovat. Máme posílené pravomoci v oblasti IT přístupu (omezené pouze na 2 zaměstnance) – kdy si to aspoň můžeme přečíst“

Já(výzkumník): *„Oficiálně k tomu nemáte přístup, ale na poradách to sdílíte“?*

„Ano, to prostě bez toho nejde. Když já nebudu vědět co s ním dělá a co zamýšlí zdravotník, tak já přeci nemůžu odvést dobrou práci.“

Jako velký problém je u Elize vnímán ve „výpadku depotních injekcí, což bylo jediné, co klientovi vyhovovalo, kdy v případě, že nemohl užívat léky, si jednou za měsíc došel pro injekci a teď vám to vypadne, načež skončí opět v nemocnici.“ Léky s objednávkou od ledna jsou nedostupné ještě v dubnu.

Na definici úrovně fungování CDZ ve svém kraji se Elize vyslovila s výtkou v oblasti vykazování za sociální část jako nejhorší. Prý to nebylo ucelené pro ČR ani legislativně, protože si každý kraj mohl stanovovat své vlastní podmínky, což pocítili poté, co z projektu přešli do běžného provozu. Musela se iniciovat schůzka s MZČR i s krajským úřadem, aby to CDZ vůbec nechali fungovat.

6.3.5 ZMĚNY V OČEKÁVÁNÍCH KOORDINÁTORA

Tato kapitola je věnována KMS (Koordinátorovi Mezioborové Spolupráce), který stál za původní myšlenkou uchopení této práce, v podobě zmapování pracovních podmínek a náplně nového pracovníka, skrze adaptační období s ním spojená povinná školení, rozvojové workshopy, konference, semináře kurzy, nebo reálné příklady úspěšných projektů a jejich plánovaných dopadů, jednání s aktéry a reprezentanty institucí, s klienty, partnery, dodavateli, tedy veškerého dění v prostředí, které vyžaduje pečlivou přípravu i aktivní zapojení.

Pokusím se o stručnou analýzu výše formulovaných očekávání, na základě interpretace dostupných dat získaných z pozorování, nahrávek a přepisů dvou semistrukturovaných rozhovorů uskutečněných v měsíci září 2023 a dubnu 2024.

6.3.5.1 Střednědobé pracovní cíle II.

Tato kategorie směřována na oblast střednědobých pracovních cílů, obsahuje číslovku značící opakování rozhovoru s KMS po uplynutí osmi měsíců. Ústředím mého poznání měl být posun ke konkrétním tématům, cílové skupině, s doporučením pro změnu v oblasti fungování nějakých služeb, případně nějaká konkrétní zjištění. Zkrátka, mne zajímaly informace značící posun v souvislosti s vývojem pracovníka na dané pozici. Tento dotaz byl adresován výhradně KMS.

V otázkách střednědobých cílů v této fázi KMS vychází z informací, jenž obdržel od jednotlivých aktérů, ve své podstatě se stále formulují a vycházejí z výsledku mapování, jen není na co navázat jako např. na odkazy předešlé koordinátorky.

„Nabalila se k tomu i spolupráce s ranými péčemi, poměrně úzká s tím, že jsou v nějakých svých aktivitách podpořeny i v rámci působení směrem k odborné i laické veřejnosti“.

Dojde na „setkávání v rámci konferencí a navazování kontaktů a domlouvání nějaké (třeba další) spolupráce i tom méně formálním režimu“

Když jsem pátral po konkrétnějších výstupech; jako třeba oblasti absolvovaných tematických kurzů v rámci doplňujícího a kontinuálního vzdělávání, dostalo se mi následujících slov:

„Vzdělávacích aktivit je spousta, jsou z různých oblastí, ale je to víc v rovině třeba seminářů, workshopů, konferencí a tak podobně, ale že bych měla nějaký jako ucelený vzdělávání, to úplně jako ne asi“

Jedním z dalších úkolů je propojování mezioborovosti mezi odbory sociálním, zdravotnickým a odborem školství, zejména provazba mezi sociálními službami a školami. V přeneseném slova smyslu, aby pedagogové v případě potřeby byli schopni oslovit sociální službu, *„že se na ni mohou obrátit v rámci ideálně v multidisciplinárním týmu, v němž je lékař, psycholog, psychiatr a podobné profese a zkusit i s tím dál pracovat. Si myslím, že směrem k těm školám je to pro mě docela velký téma.“*

KMS preferuje především osobní setkání namísto organizovaných, skupinových sezení. V otázce krátkodobých výher v psychiatrickém směřování nedokázal KMS blíže konkretizovat s odvoláním na příliš krátkou dobu. Jako optimum by považoval evaluaci po dvou letech výkonu v této pozici. Byly shledány drobné překážky v otázkách provozu, avšak nikoliv v celém rozsahu. Proces mezioborového mapování u KMS proběhl i s vedoucím odboru, pro načerpání vnímání rozdílů mezi jednotlivými službami, v neposlední řadě šlo o to představit službu koordinátora poskytovatelům, kterým byla nabídnuta podpora.

V otázce srovnání služeb koordinátora s jinými kraji, nedošlo na významná zjištění. V otázkách vlastního přínosu v procesu deinstitucionalizace, je transformace DZR a zapojením se do spolupráce s PNEM, nicméně do jaké míry by se spolupráce udála vystihla následující formulace *„Domlouvali jsme se i na možnostech v trošku jiných rovinách, aby se navázala spolupráce s psychiatrickou nemocnicí, aby opravdu ta spolupráce fungovala ve vícero rovinách, protože působnost psychiatrické nemocnice je docela široká. Opravdu od dětí, přes produktivní věk až po seniory, osoby s demencí a jiné.“*

Dle slov KMS už boom s medializací opadl, naopak se nabízí prostor pro práci s laickou veřejností a také v otázkách vlastní péče o duševní zdraví. Blízké mi byla také myšlenka zastřešení spolupráce Peer konzultantů do jednotné komunity s podporu pracovníků, *„zároveň je provázat na veřejného ochránce práv, ať tomu dáme trošku i přidanou hodnotu“*. Město, potažmo kraj plánuje v souvislosti s poptávkou zvyšujících se nároků z oblasti pedopsychiatrie zřídit dětské CDZ. Poskytovatelé snižují věkovou hranici z 18 let na 16, což je další reakce na problematiku dětského duševního zdraví. V rámci kraje dojde v brzké době na otevření akutních lůžek v rámci PN a výstavbu chráněného bydlení.

Na dotaz, co KMS baví při výkonu své práce to byla „*Konstruktivní debata a diskuse na dané téma. Říci si nahlas to, co nás trápí, pojďme to řešit a vymýšlet, jak na tom pracovat. Přepínání ve smýšlení jednotlivých rezortů se zachováním 100 % nestrannosti, vnímání markantních rozdílů i v podobě odměňování účastníků jako sociálních pracovníků, úředníků*“, bere naopak nejvíce energie.

6.4 SHRNUÍ ROZHovorŮ S ŮČASTNÍKY VÝZKUMU

V této kapitole bych rád shrnul atmosféru okamžiků, které jsem při realizaci setkání s jednotlivými informanty vnímal. Souhrn jednotlivých rozhovorů, vychází z obecné rekapitulace přínosu získaných informací; po stránce praktické, v otázkách přístupů ke klientovi i členům mezioborového týmu. V neposlední řadě šlo o doplnění a pochopení provázanosti tématu s hlavními osami reformy psychiatrické péče, její deinstitucionalizace i zájmu o problematiku v oboru. Toto je shrnutí vlastní percepce a pohledu, na vyjádření nepochybné subjektivní unikátnosti z některých setkání. Řádky jsou psány pod tíhou dojmů i významu obsahového sdělení, s posouzením využitelnosti získaných dat pro účely této práce. Jedná se o autorovu doplňkovou, „impresní“ doložku.

Shrnutí rozhovoru s Markem:

Úvodní, pilotní rozhovor byl realizován s vedoucím zaměstnancem reprezentující oblast sociální na regionálně-krajské úrovni, za nejmenovaný region. Při rozhovoru poskytl doplňující informace k chystané pozici mezioborového koordinátora, objasnil dovednostní výbavu takového pracovníka a přiblížil okruh aktérů i témat, se kterými bude koordinátor spolupracovat. Samotný pracovník není expertem na psychiatrii, nicméně jeho předešlé pracovní zkušenosti ze sociální oblasti byly znát při reflexi na aktuální témata z praxe. Rozhovor byl doplněn o nové poznatky, zejména v poněkud vágním uchopení samotné implementace sociální politiky do praxe a informacemi o chybějícím financování některých služeb. Některé výše zmiňovaná neduhy v systému z rozhovoru vplynuly, nicméně ne do takové míry, že by mi rozšířily odborný rozhled, spíše obecné povědomí, které zůstalo ve vakuu a bylo nutné se jimi zabývat.

Domnívám se, že rozhovor následoval stanovenou osu plynoucí z psychiatrické reformy, i její kýženou trajektorii, v podobě funkčních center duševního zdraví a multidisciplinárním přístupu ke klientovi, v jeho přirozeném prostředí, za pochopení a akceptace občanské společnosti. Bylo

zajímavé sledovat, nakolik spolu byli názorově ve shodě i ostatní, přímí aktéři v procesech transformace skrze navazující péči o jedince s DON.

Shrnutí rozhovoru s Helen:

Při realizaci prvního setkání byla znát velká dávka entusiasmů, očekávání. Zkušenost s cílovou skupinou i průběhem reformy byla evidentní. Při druhém setkání se mi dostávalo odpovědí zabalených do obecné roviny, stejně tak jako sdílení konkrétních témat výstupů a ochutnávek z interdisciplinární facilitace, namísto neurčitých fabulací. Je pochopitelné, že zaměstnanci jsou vázání povinnou mlčenlivostí, nicméně na tomto případě netuším, co by mohlo být z oblasti přísně tajné? Většina setkání koordinátora se odvíjí od osobního setkání, kdy je namístě vyjádřit podporu partnerským organizacím, vyslechnout jejich přání, tužby i sdílení ve smyslu zlepšené návaznosti služeb. Informanti se kterými jsem přišel do styku, měli jen obecné povědomí o vzniku pozice koordinátora, a to v podobě úvodního setkání, což mi přijde poměrně málo. Při rozhovorech jsem měl pocit, že postrádám nějaké strukturované schéma podpůrné činnosti a dílčích úkonů, pro zvolenou problematiku z provozu zdravotně sociálních služeb. Témata byla okrajově nastíněna, avšak konkrétnější obraznost by se hodila. Kusými byla rovněž následná sdílení okolo profesního růstu, kontinuálního vzdělávání, v souvislosti s adaptačním procesem. Naopak s čím bych si dovilil souhlasit, je absence kolegiální intervize, konzultace některých témat s někým zvenčí nebo spolupracovníkem. I pro mne samotného by bylo obtížné vstřebávat některá témata, bez možnosti náhledu někoho dalšího. I přesto všechno, že je nápomocen v mnoha ohledech sám vedoucí odboru; přeci jen se na něj nelze obracet se vším, co výkon mezioborového koordinátora obnáší.

Shrnutí rozhovoru s Grace:

Rozhovor s Grace byl zcela mimořádný a přínosný ve srovnání s předchozími realizovanými interview, které byly zajímavé, avšak tento rozhovor předčil má očekávání a ve srovnání s předchozími byl impozantnější. Když pomínu vynaložený čas přes jednu hodinu a padesát minut, dostali jsme se v rozhovoru přes teoretické, legislativní výklady do polohy praktické. Otázky okolo provozu a jeho rozvoje, vykazovaných výkonů, přes diskusi okolo návaznosti a spolupráce s dalšími subjekty. Je třeba dodat, že byl této informantce zaslán na její přání set otázek pro naše chystané setkání. Některé své komentáře občasně verifikovala s předtištěným listem otázek a k nim připraveným odpovědím. Nešlo o čtení svých příprav, spíš jen z preventivních důvodů, pro případ opomenutí sdělit něco obzvláště významného.

Jednalo se o prvního zdravotníka se specializací v psychiatrii, mnoha lety praxe, vedoucího zaměstnance, který patrně vycítil důležitost významu sdělených informací, což bylo podtrženo nad rámec všeho očekávání, pobídkou na možnost terénní práce. Blízká a sympatická mi byla oborová příslušnost, tedy všeobecné sestry – vrchní sestry, oproti předešlým dvěma sociálním pracovníkům.

Shrnutí rozhovoru se Sandrou a Lilian:

Rozhovor s těmito dvěma spolupracovnicemi byl zajímavý, po obsahové i provozní stránce. V otázkách stigmatizace jsem obdržel další pohledy zúčastněných stran. V rozhovorech byla patrná synergie v oblasti služeb, názorové jednotnosti. Zajímavé bylo sledovat, jak jednotlivé odpovědi, doplnila vždy druhá strana o velmi zajímavý vhled ze své odbornosti. S obdivem jsem se vyjádřil k čistotě místností, vkusném nábytku, dispozičním řešení, dostatku prostoru, systému práce a multidisciplinárním přístupu. Při poslechu každodenních, pracovních záležitostí jsem byl schopen situovat sám sebe do tohoto pracovního prostředí, které navzdory cílové skupině, nebylo zdaleka tak ponuré a zatížené provozními neduhy. Ve srovnání s jinými centry mi na tomto místě a s těmito lidmi, přišlo že všeho je dostatek a nic není nemožné.

Shrnutí rozhovoru s Elize a Tracy:

Tento dlouho plánovaný rozhovor byl zajímavou a zátěžovou zkouškou mé logistické připravenosti. Realizaci rozhovoru předcházela dlouhá čekací doba, hodinový dojezd, schvalovací proces vedení organizace a další, provozně-časové překážky ze strany participujících zaměstnanců. Padly otázky okolo financování služeb, provozu centra, nedostatku personálu, složitosti některých procesů, malého zájmu kraje o dění a řešení.

Zde jsem zachytil odchylku v linii vertikální, tedy podřízenosti. V tomto případě opět zapracoval faktor časové i pracovní zaneprázdněnosti. Vedoucí pracovník musel zhruba po polovině zodpovězených otázek odejít do své vedlejší pracovny, přičemž se ve věci dalších odpovědí odkázal na svého podřízeného. Od tohoto okamžiku měl rozhovor poměrně strmou, po obsahové stránce upadající tendenci, zejména v dotazech souvisejících s provozem a distribucí služeb.

Shrnutí rozhovoru s Joanne:

Po realizaci předešlých rozhovorů jsem přehodnotil některé výstupy ze setkání a rozhodl se přizvat ještě jednoho odborníka v podobě Joanne. V tomto případě se nejednalo o pracovníka CDZ, ale o vedoucího lékaře z PNEM. Bylo zajímavé sledovat trajektorii deinstitucionalizace a její odklon od původní myšlenky transformace směrem ke komunitní péči a CDZ zpětným směrem do psychiatrických nemocnic. Mimo rámec rozhovoru byly dotazy směřované k rozvoji nemocnice, plánovaném navyšování počtu akutních lůžek, budoucích investic, rozvoji vzdělávacích programů, práci se zaměstnanci aj. dalšími, se změnami souvisejícími tématy.

6.5 ETNOGRAFICKÝ VÝZKUM

Každá z mých dalších návštěv na pracovištích, mohla mít jakýmkoliv způsobem vliv na plynulost provozu CDZ. Mou nepsanou podmínkou směrem k zařízení, byl počet minimálně dvou, na mém výzkumu zúčastněných zaměstnanců. Ideálním řešením se naskytla nabídka strávit den v CDZ s virtuálním týmem v terénu psychiatrických oddělení. Zmíněnou nabídku jsem s vděčností přijal, na druhou stranu, byla má ochota učinit něco navíc, vykoupěna další formální nutností, v podobě sjednání třístranné dohody o stáži.

První den strávený s virtuálním týmem monitorující potenciální klienty pro brzkou spolupráci nebyl na zážitky pro práci s klientem nejplodnější. Bohužel téměř na všech odděleních nebyla dostupná agenda k projednání, s výjimkou oddělení číslo ..., kde byl zmíněn jeden až dva klienti nedisponující psychiatrem nebo praktickým lékařem po propuštění. Z toho důvodu byli vytipováni do hledáčku CDZ.

Přesto jsem při stáži postrádal následující:

- absence interdisciplinarity – case management v praxi – individualizované plánování
- terénní práce – žitá zkušenost práce s klienty CDZ v jejich přirozeném prostředí
- krátká ukázka – dokumentace – zápisu z návštěvy u klienta

Proto jsem požádal vedoucího pracovníka CDZ o možnost realizace některé z výše zmiňované agendy. (práce s týmem v terénu se znovu realizovala znovu v podobě dvou dodatečných dnů)

6.5.1 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÍ Z TERENNÍHO VÝZKUMU

Na nadcházejících řádcích budou stručně vyobrazena tři setkání s klienty v jejich přirozeném prostředí, s dopomocí terénní práce, kterou jsem měl možnost vykonat se zaměstnanci CDZ. Jednoho klienta jsem navštívil s psychiatrickou sestrou mužského pohlaví, zatímco zbylé dva klienty jsme navštívili jiný den s jiným týmem, zastoupeným sestrou a sociální pracovnící ženských pohlaví.

Témata, na která jsem se v terénu orientoval byla:

1. Získávání důvěry, mapování potřeb
2. Individuální přístup, zplnomocňování klienta, podporování v jeho rozhodovacích pravomocech
3. Snaha o reintegraci a resocializaci v rámci vlastní komunity

Za účelem pochopení mého úsilí popsat průběh našich návštěv, bych použil následující knižní citaci: *„Obecněji a možná i srozumitelněji si dovolím vymezit kulturní data jako interpretace sociálního jednání a významů, které jsou více či méně sdílené v rámci kulturního systému, který studujeme. ; ...to, co nazýváme našimi daty, jsou ve skutečnosti naše vlastní interpretace interpretací jiných lidí týkajících se toho, co si myslí, že oni sami a jejich spoluobčané činí“*

(Clifford Geertze, 2000 s. 19; in Toušek, 2012)

Klient Cyril:

Klient tohoto jména byl ve věku okolo 60 let, měl za sebou velkou škálu pobytů na chronických, psychiatrických odděleních s dg. Reziduální schizofrenie, pro spádovost z jiného kraje a bezdomoveckou minulost pobýval v obecním domě v obci se 6 500 obyvateli.

Dle sdělení klíčového pracovníka tento muž žije nenáročným způsobem života prý spí, jí, vyměšuje a dojíždí do práce ve vedlejší město do chráněné dílny, kde namotává snítky nití do válců a kotoučů. Po ohlášení se zvonkem u domovních dveří, nás za dveřmi vyhlížel snědý šedesátník s prostoupenými kouty na čele. Po vstupu do jeho skromného bydlení jsme se záhy ocitli v denní místnosti, zároveň i ložnici. Krom pomačkaných froté prostěradel, neustlaného lůžka mne zaujal vzduch v místnosti, který ve mně evokoval vzpomínku, když jsem s mými dětmi navštívil pavilon primátů. Kolega bryskně zareagoval a jal se otevírat balkonové dveře i

okna s odůvodněním výměny současného ovzduší za čerstvější. Klient souhlasně dával najevo kývavými pohyby ze stran, že mu to nevadí.

Objektivně lucidní, v kontaktu zúčastněný i přes jeho prázdňý pohled bylo evidentní, že naši přítomnost v místnosti registruje, tvář hypomimická, verbální kontakt rezervovaný, odpovědi strohé, po latenci, převládal bradypsychismus, emoční oploštělost, nezaujatost, zjevný defekt v osobnosti. Kolega mu vroucně vysvětlil podávání léků, které Cyrilovi před chystal do lékových tabulek s označenými dny v týdnu i dávkami pro ráno, poledne i večer. Pobídl klienta, aby mu ukázal, jak bude postupovat, když bude čas užívat léky. Bylo zjištěno, že v minulých dnech klient jednu až dvě dávky minul. Po pár minutách jednání se dostavila pečovatelská agentura, včetně sestry, které byl lékový záznam o užívání vysvětlen kolegou s doporučením kontroly užití večerní medikace.

Téměř vzápětí se ozval další zvonek, což byl signál, že ke klientovi dorazila stravovací služba s donáškou jídla. Poté klient usedá do vedlejší tmavé místnosti a s chutí se pouští v době snídaně do konzumace oběda. Pan Cyril byl pobídnut k častějšímu popíjení tekutin k prevenci vážnoucího sousta, což s povděkem a mlaskáním kvituje. Mezitím jsem letmo prozkoumal okolní místnost, která na sebe upoutala otevřenými dveřmi. Onu místnost tvořila koupelna, pračka, toaleta a sprchovací kout. *„Vedle pračky se nacházela toaleta se zašlým nahnědlým, čpícím obsahem (soudím, že to byla večerní moč), stěny toaletní mísy opisovaly nepravidelně lemované hnědé kontury, připomínající brzdovou trajektorii něčeho, co už po proběhlé defekaci někde zmizelo.“* (zápisky autora z terénního deníku)

Při cestě zpět jsem svému novému kolegovi adresoval dotazy zaměřené na pobyt klienta, na to jak dlouho, je v silách pracovníků CDZ držet podobné jedince mimo hospitalizaci. Kdo zabezpečuje chod domácnosti, úklid, hygienu aj.? S tím, že v rámci osvěty a předmětu veřejného zdraví, s dopomocí andragogického přístupu, s cílem rozvinutí spolupráce, bych tu toaletní mísu klientovi spláchnul, nadto i třeba přidal nějaká triviální doporučení.

To vše je ovlivněno několika proměnnými, zejména ochotou spolupracovat, což je pro tuto chvíli klíčové. *„Jsme prý zodpovědní za proces, nikoliv za výsledek. O obsah v toaletě se prý postarají jiné složky péče.“*

Od prvního setkání s Cyrilem nelze opomenout celkový dojem i vnímání jeho vlastní jinakosti. Pohled udiveného s otevřenými ústy je pro něj typický. Na tomto příkladu osoby s organickým deficitem, menším podílem integrace do společnosti, lze poukázat, že s dopomocí podpůrných služeb a občasného dohledu, jsou tito jedinci schopni setrvat v jejich přirozeném prostředí. K tomu postačí dvě návštěvy týdně, kontrola, dohled, případná

reedukace spojená s užíváním léků, úklidové služby, roznáška jídla, nabídka jednoduché práce v chráněných dílnách, menší míra podpory a zplnomocnění klienta. Podobná paralela mne napadá při vzpomínce na Markova slova definující status ideál „ *Zaléčený klient po propuštění z PNEM, s dobrou následnou péčí, kontinuitou služeb a podporou rodiny bez nutnosti hospitalizace*“

Klientka Vilma:

Je bodrá žena ve věku 70 let, maďarského původu, která přišla do ČR po ose migrace s rodinou ze Slovenska. Žena byla postupem času opuštěna manželem, dospělý syn žije a pracuje v jiném městě, zřejmě minimalizuje kontakt s matkou. Paní Vilma trpí poruchou s bludy, při cestě automobilem sdělilo kolegy, že je paranoidně nastavena, je nedůvěřivá, spíše se izoluje, je prý možné že svou roli sehrává jazyková bariéra aj. okolnosti, jakože ji i manžel podváděl s jinými ženami.

Paní Vilma s úsměvem souhlasí s mou účastí, pouští nás přes práh svého skromného bytu. Zde se žádné překvapení v podobě nežádoucího pachu, nekoná, má spokojenost je i s uspořádáním místnosti, ihned jsem zasedl na zem ke skřínce a v rukou třímал svůj deník a zapisoval si dění. Při rozhovoru sedí na okraji své postele, v úvodu se nesměle dívá do země, poté co odpoví na dotaz je vidět, že ji naše společnost poměrně příjemná. Padly dotazy Jak se má? Jak spala? Co ji bolí? Jestli jak má tu artrózu, procvičuje prsty. Prý hodně čte, preferuje červenou knihovnu, ženské romány, zvíře by nechtěla, ani rybičky, ani andulky? Při mém pokusu ukázat morčecí společnost na fotkách v mobilním telefonu, si klientka pohotově odsedla na druhý konec postele. S kolegyněmi jsem toto v při návratu a jízdě v autě řešil, zdali si všimly reakce, na mé nenadále přiblížení se s dobrým úmyslem.? Za mě to byl úlek, obava strach, odtážení, z pohledu třetí strany to byl vyslaný signál k tomu se posadit na postel vedle ní, nic špatného. Já rozhodně do povlečených lůžkovin v postelích, včetně mé, v civilním oděvu neusedám, vy snad ano.?

Sociální pracovník po chvíli vytáhl připravenou screeningovou tabulku. Jakýsi semafor jedná se o systém, včasné detekce zhoršeného stavu. Přišla řeč na to; když se paní cítí dobře, co ráda dělá, co je pro ni typické? Z možných odpovědí přiznal, že je usměvavější, lépe spí, je aktivnější, uklízí a občas má chuť si vyjít na vycházku. Návštěva ji neobtěžuje, občas maluje. Oranžová barva má signalizovat zhoršení stavu, pro například bolesti. V tomto případě logicky ustupuje aktivita, uklízení, méně čte, nebo spíše nečte, ve styku s lidmi se snaží přetvařovat. Opět vysvětlena medikace, byla pochválena pracovníky za compliance s léčbou.

Klient Bohumír:

Klient s dg paranoidní schizofrenie. Usazen u svého kulatého stolu, naši společnost trávil povětšinou upřeným pohledem skrze okno do ulice, občasně se podíval ve směru dotazu.

Bylo zjištěno, že léky užívá s frekventovanou nepravidelností, opět vysvětleny dny a časy pro užívání léků. Pán působil zanedbaným dojmem, neoholen, neučesan, v bytě nepořádek mezi drobkami na kredenci, byly i oděvy, jídelní stůl praktický poset věcmi a krabičky od tablet, potřeba vyvětrá i byla rovněž významná.

Byl proveden nácvik dovednosti, toho, jak si sám budu užívat léky. Bohumír tvrdí, že potřebuje inhalátor na astma, bylo odsouhlaseno, že příští týden bude doprovázen k lékař. Klient není schopen udržet svou soběstačnost v požadovaném rozsahu, bude potřebovat vyšší rozsah péče. Načež byl klientovi orientačně přeměř krevní tlak, který naměřil 180/100 mm/Hg. Tento marker byl ještě jednou zkontrolován, opakovanou kontrolou, prakticky se stejným výsledkem. Bylo sděleno, že pro vyšší hodnotu krevního tlaku, ještě zajdeme k lékaři a vybavíme mu recept na antihypertenziva. Po návštěvě u praktického lékaře, jsme následně navštívili asi 3 lékárny po okolí, abychom sehnali medikaci a přivezli. Uspěli jsem snad až ve třetí nebo čtvrté lékárně.

Praktická zkušenost z terénu mi pomohla ozřejmit individualizované přístupy, práci s klientovou důvěrou, podporou v rozhodování a zplnomocňování, stejně jako mapování potřeb i průběhu resocializačního procesu v rámci komunit. Každý z přístupů ke klientům byl jedinečný. U Cyrila se jednalo o udržení stávajícího kurzu, v případě Vilmy se nabízí podpora ve smyslu odstraňování úzkostí a zbytečných obav s přemostěním její vlastní izolace do ještě lepší integrace v okolí. V případě Bohumíra se jednalo o intenzivnější síťování pro důslednější nastavení služeb, ve smyslu poskytování komplexnější a kvalitnější péče odpovídající jeho aktuálním potřebám.

❖ Terénní poznatky z oblasti konzultantů s žitou zkušeností

Během jednoho krásného, slunečného květnového dopoledne jsem měl možnost strávit den terénní praxe s virtuálním týmem, který navštěvuje předem avizovaná pracoviště rozmanitých oddělení psychiatrické nemocnice. Při přechodech mezi pavilony a časových prostojích, byla možnost se dozvědět něco více o provozu CDZ i nemocnice. Veškerá komunikace probíhala v přátelském duchu v podobě neformálních rozhovorů. Od započetí hospitalizace, dobrovolném pobytu, službách peerů, supervizní práci se zaměstnanci,

managementu neklidných a dalších zajímavých oblastech, jež byly v popředí mého zájmu. O pár dní později jsem měl možnost telefonicky hovořit s koordinátorkou peer konzultantů v jiném psychiatrickém zařízení. Postřehy o službách peerů jsem shrnul následovně.

Někteří konzultanti mohou být známi svou originální tvořivostí a netradičními přístupy, což může být vnímáno jako "bláznivé", ale zároveň mohou být v tom co dělají velmi úspěšní. Na druhé straně mohou být někteří konzultanti velmi metodičtí a profesionální. Je důležité vybrat si konzultanta, který nejenže má odpovídající odborné znalosti a dovednosti, ale také si porozumíte na osobní úrovni a máte důvěru v jeho schopnost dodávat hodnotu vaší organizaci. Byly zaznamenány případy nedostatečného přijetí personálem v podobě perzistujících rigidních vzorců chování, zejména v odmítavém přístupu v podobě navýšení kompetencí, uznání jejich role a přijetím do týmu. Jsou tací, kteří si tykají s ředitelem zařízení a těší se obecnému respektu napříč multidisciplinárním týmem. Na druhou stranu jsou známy případy ze zařízení, v níž peer konzultanti působili v rozporu s etickým kodexem a za své služby si nechali uživateli služeb platit. Zpoplatněná služba osobních a telefonických konzultací ve výši od 800 do 400 Kč, se ukázala jako přes limitní pro další pokračování ve spolupráci. (rozhovor s koordinátorem peer konzultantů a pracovníky virtuálního týmu CDZ)

7 DISKUSE

Při rozvahách časem strávených nad touto prací, bylo mé původní badatelské směřování vystřídáno navazující provázaností témat i shodami aktérů v realizovaných setkáních. Původní záměr se při opakovaném setkání vytratil, nad obzorem nových poznatků a informací. Samotný výzkum provázelo třídění dat, zejména s ohledem na jejich relevanci, došlo ke změně fokusního ložiska, od konkrétnějších výstupů o efektivním vlivu koordinátora na současnou podobu reformy psychiatrie, po generální shodu ve výpovědích mých informantů, svědčících o zdařilém postupu v podobě naplňování reformních cílů.

Rozhodnutí vytvořit a obsadit pozici koordinátora vycházelo z potřeby zlepšit provázanost služeb na zdravotně sociálním pomezí. Tato pozice je stále „relativně nová“ a přináší s sebou potenciál k významnému zlepšení meziresortní koordinace a komunikace, přičemž nebyl dosud dostatečný prostor pro plné prokázání jejího společenského vlivu a přínosu. Což mohu demonstrovat na dodatečné výpovědi Helen. *„Krátkodobé výhry asi úplně nedokážu pojmenovat, myslím si, že na to je moc krátká doba- Kdyby to bylo v režimu, že už na té pozici jsem například dva roky, a pak se vidíme dejme tomu po těch dvou letech a potom po dvou a půl letech, budu mluvit určitě jinak.“*

Věřím, že má pozice velký potenciál k dalšímu růstu a rozvoji, jelikož si vedení kraje uvědomilo, že bez interakce a spolupráce mezi profesionály z různých oborů, by nebylo možno dosáhnout vytyčených cílů, přičemž každý odborník přispívá svým specifickým pohledem i znalostmi, což vnímám jako klíčové pro úspěch celého týmu. Oporu pro toto tvrzení o nutnosti vzájemné provázanosti disciplín a procesních vazbách mezi projektovými pracovníky z rozdílných oborů, nacházím v metodice mezioborové spolupráce (Kappa-Help, 2020)

S ohledem na narůstající počet stran, jsem se v této závěrečné kapitole, mapující ohlédnutí za činností KMS pro zanedbatelnou rovinu zjištění, vymezil na konkrétní výstupy z oblasti transformace psychiatrických služeb. O nutnosti psychiatrické reformy svědčí koncepce psychiatrie, deklarující zakládání se na malém respektu k regionálním potřebám, o nerovnoměrné dostupnosti psychiatrické péče, dále o podfinancování celého pole duševního zdraví, ve srovnání s jinými zeměmi západní Evropy. (ČPS, 2008) Odhodlání vedení daného kraje o vytvoření nové pracovní pozice zaměřené na mezioborovou spolupráci, představuje poměrně důležitý krok k naplnění zmíněných cílů a závazků.

Z pozice pracovníků různých profesí (zúčastněných informantů mého výzkumu) si dovolím ocitovat jejich zdůvodnění – Grace – „*Chybí vlastně ... přechod z ústavní složky do běžného života, že významně chybí mezičlánek.*“ Mark „*Podoba centrálního řízení na úrovni ministerstev a vlády, s adekvátními finančními prostředky do všech krajů, se sdílením dobré praxe ze zahraničí, pilotní projekty, jež se osvědčily přenášet a využívat napříč kraji, přítomnost koordinátorů na jednotlivých územích.* Helen - „*zkostnatělost a uzavřenost systému, dlouhodobé pobyty klientů, snížení sociálních kompetencí a dovedností hospitalizovaných, náročnější integrace klientů do běžného života, opakované hospitalizace.*“ Procesuální implementace zvolené reformy spočívá v přenesení těžiště zejména do recovery přístupu, který se zaměřuje na integrativní přístup s podporou lidského rozvoje, důstojnosti, využitím lidského potenciálu, silných stránek a zlepšení kvality života. Mám-li se omezit na heslovité shrnutí metodického podkladu, pak bych recovery přístup shrnul do práce s nadějí, rozvoje silných stránek i potenciálu klienta, zplnomocňování s možností řídit svůj život, partnerský, individualizovaný přístup s respektováním klienta a jeho právy. (MZČR, 2022)

Součástí strategických kroků reformy je navrhnout plán pokračování celostátní destigmatizační kampaně, programů, aktivit, včetně vytvoření vzdělávacích aktivit pro cílové skupiny – jako jsou zdravotníci, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, státní správu, lidi s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky a komunity. (MZČR, 2020) Tento návrh byl podpořen rovněž informantkou Sandrou, která doporučuje ostatním kolegům se přijít podívat na jejich činnosti. „*Personál chodící k nám na poradu bývá mile překvapen, když vidí jiný přístup a jiný pohled, přičemž nevěděli, co u nás děláme. Pro kolegy na přijímačkách a chronických odděleních to musí být těžké, co tam vidí.*“

V odborné literatuře nacházím shodu s názorem, že bychom měli začít u sebe a sami usilovat o zvyšování úrovně znalostí u laické veřejnosti. Část odborné obce se o to snaží publikováním a umožňováním rozhovorů do masově čtených novin a časopisů. (Thornicroft et. al., 2010) Přičemž i v těchto aktivitách by v budoucnu mohl KMS hrát zásadní roli v boji proti stigmatizaci duševních onemocnění. Otevřenou komunikací a spoluprací mezi odborníky různých oborů s kultivací prostředí, kde je duševní zdraví chápáno jako nedílná součást celkového zdraví, se zvýšením povědomí veřejnosti o duševních onemocněních a redukcí míry stigmatizace. Fakt, že destigmatizace osob s duševními poruchami je proces dlouhodobý, s nutnou angažovaností celé společnosti v podání vzdělávání, osvěty a změny veřejného vnímání dokládá i (Ocisková, Praško, 2015).

Joanne zmínila nemožnosti tvorby nových služeb bez personálu, zmínila enormní tlak na péči, jelikož personál bývá přetížený a rychle vyhoří. Grace rovněž poptávala po kvalifikovaném personálu slovy „*musím příště získat tu jednu sestru, abych plnila transformační plán*“ Absentující kapacity odborných pracovníků (psychoterapeutů) dokládá realizovaná studie spojená s vyjádřením míry spokojenosti s léčbou (Raiter & Žáčová, 2005) Systém péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, systémem vzdělávání profesionálů, ale i nedostatečnou flexibilitou vzhledem k novým možnostem práce s lidskými zdroji, dokládá rovněž dokument (MZČR, 2020).

Poměrně zajímavé výstupy spojené s transformací psychiatrie přináší český lékař Richard Balon, jenž srovnává vlastní ambulantní praxi na Wayne State University v Detroitu s praxí v Horních Beřkovicích, přičemž tuzemskou reformu hodnotí zamyšlením „*zda deinstitucionalizace psychiatrické péče není jen dalším neúspěšným pokusem o vyřešení velice obtížného, možná i neřešitelného aspektu péče o pacienty se závažným duševním onemocněním.*“ (Balon, 2020, s. 108)

Uvádí příklady deinstitucionalizace z jiných zemí jako např. Izrael, Itálie. Konkrétně v Itálii dle jeho sdělení i názoru některých italských kolegů, kteří privátně tvrdí, že změna systému byla příliš extrémní a potřeba psychiatrických nemocnic nadále přetrvává, zatímco byla péče přesunuta do nevyhovujícího privátního sektoru, ač nadále placená státem. (Balon, 2020)

Deinstitucionalizaci ve spojených státech hodnotí ve smyslu totálního selhání, oproti autorkám článků, jež tvrdí, že v USA byla nejméně úspěšná. Zde se autor opírá o studie v níž autoři zmiňují o vyprázdnění azylových institucí, jež byly postaveny, aby napravily zneužívání pro-ziskových systémem minulosti, abychom nyní nabídli populaci duševně nemocných těm, kdo nabídnou nejvíce, opět v rámci pro-ziskového sektoru.

Z výčtu jeho několika dotazů byly zajímavé hledání odpovědí na otázky typu:

- Co s pacienty, kteří nejsou schopni žít nezávisle?
- Jak definovat důstojný život duševně nemocných?
-

Samotné zpochybňování reformy přináší ve své reakci na jeden z dalších článků. Kde se zabývá užitím termínu péče o duševní zdraví, která nazývá „*zmatečným, poněvadž nejde vlastně o duševní zdraví, ale o léčbu duševních onemocnění nebo chorob. Snaha o definici duševního zdraví obvykle končí tím, že duševní zdraví je definováno neexistencí duševního onemocnění.*

Ale tak jako nám není jasno, co je duševní zdraví, není nám dost dobře jasno, jak je obecně definováno duševní onemocnění. Takže co tedy reformujeme? Spíše reformujeme péči o duševně nemocné pacienty, kde máme poněkud více, i když ne úplně, jasno, oč se vlastně staráme.“ (Balon, Bankovská Motlová, 2022)

Při respektování takového názoru není zcela jasné, zdali je naopak institucionalizace funkční, případně jakou alternativu autor navrhuje, tak aby byla v souladu s mezinárodními úmluvami a navazujícími strategickými dokumenty? Všechna zařízení byla formována rozdílným směřováním a strategiemi při fungování provozu a však s jednotným cílem, v podobě zmírnění negativních dopadů „psychopatologizace“; v rámci určitých omezení předání možnosti klientům sami sebe formovat jako autonomní subjekty. (Balon, 2020; Balon, Bankovská Motlová, 2022)

Abych také učinil nějaká srovnání s předešlými studenty, pak mohu dodat, že mne zaujala diplomová práce Pavla Řeháčka s názvem „**Pojetí case managementu v rámci centra duševního zdraví**“ jejímž cílem bylo v rámci konkrétní organizace využívající metodu case managementu s multidisciplinárním přístupem zjistit, jak metodu zaměstnanci sami definují, jak case management realizují a na jaké překážky při práci narážejí. Přičemž identifikoval, v čem se pojetí zaměstnanců liší a v čem se naopak shodují. Pro zvýšení kvality služby i její proces si autor stanovil poměrně ambiciózní cíl v podobě předání doporučení vedením organizací. Práci si troufám říct ovlivnila pozicionalita (jelikož byl výzkum realizován na jeho současném pracovišti). Zajímavou kapitolou pro mne bylo srovnání praxe dvou psychiatrických veličin Höschl a Thornicrofta, přičemž autor neopomenul zmínit jejich geopolitické vnímání z především z historického kontextu a vývoje oboru psychiatrie reformy napříč západní a centrální Evropou. Mj. práce přináší shodu s mým zjištěním v podobě zmínění třecích momentů z řad sociálních pracovníků a psychiatrických sester, jež při výkonu bývají v občasném konfliktu zájmu.

Přestože nejsem dlouhodoběji ponořen do oblasti reformy psychiatrie a nepracuji v oboru, můj názor na reformu jde s dobou a směrem, kterým se vydal. V dobách, kdy jsem byl v psychiatrickém zařízení zaměstnán, bylo institucionalizováno velice významně. S časovým odstupem si uvědomuji omezování klientů, bez možnosti volby mezi alternativami, malou nabídkou služeb a restrikcemi takových rozměrů, že se všechna omezování svobody omlouvala „léčebným režimem“. Po realizovaném výzkumném šetření se všichni z dotazovaných shodli na nutnosti změny. Toto zjištění, spolu s terénním výzkumem, podpořeným pracovní zkušeností, posílá následující vzkaz, že všichni stojíme názorově zajedno.

8 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo na základě teoretických východisek z oblasti zvoleného procesu deinstitutionalizace psychiatrických zařízení a jeho podpůrných formách zdravotně sociálních služeb, identifikovat aktuální průběh transformace oboru psychiatrie.

Teoretická část mapuje strategické cíle v oblasti reformy, naproti tomu přináší srovnání s úrovní stavu, která v oboru panovala před psychiatrickou reformou. V rámci naplnění závazků vůči předsevzetím, na úrovni krajů v oblasti interdisciplinárního přístupu, bylo jejich naplňování observováno na příkladu koordinátora mezioborové spolupráce. V oblasti destigmatizace, byl věnován prostor především do začlenění peer pracovníků do procesu zotavení, včetně úskalí, která tato skupina členů multidisciplinárního týmu přináší. Mezioborová spolupráce, koordinace, doporučení a pravidla seznamuje čtenáře v samostatné kapitole v níž představuje členy CDZ.

V praktické části je reflektován výzkumný proces s účastníky aktivně zapojených do mezioborových procesů, od přímých účastníků s klienty, po vedoucí pracovníky z oblasti operativního i strategického řízení. Interpretace autorových zjištění, plynoucích z realizovaných rozhovorů, byly podpořeny studiem zdrojů pro teoretickou část praxe, jež se staly nedílnou součástí pro zhotovení závěrů a obecných doporučení, s dopadem na systém sociální práce zasazeného do prostředí následné psychiatrické péče.

Shrnutí odpovědí na výzkumné otázky ve vztahu k tématu transformace institucionálních služeb v oblasti psychiatrie jsou následující.

- **Jaké faktory hrají významnou roli v transformaci institucionálně orientovaných zařízení směrem ke komunitním službám?**
- **Jak by měl ideální multidisciplinární tým v oblasti péče o duševně nemocné fungovat?**

Odpovědi na obě otázky jsem zakomponoval společně, protože se jedná o poměrně složitý proces, vyžadující zohlednění několika klíčových faktorů, které by pro optimální fungování multidisciplinárního týmu měly být zásadní.

Transformace institucionálně orientovaných zařízení směrem ke komunitním službám je komplexní proces, zahrnující faktory na několika úrovních. Prakticky všichni ze

zúčastněných zmínili **politický vliv, komunální politiku**, předpisy, antidiskriminační přístupy podporující integraci osob s různým typem postižení do společnosti. K tomu je zapotřebí adekvátní financování (veřejné, soukromé zdroje) nezbytné pro udržitelnost a rozvoj komunitních služeb. Každá organizace by měla disponovat **efektivním vedením** a řízením s jasnou vizí a plánem pro přechod ke komunitním službám. Ve výzkumném šetření jsem měl možnost poznat řadu vedoucích pracovníků (managerů) z jejich slov nebylo poznat, kdo je lepším, či horším; přesto každé z pracovišť řešilo jiné provozní podmínky od banálních záležitostí po závažná rozhodování. Každé z pracovišť mělo rovněž jinou míru podpory, ze strany svých nadřízených a v tomto ohledu nemohu reflektovat za tyto zaměstnance. O podmínkách provozu, dostupném zázemí, prostorech a vyškoleném personálu v tuto chvíli netřeba hovořit. Další významnou a nezbytnou oblastí úspěšné deinstitucionalizace je **složka sociálních sítí a zdrojů**, kterou hraje rodina, a komunitní zapojení. **Odborné vzdělávání zaměstnanců** a profesní školení je předpokladem poskytování kvalitních služeb, včetně kooperace jednotlivců, komunit, zahrnující reedukaci některých členů vládních institucí a neziskových organizací. Všechna zmíněná témata byla zakomponována do odpovědí mých informantů při realizaci polostrukturovaných rozhovorů, přičemž se všichni ze zúčastněných s mým souhrnem ztotožnili.

➤ **Kdo je v multidisciplinárním týmu hlavním koordinátorem poskytovaných služeb?**

Na tento dotaz neexistuje jednoznačná odpověď. Ve většině CDZ má hlavní slovo lékař, bez kterého nelze provoz zabezpečit a který je pro součinnost zdravotního pracovníka nezbytný. Obecně lze vyvodit úsudek, že provozní záležitosti nejčastěji koordinují vedoucí pracovníci všeobecných sester se specializací v psychiatrii, zároveň se těší vážnosti, podpory týmu, i vedoucích sociálních pracovníků.

➤ **Jaké jsou identifikovány nejčastější překážky členy multidisciplinárního týmu a jakým způsobem se s nimi vypořádají**

Přestože jsou rozhodovací schopnosti při jednání s klienty u všech členů multidisciplinárního týmu podporovány a vyžadovány; na příkladu psychiatrických sester a rezervovanosti jednat bez přítomnosti lékaře je toto omezení patrné do té míry, že je až kontraproduktivní. Jedná se o podávání medikace, respektive omezenost konat bez ordinace lékaře. Dalším zmiňovaným neduhem je omezený přístup informacím. Omezení přístupu do

dokumentace a podílením se na léčbě klienta vidím jako krajně nešťastné a frustrující, zejména pro sociální část.

➤ **Jaký přístup a úkony spočívají v zapojení jedinců s duševním onemocněním do procesu sebestigmatizace a destigmatizace okolím?**

Neduh v podobě stigmatizace byl rovněž vyjádřen pracovníky CDZ i ostatních participantů zahrnutých do mého výzkumného šetření. Z odpovědí, které v otázkách destigmatizace zazněla doporučení s využitím příležitostí k destigmatizaci, od marketingových intervencí, po medializaci a reedukaci laické veřejnosti, vzdělávání v aparátu státních složek s úsilím o zapojování osob do pracovních příležitostí. Ke shrnutí myšlenky v oblasti dopadu stigmatizace použiji na závěr citaci z metodiky MZČR o zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací.

„Vliv stigmatizace může narušit pocit identity člověka, omezit jeho schopnost naděje a optimismu a ztížit jeho vyhlídky na zotavení; účinky stigmatizace mohou být škodlivější než samotná nemoc. Účinky stigmatizace a diskriminace na osoby žijící s problémy a nemocemi duševního zdraví lze potlačit usnadněním toho, jak posilovat postavení lidí a jejich vlastní činnosti ve společnosti a ve prospěch společnosti.“ (MZČR, 2022)

Jakou roli má koordinátor mezioborové spolupráce při implementaci změn souvisejících s transformací psychiatrie?

V mé práci došlo na využití myšlenky zabývat se několika aspekty najednou: Byla to interdisciplinarita, záměr vzniku a obsazení pracovního místa KMS a transformace psychiatrie. Témata mi přišla smysluplná, difuzně propojená. Přínos KMS do oblasti reformy je rovněž podroben, shrnutím vlastního přínosu pro obor sociální práce v kurzu, který byl pro tuto pozici nastaven. Odpověď na tuto otázku nelze rovněž jednoznačně vyložit. Roli pro implementaci změn má koordinátor poměrně velkou. Nicméně vzhledem povaze získaných dat, nemám konkrétnější výstupy z činností založených na mapování potřeb organizací.

V konečném důsledku je pro mě výstup z přínosu koordinátora v podobě implementace a řízení změn souvisejících s reformou v oboru psychiatrie za očekáváním. Můj úsudek může být zkrácen skutečností, že je KMS v procesu transformace novou a nevykrytalizovanou akvizicí.

DOPORUČENÍ

V diplomové práci rezonuje několik palčivých témat souvisejících s optimalizací provozu, které jsem v průběhu výzkumného šetření identifikoval. Jedním ze základních neduhů kombinované služby poskytování zdravotně sociální péče, je separované financování každé části zvláště, stejně jako systém řízení jednotlivých složek, podléhající jinému organizačnímu vedení. Jak bylo možno si povšimnout z výsledků výzkumu, některá pracoviště se s tímto vyrovnala lépe, jiné hůře, přestože analýza pracovišť neměla být jeho výstupem.

Na základě realizovaných rozhovorů, bych byl pro **zavedení stáží** mezi spolupracujícími zaměstnanci jednotlivých oddělení. Příslib od tohoto kroku vnímám v úbytku stigmatizace klientů samotnými profesionály a možnost získat o povědomí náplni práce i posláním CDZ. **Podporovat supervizi** na pracovišti, **zamezovat střetům a povyšováním** psychiatrických sester nad sociálními pracovníky. Zde bych navrhoval obecnou práci s týmem jako je otevřenou komunikace, empatie, budování respektu, důvěry s uznáním přínosu každého člena týmu. Nadále **využívat práce KMS** a výhod multidisciplinarity, ideálně v rámci výkonu PN, pro efektivní využití budoucích projektů.

V kontextu využitelnosti mé práce pro současnou praxi, bych pravděpodobně nabádal vedoucí služeb, vedoucí zařízení, případně management organizací k přečtení některých kapitol, za účelem lepšího vhledu do provozu CDZ, komunitních služeb, palčivých témat a doporučení některých informantů. Z hlediska dopadu práce koordinátora (KMS) na komunitní služby a reformu psychiatrie, bych si netroufal snižovat význam pracovní pozice, ani způsob jejího uchopení. Doba, která uplynula od nástupu, po opakování rozhovoru nebyla závratně dlouhá, v konečném důsledku psychiatrie nebyla jedinou oblastí soustředění koordinátora.

Současnému KMS bych přál, aby napříč organizacemi přibylo zaměstnanců na obdobné pozici, pro účely sdílení jakékoliv praxe v rámci profesní intervize i vzájemné podpory; pakliže nepřichází z řad zřizovatele. Zároveň bych si přál, kdyby se uživatelé služeb mohli na pracovníky KMS obracet, jakožto na mezičlánek mezi institucemi veřejné správy, neziskových i zdravotnických organizací. V otázkách vnímání kvality a dopadu služeb na jejich uživatele, bych uvítal (doporučil), kdyby KMS mohli disponovat možnostmi rozšířených kompetencí. Na některé situace adekvátně reagovat, ve smyslu řízení nebo zavádění změn do praxe. Minimálně o zjištěních hovořit v multidisciplinárním kruhu, třeba na úrovni facilitovaných setkáních s přizvanou a zasvěcenou pracovní skupinou, kterou by pracovník KMS podněcoval ke změnám.

8.1 LIMITY VE VÝZKUMU

Závěrem této práce by bylo na místě zmínit limity ve výzkumu. Poměrně významným limitem byla formální stránka pro splnění náležitostí s výzkumným projektem spojených. Ta spočívala v opatření souhlasu s organizace. Provoz jednoho CDZ zaštiťovaly dvě organizace, jakožto psychiatrické nemocnice, která poskytovala psychiatrické sestry, přičemž sociální pracovníky dodávala jiná partnerská organizace. Bylo třeba vyloudit souhlas těchto organizací i časově skloubit setkání podle možností všech aktérů.

Poměrně významným limitem byl počet zvolených Center Duševního Zdraví, a to v počtu tří zařízení se vzdáleností mezi nimi do 140 km. Během jednoho z dlouho plánovaných rozhovorů, došlo kurýrní službou k přerušení nahrávání zmeškaným hovorem, ohledně stavu a směrování zásilky, na telefonu v tichém režimu vyzvánění. Došlo ke znehodnocení asi 30 minut rozhovoru v podobě ukončení nahrávání, a tudíž nezaznamenání celé stopy nahrávky. Po přepisu rozhovoru jsem chybějící informace ze setkání doplnil s dopomocí všípivosti a výbavnosti vlastní paměti. V rozhovoru padly konkrétní a poměrně obsáhlé výstupy, zasazující provozní záležitosti do tematických souvislostí, které vlivem absence audio záznamu, mohly být jen útržkovitě prezentovány. Zmíněný problém bych popsal jako rezervovanost pestrých dat, indikující nutnost rozšíření výzkumu o dalšího informanta, případně opakování rozhovoru.

Ve snaze o kompenzaci ztráty podnětných údajů, souvisejících s provozem CDZ, jsem se rozhodl o dodatečné přizvání dalšího informanta, pro ještě širší spektrum pohledů, v podobě vedoucí lékařky Joanne, i následné možnosti využít terénní výzkum, co do setkání s virtuálním týmem, mapujícím síť potenciálních kandidátů, při návštěvě šesti oddělení psychiatrické nemocnice, stejně jako výjezdy klíčových zaměstnanců ke klientům, do jejich přirozeného prostředí. To vše v počtu třech dopoledních termínů.

Posledním limitem, jenž jsem zaznamenal; je přenosnost dat z jednoho kraje do druhého. V jednom kraji se informanti vymezovali na politickou angažovanost, naproti tomu se zase zastupitelé jiného města dožadovali něčeho, co by v jiném regionu bylo nemyslitelné. Byť i vytvoření pozice KMS se zdá být indikátorem alespoň nějaké zainteresovanosti dobrých úmyslů do prostředí komunitních služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Abramson, J. S., & Rosenthal, B. B. (1995). Interdisciplinary and interorganizational collaboration. In R. L. Edwards (Ed. -in-Chief), *Encyclopedia of social work* (19th ed., Vol. 2, pp. 1479–1489). Washington, DC: NASW Press
2. Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Mabe, A. P., Tucker, S. J., & Buckley, P. F. (2015). The professional experiences of peer specialists in the Georgia Mental Health Consumer Network. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 424–436.
3. Alexová, A., Kågström, A., Winkler, P., Kondrátová, L., & Janoušková, M. (2019). Correlates of internalized stigma levels in people with psychosis in the Czech Republic. *International journal of social psychiatry*, 65(5), 347-353.
4. Atkinson, Mary, Paul Doherty, and Kay Kinder. "Multi-agency working: models, challenges and key factors for success." *Journal of Early Childhood Research* 3, no. 1 (2005): 7-17.
5. Balková, M. (2022). Engaging peer consultants in mental health services: Narrative research. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 411-419.
6. Balon, R. (2020). Funguje deinstitucionalizace psychiatrické péče? *Česká a slovenská psychiatrie*. 116(2), 108-110.
7. Balon, R., & Bankovská Motlová, L. (2022) - Zmatek nad zmatek? Poznámky k reformě péče o duševní zdraví. *Česká a slovenská psychiatrie*. 118(4), 178-179.
8. Barták, M., & Dlouhý, M. (2012). Ekonomické aspekty péče o duševní zdraví ve vyspělých zemích. *Revizní a posudkové lékařství*, 15.(č. 3-4), s. 91-96.
9. Bartoš, V., Cahlíková, J., Bauer, M., & Chytilová, J. (2020). *Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví*. Národohospodářský ústav AV ČR, vvi.
10. Budijova, J.L.(2015). Etnografie a terénní výzkum. In *Kapitoly z kvalitativního výzkumu*, Západočeská univerzita v PLzni
11. Belz, H., & Siegrist, M. (2001). *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Portál.
12. Berg-Weger, M., & Schneider, F. D. (1998). Interdisciplinary collaboration in social work education. *Journal of Social Work Education*, 34, 97–107.
13. Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 48(3), 297-306.
14. Broulíková, H. M., Dlouhý, M., & Winkler, P. (2020). *Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: zaměřeno na duševní zdraví*. Národní ústav duševního zdraví.

15. Buday, J., Heidingerová, J., Kališová, L., et al. (2022) Elektrokonvulzivní terapie – od elektrického rejnoka po ultrakrátké pulzy. *Psychiatrie*. 2022, **26**(3), 7579.
16. Carboch, Radek. Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. *Sociální práce*. 2020, **20**(3), 24-41.
17. CRPDZ. 2014. *Zapojení uživatelů péče do vzdělávání v oblasti péče o duševního zdraví 2013–2014* [online].
18. Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, *8*(2), 75.
19. Česká Psychiatrická Společnost. ČPS, ČLS (2008) Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize. http://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/revize_koncepce_2008.doc
20. Černá, M., Dubnová, M., Hanzl, D., & Řezníková, V. (2019). Inovace výuky předmětu psychiatrie za účelem snížení stigmatizace osob s duševním onemocněním. *Czech & Slovak Social Work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, *19*(2), 118–132.
21. Faixová, M. K. (2014). Rogersovská psychoterapie a preterapie–možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, *15*(1), 35-38.
22. Fiala, M. M., Foitová, Mud. Z., Hejzlar, Mud. P., Hodboď, J., Hollý, Mud. M., Koblíček, P. K., Lorenc, Mud. J., Petr, M. T., Rektor, Mud. J., Šolle, Mud. Z., & Šturma, P. (2013). *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)*.
23. Foot, J. (2014). Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and Radical Social Work*, *2*(2), 235–249. <https://doi.org/10.1332/204986014X14002292074708>
24. Frost, N., Robinson, M., & Anning, A. (2005). Social workers in multidisciplinary teams: issues and dilemmas for professional practice. *Child & Family Social Work*, *10*(3), 187-196.
25. Gidugu, V., Rogers, E. S., Harrington, S., Maru, M., Johnson, G., Cohee, J., & Hinkel, J. (2015). Individual peer support: A qualitative study of mechanisms of its effectiveness. *Community mental health journal*, *51*, 445-452.
26. Greer, P. A. (2017). *Elements of effective interorganizational collaboration: a mixed methods study* (Doctoral dissertation, Antioch University).
27. Geertz, Clifford. 2000. *Interpretace kultur: vybrané eseje*. Sociologické nakladatelství.

28. Hanušová, J., Hellebrandová, K. (2006) *Interdisciplinární spolupráce*. Vzdělávací institut ochrany dětí. Praha.
29. Hardy, C., Lawrence, T. B., & Grant, D. (2005). Discourse and collaboration: The role of conversations and collective identity. *Academy of management review*, 30(1), 58-77.
30. Heřmanský, M. (2019). Analýza a interpretace dat v kvalitativním výzkumu. In *Metody výzkumu ve společenských vědách* (Vydání první, s. 417–443). FHS UK.
31. Heřmanský, M. (2019). Terénní výzkum. In *Metody výzkumu ve společenských vědách* (Vydání první, s. 353-390). FHS UK
32. Hirt, T., Zíková, T., Toušek, L., Sosna, D., Henig, D., Tošner, M., ... & Pařízková, A. (2012). *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. Západočeská univerzita v Plzni.
33. Hollý M. (2015). Organizace psychiatrické péče v ČR a připravovaná reforma. In *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
34. Höschl, C., Winkler, P., & Peč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 278-285.
35. Chinman, M., McCarthy, S., Mitchell-Miland, C., Bachrach, R. L., Schutt, R. K., & Ellison, M. (2019). Predicting engagement with mental health peer specialist services. *Psychiatric Services*, 70(4), 333-336.
36. Jankovský, J., (2015). Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
37. Kanuha, V. K. (2000). „Being“ native versus „going native“: Conducting social work research as an insider. *Social Work*, 45(5), 439–447.
<https://doi.org/10.1093/sw/45.5.439>
38. Kappa Help, Centrum sociální prevence. (2020). *Metodika mezioborové spolupráce – pro vytvoření komplexní podpory matek s dětmi v Přerovském regionu*. Přerov
39. Kodymová, P. (2015). Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce. In *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
40. Kondrátová, L., Chrtková, D., Mladá, K., Janoušková, M., Štanglová, A., Roboch, Z., Páv, M., & Winkler, P. (2018). Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*, 114(4), 151–158.
41. Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2023). *Qualitative content analysis: Methods, practice and software* (Second). SAGE Publications.

42. Kuchař, P. (2007). *Trh práce: Sociologická analýza* (Vyd. 1). Karolinum.
43. Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(6), 384-396.
44. Littlechild, B. (2014). Etika v kvalitativním výzkumu v sociální práci. In *Výzkumné metody v sociální práci* (Vyd. 1, s. 121–137). Ostravská univerzita v Ostravě.
45. Mattessich, P., & Monsey, B. (1992). *Collaboration: What makes it work* (5th ed.). St. Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation
46. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2022). *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Praha
47. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2022). *Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním*. Praha.
48. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2022). *Reforma péče o duševní zdraví, Vzdělávání a zaměstnávání peer konzultantů v zahraničí a v ČR*. Praha
49. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2022). *Metodika dobré praxe č. 2: Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací*. Praha
50. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2021) Věstník MZČR, Praha, dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdfR
51. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030; příloha č. 2 Analytická část*. Praha
52. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2019). *Průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha. https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf
53. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018). *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Praha
54. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha
55. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2013). *Manuál transformace ústavu*. Praha. <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/manual-T-ustavu.pdf>
56. Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Slon.
57. Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: first-person accounts of benefits and limitations. *The journal of behavioral health services & research*, 25, 397-411.

58. Mudrová, H. 2008. Stigmatizace klientů s duševním onemocněním nepsychiatrickými zdravotníky. Praha. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Ivana Šlaisová. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.
59. Novotná, H.; Šťovíčková Jantulová, M., (2019). Rozvaha výzkumného projektu. In *Metody výzkumu ve společenských vědách* (Vydání první, s. 37–56). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
60. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
61. Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., & Sedláčková, Z. (2014). Internalizované Stigma A Efektivita Farmakoterapie a Psychoterapie u Úzkostných Poruch a Poruch Neurotického Spektra. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 110(3).
62. Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: Vybrané kapitoly* (Vyd. 1). Portál.
63. Pfeiffer, J. 2010. Reflexe. In: Hejzlar, P. (Ed.). Na cestě ke komunitní psychiatrii... Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví. Pardubice: PDZ a Theo, 8–16
64. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365.
65. Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha.
66. Probační a mediační služba ČR. (2018). *Sborník mezioborové spolupráce*
67. Raiter T, Alexandridu A, De Beuckelaerová O, Lajka J, Wenigová B. (2004). *Psychiatrie v r.2004*. Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. <https://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/centrum/potreby-odborniku-psychiatricke-pece.pdf>
68. Raiter, T. & Žáčková, L. (2005). Kvalita psychiatrické péče očima pacientů: Kvalitativní výzkum mezi pacienty psychiatrie. Praha
69. Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia bulletin*, 40(1), 28-38.

70. Řeháček, P. (2019). Pojetí case managementu v rámci centra duševního zdraví. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/107866>
71. Salzer, M. S. (2002). Consumer-delivered services as a best practice in mental health care delivery and the development of practice guidelines: Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team Philadelphia. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 355-382.
72. Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(3), 281.
73. Smith, A. C., & Stewart, B. (2011). Organizational rituals: Features, functions and mechanisms. *International Journal of Management Reviews*, 13(2), 113-133.
74. Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* (Vyd. 1). Sdružení Podané ruce.
75. Stuchlík, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba*. Praha: Fokus.
76. Špaček, O. (2019). Společenské vědy a empirický výzkum. In *Metody výzkumu ve společenských vědách*. (s. 17–33). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
77. Tajanovská, A., (2015). Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti. In *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
78. Toušek, L., Budilová, L. J., Fatková, G., Hejnal, O., Lupták, L., Růžička, M., & Šimek, J. (2015). Kapitoly z kvalitativního výzkumu.
79. Toušek, L.(2012). *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. Západočeská univerzita v Plzni.
80. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., and Leese, M.; INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey.
81. Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 53–59. doi:10.1192/apt.bp.107.004481
82. Thornicroft, G., Votruba, N., & Koschorke, M. (2020). Public attitudes and the challenge of stigma. In J. R. Geddes, N. C. Andreasen, G. M. Goodwin, J. R. Geddes, N. C. Andreasen, & G. M. Goodwin (Ed.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (s. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198713005.003.0002>
83. Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Psychiatrická péče 2018*. ÚZIS, 2019

84. Vanis, K. (2024). *Jak vypadá psychiatrická péče v datech? Jaký vliv měla a má psychiatrická reforma?*. Iniciativa pro efektivní zdravotnictví.
<https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/jak-vypada-psychiatricka-pece-v-datech-jaky-vliv-mela-a-ma-psychiatricka-reforma>
85. Voronka, J. (2019). The mental health peer worker as informant: Performing authenticity and the paradoxes of passing. *Disability & Society*, 34(4), 564-582.
86. Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 58(1), 25–39.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00148-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00148-5)
87. Winkler, P., Barrett, B., McCrone, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Höschl, C. (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 421-428.
88. Winkler, P., Koeser, L., Kondrátová, L., Broulíková, H. M., Páv, M., Kališová, L., ... & McCrone, P. (2018). Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1023-1031.
89. World Health Organisation. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
90. World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.
91. WHO. (2014) *Mental health: a state of well-being*. Copenhagen: WHO, 2014

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1: Vývoj ukončených hospitalizací
- Obrázek 2: Přímý dopad na dostupnost akutní péče
- Obrázek 3: VZP 2023 in IEZ
- Obrázek 4: Personální zajištění CDZ
- Obrázek 5: Model Mezioborové Spolupráce
- Obrázek 6: Kroky formující kolektivní identitu
- Obrázek 7: Faktory ovlivňující spolupráci

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Žádost o zprostředkování setkání se zaměstnanci CDZ

Příloha 2 – Žádost o zprostředkování krátkodobé stáže v CDZ

Příloha 3 – Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Příloha 4 – Set otázek pro polostrukturovaný rozhovor s vedoucím pracovníkem CDZ

Příloha 5 - Tématické okruhy otázek - KATEGORIE - SUBKATEGORIE - KÓDY

Příloha č. 1

Bc. David Novák, DiS.

FHS UK

Pátkova 2137/5

182 00 Praha 8 - Libeň

Mgr.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Psychiatrická nemocnice

Věc: Žádost o zprostředkování setkání se zaměstnanci CDZ xxx pro účely kvalitativního výzkumného projektu

Vážená paní magistro,

Jsem studentem druhého ročníku, navazujícího magisterského programu **Řízení a Supervize v Sociálních a Zdravotnických Organizacích**, na Fakultě Humanitních Studií Univerzity Karlovy v Praze.

Rád bych si Vás dovilil požádat o možnost osobního setkání se zaměstnanci z CDZ ..., pro realizaci explorativního rozhovoru, za účelem sběru a analýzy dat pro účely diplomové práce s názvem „*Vliv mezioborové spolupráce na deinstitucionalizaci zdravotně-sociálních služeb a destigmatizaci osob s duševním onemocněním ve vybraném regionu*“.

Součástí setkání bych Vás rovněž poprosil o možnost krátké exkurze pro lepší vhled do provozu CDZ.

Preferovaný termín pro uskutečnění setkání by byl k datu od **19. - 22.3. 2024**.

Děkuji za Váš čas,

S přáním kladné odpovědi

David Novák

.....

V dne 20. 2. 2024

Příloha č. 2

Bc. David Novák, DiS.

FHS UK

Pátkova 2137/5

182 00 Praha 8 - Libeň

Vážená paní

xxx

Vzdělávání a stáže

Psychiatrická nemocnice

Věc: Žádost o zprostředkování krátkodobé stáže v CDZ ...

Vážená paní ...,

Jsem studentem druhého ročníku, navazujícího magisterského programu **Řízení a Supervize v Sociálních a Zdravotnických Organizacích**, na Fakultě Humanitních Studií Univerzity Karlovy v Praze.

Rád bych si Vás dovilil požádat o možnost svolení výkonu krátkodobé stáže v měsíci **duben–květen 2024**, za účelem sběru a analýzy dat pro účely diplomové práce s názvem „*Vliv mezioborové spolupráce na deinstitucionalizaci zdravotně-sociálních služeb a destigmatizaci osob s duševním onemocněním ve vybraném regionu*“.

Děkuji za Váš čas,

S přáním kladné odpovědi

David Novák

.....

V ... dne 19. 2. 2024

Příloha č. 3

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Dnešním dnem jsem poskytl/a rozhovor panu **Davidu Novákovi**, studentovi oboru *Řízení a Supervize v Sociálních a Zdravotnických Organizacích na FHS UK* pro účely sběru a analýzy dat pro splnění výzkumného projektu k připravované diplomové práci s názvem

„Vliv mezioborové spolupráce na deinstitucionalizaci zdravotně-sociálních služeb a destigmatizaci osob s duševním onemocněním ve vybraném regionu“

Důvěrnost informací:

S vaším laskavým svolením bude z tohoto rozhovoru pořízen audio záznam. Záznam z rozhovoru bude následně přepsán a analyzován. Pořízený zvukový ani textový zápis z rozhovoru nebude žádným způsobem jako celek veřejně zpřístupněn. Identifikace Vaší osoby nebude pro účely projektu diplomové práce možná. V případě, že úryvky z tohoto rozhovoru budou součástí publikací nebo veřejných prezentací výsledků výzkumu, smí být uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou, pokud neuvedu jinak. Po ukončení výzkumu a prezentování výsledků v rámci kurzu, tento rozhovor smí být archivován a tím zprostředkován pro účely jiných výzkumů, ale pouze v anonymizované podobě, bez spojení s mým jménem a s mojí osobou, pokud neuvedu jinak.

Vaše rozhodnutí je pro mě závazné

Poprosil bych Vás o souhlas s realizací rozhovoru za výše uvedených podmínek.

Souhlasím s tím, že v práci budou uvedena některá má citlivá data, ale nebude uvedené mé pravé jméno nebo nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by mohly vést k identifikaci mojí osoby, pokud s tím nedám souhlas. Jsem si vědom, že mohu rozhovor z jakýchkoliv důvodů přerušit a svůj souhlas s rozhovorem vzít zpět.

S těmito podmínkami dobrovolně a bez nátlaku souhlasím

Datum:

Jméno:

Podpis

Příloha č. 4 – Návrh scénáře rozhovoru

- 1. Jaké si dáváte střednědobé pracovní cíle pro výkon na vaši pozici?*
- 2. Jak probíhá adaptační období a jaké vzdělávací aktivity by měl absolvovat uchazeč na pozici všeobecné sestry v CDZ?*
- 3. Došlo v průběhu fungování CDZ k nutnosti provést změny v systému fungování od jeho počátku? V čem spočívala? Jak byste ohodnotila jejich implementaci?*
- 4. V čem vnímáte pozitiva, nebo naopak v čem spatřujete potíže, limity při práci s jedinci s duševním onemocněním a jejich příbuznými?*
- 5. Jak vnímáte sebe v otázkách přijetí do multidisciplinárního týmu? Vnímáte fakt, že vás akceptují jako odborníka při zavádění změn?*
- 6. Kdo organizuje vaši práci, kdo na Vás dohlíží a jak se stanovují dosažené pracovní výsledky??*
- 7. Jak byste definovala situaci průběhu reformy psychiatrie, která se nachází v našem kraji ve srovnání s okolními kraji? Nebo nejsou-li data – jak se díváte na průběh reformy v obecném měřítku? Jak probíhá, co (ne)funguje?*
- 8. V čem by mohla podle Vás být při deinstitucionalizaci přínosem vznik nové pozice v rámci - „Koordinátora mezioborové spolupráce“*
- 9. Proč si myslíte, že je transformace psychiatrie nutná?*
- 10. Vzpomenete si na některé příklady dobré praxe aplikovaných v tuzemských případně zahraničních organizacích, něco, co by mohlo být inspirativní na zdravotně sociálním pomezí? Nemusíte složitě odpovídat*
- 11. Která země nebo který systém sociální péče je podle Vás ideálním pro implementaci změn do našich podmínek? Nemírím jen na problematiku psychiatrické reformy, ale sociálních služeb obecně.Nemusíte odpovídat*

12. *Jakou očekáváte reakci laické veřejnosti při konfrontaci s jedinci s duševním onemocněním, kteří budou občanům „blíže“?*
13. *Kdo, případně co ovlivňuje podle Vás názor laické veřejnosti na jedince s duševním onemocněním?*
14. *Jak by podle Vašeho názoru měla probíhat reforma psychiatrie a její deinstitucionalizace?*
15. *Jak vnímáte úlohu psychiatrických sester při reformě psychiatrické péče? V čem spočívají kompetence těchto specialistek oproti všeobecným sestram?*
16. *Myslíte, že by posílení nebo rozšíření kompetencí v řadách psychiatrických sester umožnilo posun v transformaci oboru? Jak nebo v čem byste jejich kompetence rozšířil?*
17. *Má podle Vás současná podoba psychiatrické péče dopad na ostatní systémy?*
18. *V jednom zařízení, v němž praktikuji má být v budoucnu transformována kapacita lůžek na 50 na 50 tedy DS vs. DZR – tedy navyšování kapacity DZR o 30–36 lůžek. A vnímám obavy personálu zvýšeného tlaku ne ně samotné v podobě vyšších kompetencí a erudovanosti, zároveň udržitelnosti provozu v důsledku reformy psychiatrie a infiltrací klientů s kombinovanými psychiatrickými dg. do těchto zařízení. Dá se souhlasit s obavami personálu, jak byste tyto obavy personálu tlumila?*
19. *Jaké jsou podle Vás cíle reformy psychiatrické péče? Kde je nějaký žádoucí status, že se reforma daří.*

Příloha č 5.

Tématické okruhy otázek – KATEGORIE – SUBKATEGORIE:

- ❖ **Oblast manažerská a personální – Kategorie**
 - ❖ Stanovování střednědobých cílů – **Subkategorie**
 - ❖ Nastavování systémových změn do praxe
 - ❖ Vnímání pozitivních a negativních vlivů na pracovní výkon
 - ❖ Jak se stanovují dosažené pracovní výsledky
 - ❖ Průběh adaptačního období
 - ❖ Rozvoj pracovních dovedností

- ❖ **Oblast přijetí do multidisciplinárního týmu**
 - ❖ Vnímání sebe sama v otázkách přijetí do multidisciplinárního týmu
 - ❖ Přínos a očekávání okolí případně osoby koordinátora mezioborové spolupráce

- ❖ **Definice průběhu reformy v aktuálním regionu**
 - ❖ Porovnání s okolními kraji
 - ❖ Síťování, spolupráce, platformy s jinými organizacemi

- ❖ **Shrnutí průběhu reformy**
 - ❖ Zhodnocení současného stavu
 - ❖ Co absentuje nebo nefunguje
 - ❖ Jak by se mohla deinstitucionalizace dále ubírat
 - ❖ Úvaha, proč je transformace psychiatrie nutná
 - ❖ Cíle reformy, žádoucí status

- ❖ **Stigmatizace jedince společností**
 - ❖ Reakce laické veřejnosti
 - ❖ Původce společenských předsudků
 - ❖ Destigmatizační návrhy

- ❖ **Sdílení dobré praxe v otázkách psychiatrické reformy i sociálních služeb**
 - ❖ Inspirace zahraniční zkušeností
 - ❖ Sdílení dobré praxe

- ❖ **Úloha pracovníků při transformaci péče, multidisciplinárních přístupech**
 - ❖ Psychiatrické sestry
 - ❖ Posílení a rozšíření kompetencí
 - ❖ Změny v oblasti přípravy na povolání a edukace
 - ❖ Ostatní pracovníci
 - ❖ Kdo je hlavním koordinátorem a nositelem změn

- ❖ **Dopad současné podoby na ostatní systémy**
 - ❖ Veřejná správa
 - ❖ Komunitní plánování a rozvoj
 - ❖ Sociální zařízení
 - ❖ Navyšování kapacit DZR, sociální rehabilitace
 - ❖ Dispoziční změny zařízení
 - ❖ Tlak na personál, obavy
 - ❖ Posílení kompetencí
 - ❖ Edukace
 - ❖ Zdravotnická zařízení
 - ❖ Nevyžádané hospitalizace
 - ❖ Vytíženost všech složek systému nemocnic i přednemocniční péče
 - ❖ Dopad na kontinuitu služeb