Spolufinancováno Evropskou unií

Královéhradecký kraj

SBORNÍK
ZÁSADNÍCH PRINCIPŮ CASE MANAGEMENTU, ZJIŠŤOVÁNÍ POTŘEB A PRINCIPŮ ZOTAVENÍ U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

EDITOR

Mgr. Marie Šimková, MBA

Tento text neprošel jazykovou korekturou a je určen pro studijní účely.

Zpracovatel: Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor sociálních věcí, oddělení sociální práce, prevence a registrace sociálních služeb.

Hradec Králové, 2024

Projekt Podpora procesů reformy péče o duševní zdraví,
registrační číslo: CZ.03.02.02/00/22_006/0000198.

Úvodní poznámka

V současné době prochází péče o osoby s duševním onemocněním v ČR výraznou proměnou. V rámci reformy psychiatrické péče je snaha o přesun a rozvoj péče ve vlastním sociálním prostředí. Pro duševně nemocné osoby se stávají důležitým pilířem nově budovaného systému, tak jako v mnohých zemích, které prošly procesem reformy, zdravotně sociální služby typu Center duševního zdraví (dále jen „CDZ“). Podpora těchto zařízení a dalších komunitních služeb na bázi propojení zdravotních a sociálních pracovníků je jedna ze zásadních změn, které reformy psychiatrie přináší. V dalších oblastech Reforma péče o duševní zdraví zavádí systémovou změnu v poskytování psychiatrické péče, kde hlavním cílem je zvýšení její kvality, efektivity a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Reforma péče o duševní zdraví také zavádí organizační a legislativní změny vedoucí k zavedení pevné a jasně strukturované meziresortní spolupráce nejenom v oblasti sociálních služeb ale i v oblastech pracovního trhu, školství, justice a bezpečnosti.

Hlavním úkolem je přesun péče o klienty do jejich přirozeného prostředí. Odbornými přístupy multidisciplinárního týmu zamezit častým opakovaným hospitalizacím či alespoň napomáhat k výraznému zkrácení doby léčby v psychiatrické nemocnici.

Královehradecký kraj proto považuje za důležité publikovat k tomuto tématu v rámci EU projektu: “Podpora procesů reformy péče o duševní zdraví“ několik vlastních původních příspěvků různých tvůrců pracujících v péči o duševně nemocné, jako studijní materiál pro širší odbornou veřejnost.

Hradec Králové, prosinec 2024

Mgr. Marie Šimková, MBA
koordinátor péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji

„Někdy je potřeba si uvědomit, že ne každému můžeme pomoci“.

Autoři příspěvků:

Mgr. Jana Heczková

Mgr. Martina Jílková

Mgr. Veronika Řepková

Mgr. Lucie Skalská

Mgr. Martina Šafářová

Obsah

Úvodní poznámka ... 1
1. Co je to CASE MANAGEMENT ... 5
2. Průběh a postavení CM v systému služeb ... 6
2.1 Úkoly case managera ... 7
3. SKUPINA JIČÍN ... 8
3.1 Mapování potřeb ... 8
3.2 Zkušenosti ve spolupráci s psychiatrickou nemocnicí a službou, městem ... 10
3. 2.1 Vstup – Mám klienta, který potřebuje hospitalizaci? ... 10
3.2.2 Pacient je hospitalizovaný – jak fungují návštěvy, předávání informací? ... 13
3. 2.3 Podpora nemocnice a terénu v době propuštění a po propuštění ... 14
3.3 case management ... 17
3.4 Individuální plánování ... 18
3.5 Závěr ... 20
3.6 Spolupracující organizace ... 20
4 OBLAST KRÁLOVÉHRADECKA ... 21
4.1 Představení dostupných metodik, rešerše a sdílení vlastních zkušeností ... 21
4.2 Metodika sběru dat část 1. ... 24
4.3 Metodika sběru dat část 2. ... 26
4.4 Sdílení zkušeností ... 30
4.5 Case management ... 32
4.6 Individuální plánování ... 35
4.7 Shrnutí pro oblast Královéhradecka ... 37
4.8 Spolupracující organizace ... 38
5 OBLAST NÁCHODSKA ... 39
5.1 První setkání: Představení dostupných metodik, rešerše a sdílení vlastních zkušeností ... 39
5.2 Téma: Metodika sběru dat, mapování krize, práce se zranitelností ... 40
5.3 Téma: Case management, vyjednávání ... 43
5.4 Závěr ... 46
5.5 Spolupracující organizace ... 47
6 OBLAST RYCHNOVSKA ... 48
6.4 Metodika sběru dat – část 1. ... 50
6.5 Metodika sběru dat – část 2. ... 51
6.6 Sdílení vlastních zkušeností ... 53
6.7 Case management ... 55

6.8 Individuální plánování 58
6.9 Shrnutí pro oblast Rychnovska 61
6.10 Spolupracující organizace 62
7 OBLAST TRUTNOVSKA 63
7.1 Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností 63
7.2 Metodika sběru dat – část 1 64
7.3 Metodika sběru dat – část 2. 66
7.4 Sdílení potřeb ve vztahu k síti 67
7.5 Case management (případové vedení) 68
7.6 Individuální plánování 69
7.7 Shrnutí pro oblast Trutnovska 71
7.8 Spolupracující organizace 71
8. ZÁVĚR (celkový) 72

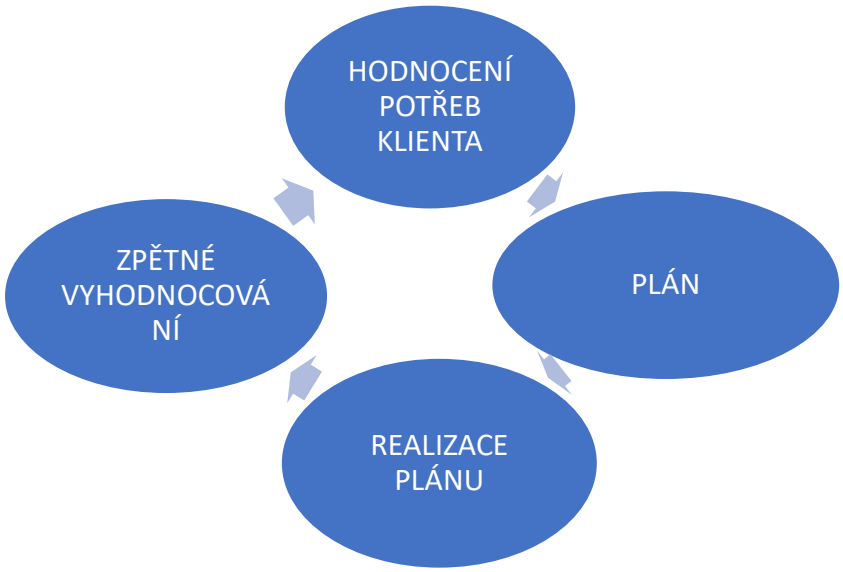
1. Co je to CASE MANAGEMENT

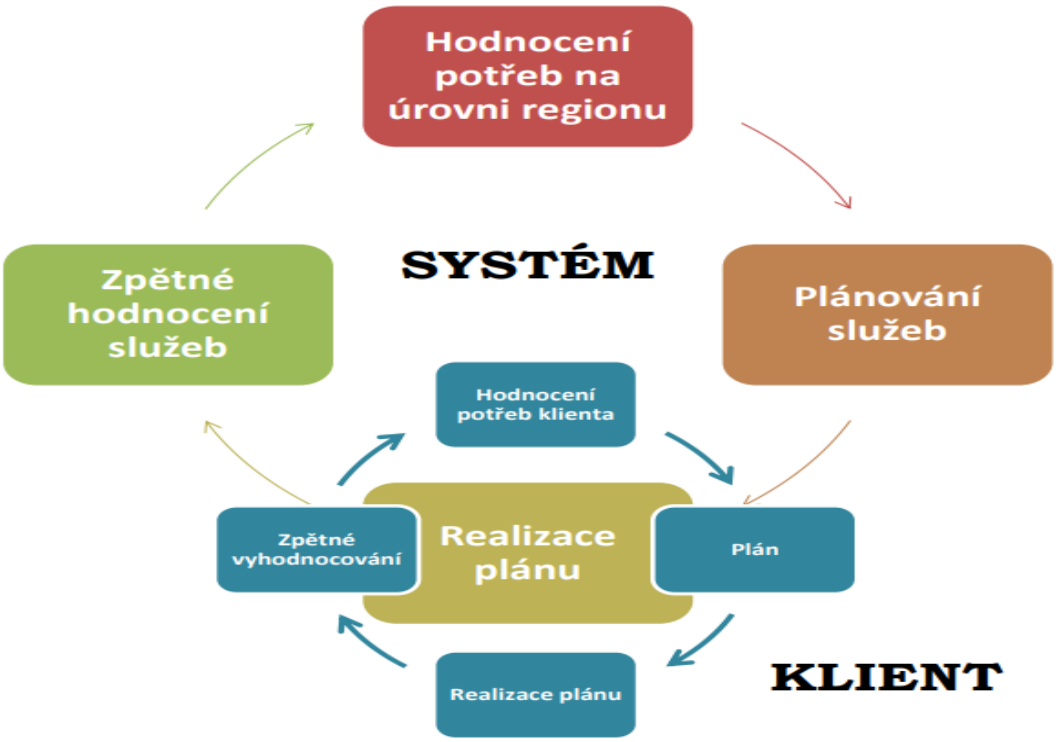
Case management (CM) je koordinovaná péče o klienta. Vychází z potřeby multidisciplinárního přístupu k nastavení vhodné a efektivní podpory klienta, nejen s duševním onemocněním. Metoda Case managementu se používá zejména u těch klientských případů, kde se v rámci péče a podpory klienta vyskytuje více subjektů, a u nichž je potřeba vzájemné a koordinované spolupráce, což je u klientů s duševním onemocněním velmi časté. Case management je tedy zaměřen na vytváření podpůrné a funkční sítě, která tím, že zpravidla propojuje různé typy subjektů a je mnohdy i mezioborová, přináší komplexnější náhled na situaci klienta, dokáže efektivně plánovat míru zapojení jednotlivých subjektů a umí i lépe reagovat na případné změny či aktuální potřeby v životě klienta. Tato koordinovaná péče, jejímž cílem je efektivní nastavení intenzity služeb, posilování a znovunavrácení kompetencí klienta a aktivizace vlastních zdrojů (rodina, blízké osoby, přirozené prostředí atd.) je pro osoby s duševním onemocněním velmi vhodná.

Tradiční institucionální nastavení (velké psychiatrické nemocnice) jako drahý a nehumánní systém, vysoká míra společenské stigmatizace a exkluze duševně nemocných, průběh vážných duševních poruch, kolísající intenzita reálného náhledu situace vlivem duševní poruchy, to vše jsou motivy pro využití CM v péči o duševně nemocné.

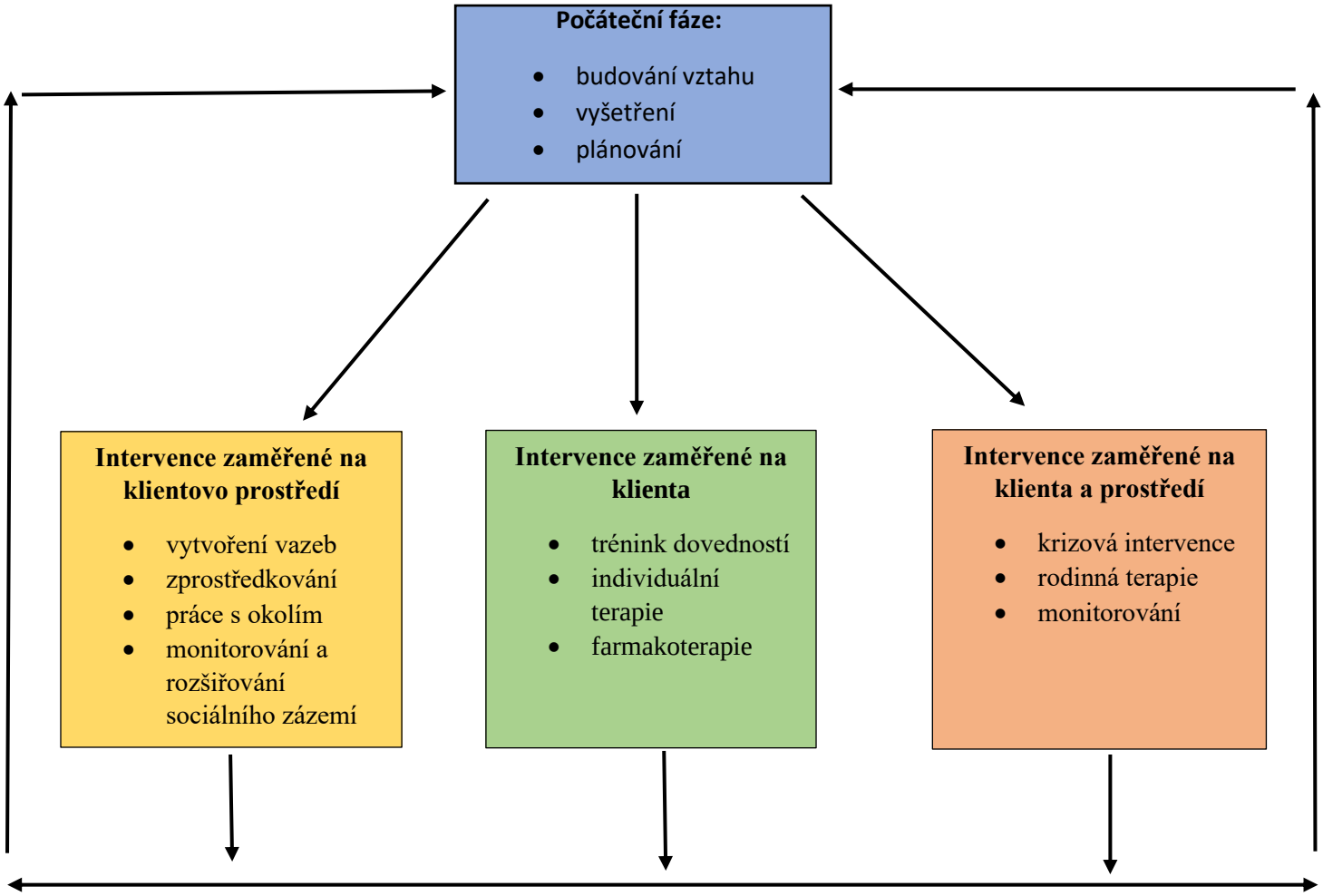
Zásady case managementu, jako je podpora šitá individuálně na míru, zaměření se na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii, flexibilita, dlouhodobost, práce v terénu, intenzita dle potřeb klienta, práce s motivací, asertivita (součástí metody je kontaktovat i klienty bez reálného náhledu své situace a vlivu nemoci na ní, kteří jsou mimo kontakt se sítí zdravotních a sociálních služeb), společně se zapojování sociálního okolí klienta a hledání vhodných přirozených zdrojů, vede k výraznému zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním, k jejich postupné destigmatizaci, snížení počtu rehospitalizací, zlepšení kvality bydlení, vyšší kvalita péče o duševně nemocné za nižší cenu atd.

2. Průběh a postavení CM v systému služeb





2.1 Úkoly case managera



3. SKUPINA JIČÍN

Abstrakt: *Cílem setkávání pracovní skupiny služeb z regionu Jičínska bylo vzájemně si vyměnit příklady dobré praxe v oblasti práce s osobami s duševním onemocněním. Společně se zamyslet, co ve spolupráci již funguje a na čem je potřeba pracovat. Dále také možnost vyjasnit si vzájemně své kompetence a limity, se kterými se setkávají.*

Klíčová slova: *spolupráce, Case management, duševní onemocnění, potřeby, limity.*

3.1 Mapování potřeb

První setkání pracovní skupiny se zaměřilo na vzájemné představení jednotlivých zúčastněných a jejich organizací.

Cílem setkání bylo vzájemně se poznat, představit svou službu a její možnosti, v čem se potkávají a v čem rozchází. Dále se seznámit s mapovacími nástroji a způsoby využití ve spolupráci s klientem a spolupracujícími subjekty.

Co zjišťujeme u klientů:

Účastníci se shodli na tom, že využívají ke zjišťování potřeb podobné zdroje (rozhovor s klientem, s rodinou, dokumentace od lékařů…) To, kolik toho ví o klientovi závisí na mnoha faktorech. Zejména na tom, zda mají, jak informace zjistit. Např. pokud do psychiatrické nemocnice nebo na oddělení přiveze posádka pacienta, který je dovezen nedobrovolně ze zákonných důvodů, kdy ohrožoval sebe nebo okolí, často neví nic. Pacient u sebe nemá často doklady. Neexistuje tedy žádný minimální objem dat, které víme o klientovi.

Vždy se tedy zaměřují na to, jak danému člověku pomoc. Pokud je ve špatném zdravotním stavu, je zdraví prioritou lékařů a sociálně zdravotní pracovníci se snaží získat zdroje, které by mohly pomoci osvětlit situaci klienta/pacienta.

Nejčastějším zdrojem informací jsou lékaři, sousedi, spolupracující služby, rodina klienta, případně operativní podpora odborníků (např. vyšetření). Účastníci se shodují v tom, že velmi pomáhá pravidelná péče o pracovní vztahy mezi sociálními a zdravotními službami v regionu. Pomáhají nastavit pravidla spolupráce tak, aby se nedublovali v podpoře a zároveň věděli, kdo může v dané problematice podpořit.

Lektorka otevírá téma, kdo je klient/pacient? Co může být zakázkou a kdo jí určuje? Často jsou oslovováni rodinou, sousedy, úřady, lékaři s tím, že mají v okolí někoho, kdo potřebuje pomoc, nebo je z jejich pohledu problematický. Jak sociální, tak zdravotní služby mají širokou paletu nabídky možné podpory. Základním předpokladem pro spolupráci je však motivace klienta/pacienta a navázaný vztah. Často se setkávají s tím, že je od pracovníků vyžadován rychlý zásah, napravení daného člověka. Chtějí ho někam schovat, zavřít, vyřešit.

To klade velký nárok na psychiatrickou nemocnici i služby na osvětu v tom, jak fungují, co mohou nabídnout a také na faktor času.

Sociální pracovníci z města, služeb, často hledají zejména to, co je pro daného člověka důležité. Co by ho motivovalo ke spolupráci. To vyžaduje často více času. Účastníci setkáni se zároveň shodují na tom, že pokud se zanedbá z jakéhokoli důvodu práce na vztahu a důvěře, většinou se nepodaří efektivně

podpořit člověka ke změně. Nemocnice je často omezená dobou hospitalizace, která je dána úhradovou vyhláškou. Reformní kroky v oblasti psychiatrie vedly k prohloubení spolupráce v oblasti spolupráce s lidmi se závažným duševním onemocněním skupiny SMI.

Shodují se však na tom, že by obdobnou spolupráci potřebovali prohloubit i v oblasti péče o osoby v seniorském věku nebo osob se závislostmi.

Jelikož existuje více možností, jak mapovat potřeby klienta, byla druhá část setkání věnována seznámení se a nácviku práce s nejčastějšími používanými v praxi. Vzájemně si při práci ve skupinách vyměnili poznatky o tom, jak by dané nástroje mohli využít v praxi a jaké další používají.

Jako příklad **metodik zjišťování potřeb** byly použity tyto:

CAN – 22 stran – každá oblast na 1 stranu. Obsáhlý, ale jde do hloubky. Má všechny oblasti, nezapomenu. Často nástroj, který organizace používají jako inspiraci pro své mapovací nástroje

Model Marjory Gordon – 12 oblastí, používají zdravotní sestry, biopsychosociální interakce, velmi podobný CAN

GAF – dobré, když se opakuje, ukáže se vývoj, základní nástroj v CDZ, výsledkem číslo, které obsáhne klientovu situaci, hodnotí poslední měsíc.

HoNOS – využívá se hodně v klinickém prostředí, 12 otázek, hodnotit může klient, osoba blízká, pracovník, zaměřuje se na nedostatky, hodnotí období za 14 dní

Osobní profil – metoda CARe, zaměřen na silné stránky, pracuje se s ním zprava doleva, časově náročné. Obsah řídí klient.

AQoL 4/6/7/8 – zaměřuje se na kvalitu života, vyplňuje člověk sám, hodnotí max. týden, obsahuje hodně otázek

Velké množství mapovacích nástrojů, které jsou konkretizované na danou oblast (fin. gramotnost, soběstačnos, pracovní zkušenosti).

Barthelova škála – test základních všedních činností

Základní nutriční screening – jak, co a kolik jí?

Hodnocení rizika sebevražedného chování – používá se na uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

To, jaký nástroj k mapování potřeb používají jednotliví účastníci, souvisí s nastavením pravidel v organizaci.

Městské úřady využívají sociální šetření, ve kterém monitoruje oblasti bydlení, stravy, zdraví, finance a finanční gramotnost atd. Ověřují a zjišťují si informace z dokumentů, rozsudku, lékařské zprávy a rozhovorem s klientem. Zkušeností si vytvořili matici otázek, na které se ptají. Pokud má klient rodinu, snaží se ji zapojit do spolupráce.

Nemocnice Jičín využívá přijímací zprávu, kterou vypracuje lékař. Žádný dotazník nepoužívají. Informace se zjišťují postupně při pracovní rehabilitaci. Lékař rozhodne o potřebě podpory sociálního pracovníka. Případně je kontaktován sociální pracovník rodinou, klientem. Nejčastějším požadavkem je pomoc při zajišťováním sociálních dávek z oblasti hmotné nouze nebo příspěvku na bydlení.

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy vychází při mapování ze základní anamnézy vypracované lékařem. Používají různé nástroje mapování z výše jmenovaných metodik. Liší se dle zaměření jednotlivých oddělení. Některé nástroje vyplňuje pacient ve spolupráci s personálem, jiné vyplňuje sám. Důležitá jsou očekávání při léčbě a po propuštění. Pokud sociální služba používá stejný mapovací nástroj jako nemocnice, pomáhá k lepšímu pochopení situace klienta.

Pro terénní sociální služby se osvědčila metoda CARe, která využívá celou řadu mapovacích nástrojů – např. osobní profil, osobní plán, případně plán podpory u osob, které jsou v akutní krizi. Staví na silných stránkách a zdrojích daného klienta.

Domov pro seniory ve Dvoře Králové se řídí při mapování popisem základních činností čili oblasti posuzované pro potřeby příspěvku na péči. Dále se zaměřují na práci s životním příběhem klienta – dětství, mládí, stáří. Rozděleno podle oblastí pečovatelky. Mapují sociální i zdravotní stránku. Mají pečovatelský a ošetřovatelský plán a plán paliativní péče. Dále používají Barthelův test.

Vyhodnocení: **Cíle setkání se podařilo naplnit.** Účastníci si vyzkoušeli různé mapovací nástroje, techniky. Obecně vnímali účastníci setkání za velmi přínosné. Nové nástroje jim přišly inspirativní. Vzhledem k rozdílnosti způsobů práce a k požadavkům organizace, nevyužijí všechny. Nemají často dostatek prostoru, času nebo možností, jak informace získat. Během setkání byl opakovaně zdůrazňován význam společného prostoru pro vzájemnou spolupráci mezi sociální a zdravotní sférou v daném regionu.

Účastnici setkání by uvítali platformu „kulatých stolů“, kde by byl prostor pro řešení situace u klientů/pacientů, kteří jsou ve velmi specifické situaci – např. nemají dostatek financí, rodinu nebo jsou projevy jejich onemocnění natolik náročné na péči, že je těžké najít zařízení, službu, která by byla schopná podpořit je mimo psychiatrickou nemocnici. Chybí kapacita pro osoby náročné na péči.

3.2 Zkušenosti ve spolupráci s psychiatrickou nemocnicí a službou, městem

Další setkání se věnovalo spolupráci psychiatrické nemocnice se službami a městem. Cílem bylo vymezit, co od sebe mohou jednotlivé organizace očekávat, co je za jejich možnostmi a s jakými limity se potkávají. Zaměřit se na to, co jako organizace potřebuji od partnerů ve spolupráci a co nabízím.
V této kapitole jsou shrnuty poznatky ze 3 setkání pracovní skupiny, a to z toho důvodu, že na sebe témata navazují a jejich rozdělení by bylo matoucí.

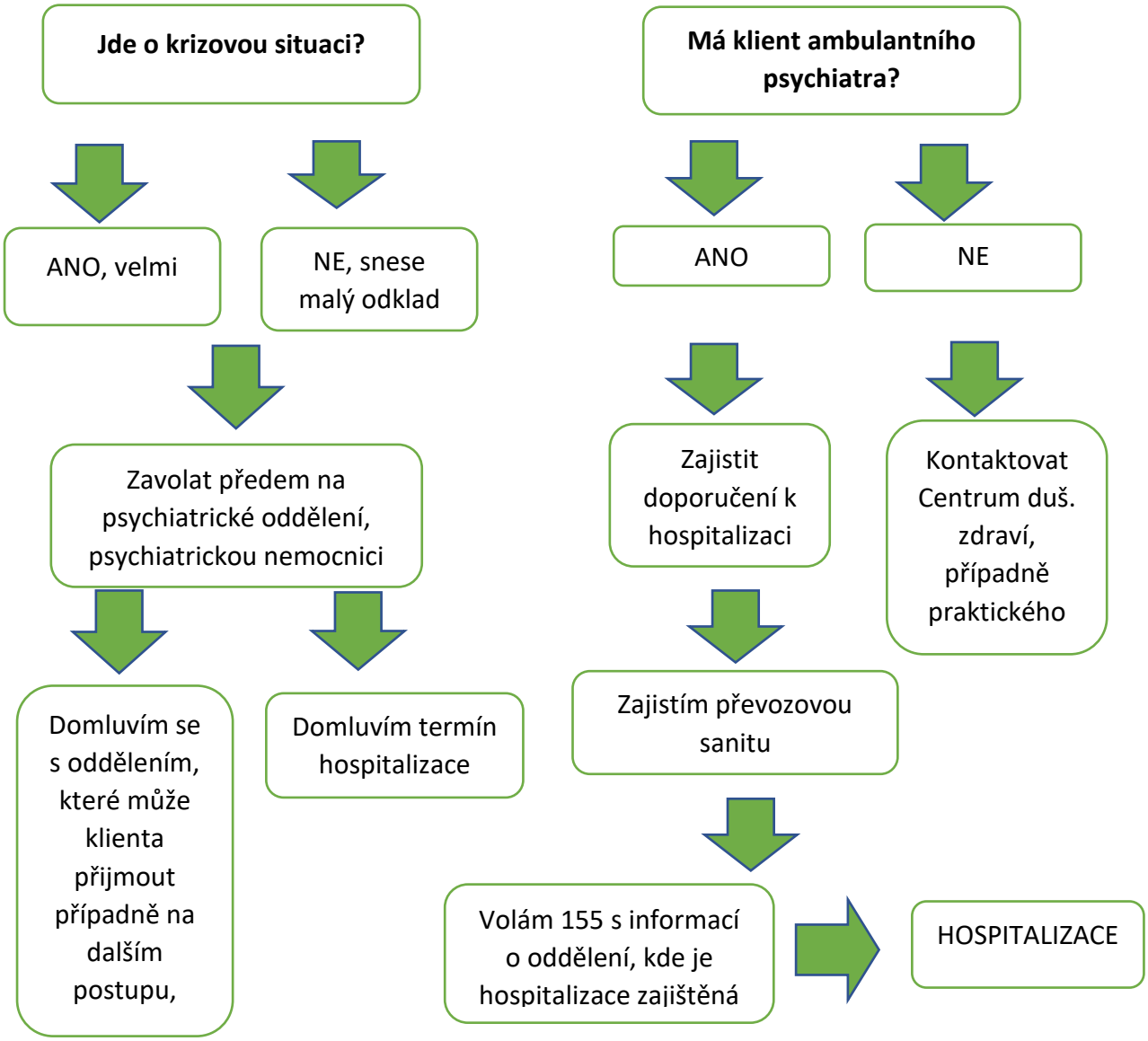
3. 2.1 Vstup – Mám klienta, který potřebuje hospitalizaci?

Co mohu očekávat, kam jít, co udělat? – volat, ambulantní doporučení
Jelikož je většina oddělení specializovaná, je nejdříve potřeba zjistit, kde dostane adekvátní podporu. Příjmová oddělení jsou často velmi naplněná. Ročně je hospitalizováno cca 2750 osob a každý potřebuje něco jiného. Přesto, že se podařilo snížit průměrnou dobu hospitalizace na cca 75 dní z původních 140 dní, kapacita často nestačí. Je potřeba dopředu zavolat – jde o muže/ženu? S jakými potřebami, projevy?
Pokud je klient napojen na sociální službu, sociální odbor města, je nejlepší zavolat dopředu za službu. Nejezdit neohlášeně – hrozí nebezpečí, že by nebyl pacient/klient přijat, což by mohlo zkomplikovat jeho situaci a narušit vztah se službou, opatrovníkem. Následně by bylo těžší klienta k dalšímu pokusu o hospitalizaci motivovat.
Popsat, co už zkusili, kam ho nevzali – vědět diagnózu, rodné číslo, projevy. Popsat i zda jde o klidnou hospitalizaci nebo jde o doprovod s PČR (policie ČR). Jde domluvit termín. Volá i posádka rychlé

záchranné služby. Pokud je dohoda o hospitalizaci s konkrétním oddělením, je dobré tuto informaci předat záchranné službě.
Pokud služba klienta připravuje na hospitalizaci, je dobré, aby u sebe pacient/klient měl mít občanský průkaz, kartičku pojištěnce, základní oblečení, základní hygienu, malý obnos peněz, cigarety, kafe.
Pokud je vypracovaný krizový plán, plán podpory, motivovat klienta, aby si ho vzal s sebou. Dále velmi ulehčí spolupráci informace o službách, na které je klient navázaný, zda je finančně zajištěn a jak, případně, zda bude potřebovat vystavit potvrzení o pracovní neschopnosti a kdo je jeho zaměstnavatel.
Pokud jde o klienta v seniorském věku, nezapomínat na inkontinentní pomůcky, krémy, kompenzační pomůcky (vozík, chodítko), také informaci o pobírání příspěvku na bydlení.
Dobré jsou kontakty na rodinu, opatrovníka. Cennosti se ukládají do trezoru, když pacientovi/klientovi lépe, vrátí se mu.
Jelikož má každé oddělení svůj příjem, neexistuje centrální příjem.
Služby popisují velmi dobrou zkušenost s domluvou s psychiatrickou nemocnicí, s psychiatrickým oddělením. Psychiatrická nemocnice bere sociální služby jako partnery, odborníky. Často se obrací přímo na sociálně zdravotní pracovnice oddělení. Ty nemají pravomoc rozhodnout o přijetí klienta/pacienta na oddělení. Mohou ale zprostředkovat komunikaci s lékařem a pomoci vše předjednat. K domluvení stabilizační hospitalizace je možné využít pravidelné měsíční schůzky nemocnice se službami. Je na nich přítomen lékař, sociálně zdravotní pracovník, psycholog, zdravotní sestra.

Pravidla pro přechod klienta/pacienta do psychiatrické nemocnice

Co zvažuji? Dělám zároveň:



Spolupráce s RZ – vždy záleží, kdo přijede. Chtějí mít potvrzení, doporučení. Je lépe, když vědí, na které oddělení vezou pacienta, kde je hospitalizace domluvená. Účastníci popisují i situaci, kdy nepomohla ani konzultace s psychiatrem k tomu, aby klienta odvezli na hospitalizaci. Využíváme pouze v případě ohrožení klienta – akutní hospitalizace. Pokud jde o domluvenou hospitalizaci, objednává se převozová sanita.

3.2.2 Pacient je hospitalizovaný – jak fungují návštěvy, předávání informací?

Návštěvy má upravené každé oddělení jinak. Pracovníkům komunitních služeb a spolupracujících subjektů je možné domluvit individuální termín. Komunitní služba kontaktuje sociálně zdravotní pracovnici daného oddělení. Je dobré volat den dopředu – aby informace o návštěvě mimo návštěvní hodiny zazněla na vizitě a byl pacient/klient na oddělení v danou dobu. Návštěva je možná kdykoli, ale musí se ozvat – volat na vyšetřovnu, nebo napsat e-mail. Na vyšetřovně musí vždy někdo vzít. Na každém oddělení je to číslo končící 0.
Během hospitalizace je nemocnice velmi ráda za spolupráci s komunitními službami a spolupráci podporuje.
Co se velmi osvědčilo?
Zkušební pobyty –Je třeba domluvit dopředu– co potřebuje, jak bude zajištěna podpora v užívání léků, kdo vyzvedne a jak?
Tento nástroj využívají soc.- zdravotní služby typu CDZ, chráněná bydlení. Nemocnice by toto uvítala i domovů se zvláštním režimem nebo domovů pro seniory.
S čím mohou komunitní služby počítat ze strany psychiatrické nemocnice?

- **Vždy ho vybaví léky, penězi.** Neúkolují služby. Lékaři jsou edukováni o možnostech služeb.
- **Je v rámci propustky, nepropouští ho.** Pokud je somatické do nemocnice – pak jej propouští.

Co potřebuje nemocnice od komunitních služeb?

- **Nemocnice potřebuje zpětnou vazbu o průběhu zkušebního pobytu –** Jak proběhl? Je dobré napsat mailem, případně probrat na společné schůzce klienta, služby a oddělení. Služba zjišťuje a konfrontuje klienta s realitou.

Vzájemné informování o změnách.

- **Nemocnice musí ihned informovat opatrovníka o hospitalizaci nebo přeložení klienta/pacienta na jiné oddělení –** pokud ne, je nutné podat stížnost na postup psychiatrické nemocnice.
  Opatrovník může souhlas s hospitalizací poslat i datovou schránkou.
- **Překlady –** je vždy povinnost oddělení informovat opatrovníka. Pokud se tak nestane, je nutné podat stížnost. Na soc. pracovnice je možné poslat na alena.fialova.pnkosmonosy.cz. Řeší v rámci zkvalitňování péče.
- **Pravidelní schůzky –** 2.,3., a 4. týden v měsíci, kde je za oddělení přítomen lékař, sociálně zdravotní pracovnice, zdravotní sestra, případně psycholog.
- **Sociální šetření zařízení–** Musí být dopředu domluvené, aby se i vyjasnilo, kdo na něm bude přítomen za oddělení. Dále je třeba myslet na to, pokud má klient opatrovníka, měl by o sociálním šetření vědět, případně se ho účastnit. Do žádosti je nutné uvádět kontakt na opatrovníka.
- Při sociálním šetření na oddělení pomáhá klientovi/pacientovi přivezení létáků, videa, fotek a konkrétní nabídka služeb v daném zařízení. Do zařízení je možné si domluvit schůzku.

Co se neosvědčilo?

- **Neohlášené sociální šetření** – pacient/klient pak není na oddělení nebo není na šetření připraven a narušuje to průběh šetření. Případně není pacient na oddělení, ale např. na terapii.
- **Požadavek na provedení sociálního šetření pro účely přijetí do zařízení personálem** nemocnice – není možné, nedokáží posoudit. Navíc klient/pacient klade otázky, na které personál nezná odpověď. Snižovalo by to výrazně motivaci pacienta/klienta k přechodu do tohoto zařízení.

3. 2.3 Podpora nemocnice a terénu v době propuštění a po propuštění

Účastníci se shodují na tom, že v době propuštění i po propuštění mají v psychiatrické nemocnici velkou oporu. Jako příklad dobré praxe uvádí např. příběh klientky, pro kterou byl návrat domů velmi problematický z důvodu domácího násilí ze strany matky klientky. Primářka oddělení velmi úzce spolupracovala se sociální odborem města, který na toto riziko upozorňovat. Problematická byla situace i z toho důvodu, že byla matka zároveň opatrovnicí klientky. Nemocnice pomohla s podáním návrhu na změnu opatrovníka. V minulosti se opakovala situace, kdy matka/opatrovnice dceru ohrožovala a klientka byla následně hospitalizována často za velmi dramatických okolností.

Zároveň upozorňují, že nešlo o systémové opatření, ale o entuziazmus dané lékařky. Jak to můžeme zavést systémově? Psychiatrická Kosmonosy řeší zavedení jednotného systému. Je velký tlak na propuštění vysokého procenta pacientů přímo z příjmového oddělení. Nestíhají pak proces individuálního plánování. Mají limit půl roku, do kdy to musí finalizovat. Řeší se multidisciplinární týmové porady, aby se zamezilo propuštění s rizikem jako je propuštění do rizikového prostředí, případně bez možnosti poskytnout dostatečnou podporu služby.

PN Kosmonosy má povědomí, kolik je kde volných míst. Jako veřejný opatrovník by uvítali schůzku – případové setkání.

Účastníci by velmi ocenili kontakty na konkrétní pracovníky Krajského úřadu, na které by se mohli obracet v situaci klientů, kde je složité najít adekvátní řešení.

V minulosti se velmi osvědčily KULATÉ STOLY. Účastníci by velmi stály o jejich obnovení, a to ideálně v online formě. Smysl kulatých stolů vidí účastníci zejména v tom, že pomáhají k nalezení nových řešení, propojení. Zástupce zařízení rovnou slyší alespoň základní informace o dané situaci a mohou zvážit, zda by to bylo za ně možné poskytnout potřebnou míru podpory. Zároveň zástupci kraje slyší popis situací konkrétních klientů/pacientů, kde je třeba hledat nová řešení a mohou to zohlednit při podpoře rozvoje sítě služeb v kraji.

Dosud proběhly kulaté stoly pro celé území kraje, což bylo pro zúčastněné velmi náročné. Navrhují konání alespoň 1x ročně lokálního kulatého stolu i se zdravotními službami.

Psychiatrická nemocnice popisuje tlak, který na ně nakládá nařízení, aby 50 % pacientů bylo propuštěno přímo z nemocnice.

V situaci, kdy je možné obrátit se na někoho ze sociálního okolí klienta se bezproblémové propuštění daří za podpory města, komunitních sociálních a zdravotních služeb. Psychiatrická nemocnice vnímá velmi pozitivně podporu komunitních služeb i u krátkodobých hospitalizací v řádu dní, kdy služby velmi rychle a pružně reagují. Mají nastavené mechanismy pro spolupráci – například společné porady se službami s klientem/pacientem. Dále sestavení individuálního plánu pro dobu během propuštění a po něm. Nemocnice kontaktuje službu v případě, kdy hrozí opakované hospitalizace, nestabilní zázemí.

Cílem hospitalizace je vždy propuštění do adekvátního prostředí. Na lůžkách následné péče proces individuálního plánování funguje. Na akutních lůžkách hledají nástroj vhodný pro jejich potřeby z důvodu velmi krátké hospitalizace. Často se nestihne případová schůzka. Snaží se propojit službu s klientem alespoň telefonicky nebo online. Případně domluví s komunitní službou asertivní kontaktování u klienta doma v době po propuštění.

S jakými překážkami se psychiatrická nemocnice potýká nejčastěji v době plánování propuštění?

- **Problematické rehospitalizace** se objevují zejména s problematikou závislosti nebo duálních diagnóz. Neudrží se často ve službách kvůli požadavku pravidelných schůzek. Nebo nechtějí kontaktovat službu.
- Stále jsou však regiony, kde **nejsou komunitní služby dostupné**.
- Další překážkou, kterou nemocnice popisuje, je **nemožnost nahlížení do registru obyvatel**. Je pak problematické zjistit, zda je osoba způsobilá k právním úkonům, případně zda má opatrovníka a kdo tuto funkci vykonává. Není možné dohledat rodinné příslušníky. Pro účely zjištění způsobilosti k právním úkonům, případně vykonavatele opatrovnictví, kontaktuje nemocnice opatrovnické soudy dle bydliště pacienta, případně dohledávat historické záznamy v systému
- Problematické je i řešit situaci, kdy je **jedinou kontaktní osobou u nemocného osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům**. Nemocnice Jičín dala do dotazníku větu, zda je kontaktní osoba způsobilá k právním úkonům, případně v čem je omezena. Přináší to poté komplikace v oblasti finančního zajištění.
- **Nedaří se pro klienta/pacienta najít služba s adekvátní mírou podpory** – například v situaci s duálními diagnózami. Často je jedna z diagnóz u zařízení uváděná jako kontraindikace pro přijetí do služby.
- **Existující služby nemají dostatečnou kapacitu** – zejména v oblasti podporovaného nebo chráněného bydlení.

S jakými komplikacemi se potýkají komunitní služby v době po propuštění klienta/pacienta z nemocnice?

- **Sociální služba nesmí znát uchovávat údaje od zdravotním stavu klienta,** což je velký problém zejména pro služby typu chráněného bydlení. Potýkají se se situacemi, kterým by mohli předejít, pokud by tyto informace měli (např. epilepsie, diabetes)zdrav. služba má informace z propouštěcí zprávy.
- **Sociální služby nemohou dohlížet nad léky.** Řešením je zajištění domácí zdravotní služby.
- **Chybí povědomí praktických lékařů o náplni služeb.** Účastníci setkání se opakovaně ve svých službách snaží o vysvětlování kompetencí jednotlivých sociálních služeb, např. domu s pečovatelskou službou, či chráněného bydlení. Řešením by mohlo být vzdělávání přes asociaci praktických lékařů.
- **Chráněné bydlení** stále řeší, co je smyslem jejich služby. Původním záměrem bylo poskytnout klientům podporu max. na 2 roky, za které měli získat dostatek dovedností a schopností k tomu, aby mohli přestoupit do služby s nižší mírou podpory, přešli do běžného bydlení, případně aby se pro ně našel jiný, lépe vyhovující typ služby. Z důvodu nedostatku sociálních bytů a služeb s více úrovněmi míry podpory se toto nedaří, což snižuje průtočnost služby. Lektor nabízí jako možnost řešení příklad dobré praxe z Rychnova nad Kněžnou, kde fungují minibyty s podporou Péče o duševní zdraví, z. s., pečovatelské služby, domácí zdravotní služby. Míra podpory se upravuje dle aktuálních potřeb klienta. Klienti zde mohou být dlouhodobě,

tudíž funguje jako chráněné bydlení, bez stresu pro klienty, že se budou muset odstěhovat, ale nebudou mít kam.

- Účastníci setkání vidí řešení i v Domech se zvláštním režimem, které mají oddělení, případně pobočky s různou mírou podpory. Klienti využívají služeb dle svých potřeb.
- **Problematický přechod z psychiatrické nemocnice do pobytové služby.** Jelikož je pro klienta přechod do nového, cizího prostředí velmi stresující, často nastanou nějaké komplikace. Například to, že se klient chová neočekávaným způsobem, například agresivní chování. Jako prevenci těchto situací navrhují účastníci na základě příkladů dobré praxe zkušební pobyty. Klient se seznámí s prostředím. Zjistí, zda odpovídá jeho představám, potřebám. Některé služby poskytují několik zkušebních pobytů. Toto opatření velmi pomáhá i při žádostech o přeměnu ochranné léčby z ústavní na ambulantní.
- **Nedostatek sociálních bytů –** Obecně se komunitní služby potýkají s nedostatkem sociálních bytů pro osoby s duševním onemocněním. Často jsou tyto byty určeny primárně pro matky samoživitelky, rodiny s dětmi. Jednotlivec na městský byt nedosáhne. Na komerční bydlení klientům nestačí finance.
- **Chybějící služba chráněného bydlení s podporou 24 hodin denně.** Jak řešit situaci u klienta, kde se aktuálně zhoršil zdravotní stav, který ale neodpovídá tomu, aby byl klient hospitalizován a potřebuje podporu v době, kdy ve službě chráněného bydlení není přítomen personál? Dosud řeší pohotovostí na mobilu.
- **Nedostatek pracovních míst v chráněném prostředí.** Finanční situace osob s duševním onemocněním není často dobrá. Zároveň by si ji chtěli zlepšit prací, ale na běžném trhu práce jsou pro ně velmi obtížné podmínky pro udržení pracovního místa.
- **Překážky na straně domácí zdravotní péče** souvisí s vykazováním podpory při užíváním léků. Zdravotní pojišťovny v případě nevhodného kódování na poukazu nechce proplácet. *Potřebují dostávat do zpráv – doporučení aplikace, s psychiatrických důvodů není schopen lék užít. Vyžadujeme osobní podání zdravotníkem. Nestačí pouhé připomenutí.* Proč to lékař chce? Uvést do poukazu, Pokud je pacient propouštěn do domácí péče z nemocnice, je ideální napsat do propouštěcí zprávy. Nemají psychiatrickou specializaci. Snaží se řešit navázáním spolupráce s psychiatrem i praktickým lékařem klienta/pacienta. Ti mohou vystavit poukaz na domácí ošetření. Poté mohou aplikovat i depotní injekce. Odborný lékař může napsat poukaz na domácí zdrav. péči max. na 14 dní. Na delší dobu může indikovat domácí zdravotní službu pouze praktický lékař.
- **Omezení počtu návštěv u pacienta ze strany domácí zdravotní péče.** Dle vyhlášky může proběhnout péče max. 3x denně. Situaci řeší většinou dohodou s lékařem o úpravě medikace. Dále se mohou kombinovat se službami Center duševního zdraví, protože mají jiné kódy pro vykazování péče pro zdravotní pojišťovny. V ojedinělých případech žádají o navýšení počtu návštěv, což musí schválit revizní lékař zdravotní pojišťovny.

Závěr setkání: Není nic alternativního – není možnost různé míry podpory v oblasti bydlení a sociální rehabilitace. Účastníci setkání by velmi ocenili zavedení regionálních Kulatých stolů v online podobě. Mohlo by pomoci při řešení situací klientů/pacientů, kteří jsou i nadále hospitalizovaní v psychiatrické nemocnici z důvodu neexistence služby, která by poskytla klientovi/pacientovi podporu v adekvátní míře dle jeho potřeb. Účastníci pociťují velký nedostatek sociálních bytů. Snižuje se tím průtočnost chráněného bydlení. Zejména chybí podpora klientů v chráněném bydlení s 24hodinovou podporou. Musí proto odcházet mimo region.

Velkým přínosem byla přítomnost zástupce domácí zdravotní služby na těchto setkáních. Velmi pomohlo při vyjasňování kompetencí. Jelikož se vedoucí domácí zdravotní služby cítil nedostatečně znalý systému péče o osoby s duševním onemocnění, uvítal i možnost seznámením se s prostředím služeb pro ně určených.

3.3 case management

Cílem tohoto setkání bylo seznámit účastníky s metodou práce Case management (CM). Metodu představila na příkladu dobré praxe z Chrudimi, kde case managementové skupiny organizuje město za účelem řešení konkrétních náročných situací. V pravidelně zvou i odborníky pro danou oblasti.

Metodu case managementu jsme si v první části setkání jako nástroj pro práci s lidmi, kteří jsou ohrožení krizí. Výhodou této metody práce je zapojení více profesí, což nabízí více pohledů na danou situaci a také větší škálu možností řešení, které vycházejí z dané odbornosti. Jedná se o velmi intenzivní spolupráci s klientem, která je i několikrát denně. Co již samo o sobě není možné zajistit pouze jedním pracovníkem v delším časovém úseku.

Lektorka dále doporučila vytvořit si mapu podpory ve svém regionu – zaznamenat si, na koho se v čem mohu v dané lokalitě obrátit a kde je potřeba zdroje hledat. Nedaří – li se nám dlouhodobě některé oblasti najít zdroje, doporučuje lektorka se na tuto lokalitu zaměřit a zdroje vytvořit. Rezervu vnímá v podpoře starostů malých obcí a veřejných opatrovníků, kteří mají často velké množství práce a uvítají nabídku podpory, o které nevěděli. Potíže s nedostatečnou kapacitou terénu i pobytu.
Jako velmi důležité při nastavování spolupráce vnímá sladění jazyka – každá profese má svůj odborný jazyk. Pokud si začneme rozumět, zefektivní to spolupráci.
Pro lepší porozumění metodě CM byla využita kazuistika paní M. Při práci ve skupině se měli účastníci zamyslet nad tím, co o paní víme, co potřebujeme zjistit, na čem můžeme stavět. Účastníci se zamýšleli i nad tím, jak účinně vyjednávat – co funguje a nefunguje. Což si následně vyzkoušeli při nácviku vyjednávání v různých nelehkých situacích, se kterými se mohou setkat v praxi. Společně dospěli k tomuto:

Co funguje?

- Představit se vzájemně – vím, s kým jednám.
- Říct, z jakého postu vyjednávám
- Navrhnu něco, co protistraně ulehčí práci.
- Osobní kontakt – po telefonu není tak věrohodné, zejména když druhou stranu neznám.
- Mít prostor – místo i čas, zasedací pořádek
- Plán A a plán B – pokud se nevydaří 1. varianta, co bude následovat?
- Využít osobní známost.
- Navrhovat, ne postavit před hotovou věc.
- Poděkování za čas, úsilí.
- Říct konkrétní přínos pro toho, s kým vyjednávám.
- Ocenění
- Poděkování za spolupráci
- U větších jednání rozdělení rolí – kdo co dělá.
- Termíny dohod a kdo ověří splnění – dává jednání váhu.
- Zápis – dá jednání váhu. Ujednocení dohod.

Co nefunguje?

- Nátlak
- Urážky
- Nedostatečná příprava
- chaos

Jelikož jde o organizačně náročnou metodu, která potřebuje nějaký řád, seznámila lektorka účastníky s metodou Fact Boardové porady. Jde o nástroj, který využívají často Centra duševního zdraví k zefektivnění, zpřehlednění spolupráce s klienty. Tato porada trvá cca 20 minut každý den. Pracuje s barvami jako na semaforu:

- zelená – stabilizuje se
- Oranžová – ohrožení
- Červená – vážná krize
- Modrá – noví zájemci
- Žlutě – ukončuje se

Obsahuje přehled toho, kdo je zapojen, co kdo udělá a jaký je důvod krize. Celý proces u daného klienta koordinuje klíčový pracovník, který se volí podle charakteru zakázky (např. u zdravotní zakázky je to zdravotní sestra, u zakázky ze sociální oblasti sociální pracovník).

Závěr setkání: Cíl setkání se podařilo naplnit. Účastníci kurzu se seznámili nejen s teoretickým základem metody CM, ale vše si vyzkoušeli pomocí praktických cvičení ve skupinách, dvojicích. Připomněli si i rizika, na která musí pracovník myslet při práci s klientem ohroženým krizí – zejména na to, aby do spolupráce zapojovali neustále klienta, neuzavírali důležité dohody bez vědomí klienta, nebo aby zapojili všechny vhodné a dostupné zdroje klienta a okolí. Otevřeli jsme i téma zakázky okolí, které není vždy v souladu se zakázkou klienta. Zejména u pracovníků obce se s tímto problémem často potýkají. Zejména v malých obcích je výzvou, jak pracovat se zakázkami a informacemi, o kterých klient neví.

3.4 Individuální plánování

Poslední setkání jsme se věnovali procesu individuálního plánování ve spolupráci s klientem. Společným jmenovatelem u všech účastníků ve vztahu k individuálnímu plánování je pravidelnost a zapojení klienta v maximální možné míře. Liší se ve způsobech zpracování. Někteří využívají zapsaný individuální plán (IP) v tabulce, jiní podobu plánu přizpůsobují danému klientovi.

Lektorka přináší téma požadavků na podobu individuálního plánování dle Standardu kvality č. 5. Ten vymezuje, že se musí plánovat, společně s klientem. Dále požaduje, aby vycházel plán z nepříznivé situace klienta a pravidelně se hodnotil společně s klientem.

Nejsou obecné požadavky na formu, podpisy. Může být ústně, písemně. Může být individualizovaný. IP je cesta ke změně, či stabilizaci, nebo alespoň zajištění důstojného stavu.

Psychiatrická nemocnice stále stojí před výzvou vytvoření modelů pro IP vyhovující potřebám klientů i personálu na jednotlivých odděleních. Stále někteří pracovníci vnímají jako administrativní zátěž. Není však možné, aby neplánovali na oddělení možné. Mají metodický pokyn, který je závazný a oproti standardu pro sociální služby striktnější.

Zatímco např. v chráněném bydlení jsou malý tým a všichni znají všechny klienty, tudíž si při pravidelných ranní poradách sdělí nejzásadnější změny a každá pracovnice je klíčovým pracovníkem pro cca 3 klienty, např. pracovníci sociálního odboru města tyto možnosti vzhledem k vytíženosti a počtu klientů na 1 pracovnici,

Řešilo se i téma přítomnosti opatrovníka při sestavování individuálního plánu nebo trvání opatrovníka na zpřístupnění IP i přes to, že si to klient nepřeje, např. z důvodu narušeného vztahu s opatrovníkem. Dospěli k závěru, že jsou situace, kdy je přítomnost opatrovníka nezbytná – např. pokud se řeší finanční záležitosti nebo právní úkony, ke kterým není klient právně způsobilý, případně pokud jde o kroky plánu, ve kterých je opatrovník zapojen. Velkým tématem byla i duplicita a protichůdnost plánů.

Účastníci setkání popisovali situace, kdy různé služby pracovali s klientem na protichůdných zakázkách. Jak tomuto předejít? Jako vhodné řešení vnímají nastavení jasných pravidel spolupráce. To však není možné, pokud klient záměrně nechce, aby se o sobě jednotlivé služby dozvěděly. Pokud se o tom pracovník dozví, je dobré být pro klienta transparentní, doptat se citlivě, z jakého důvodu tato situace vznikla a co mu přináší.

Lektorka vedla účastníky setkání i k zamyšlení nad podpůrnými nástroji, které individuální plánování usnadňují – např. FACT boardová porada, metodické konzultace, supervize a zejména dobře provedené mapování. Velkým pomocníkem jsou i nástroje, které umožňuje konkrétní systém dokumentace. Např. v některých organizacích ukládají jednotlivé verze IP do systému, aby byl dostupný i ostatním pracovníkům organizace z důvodu zastupitelnosti. S touto možností je klient/pacient vždy dopředu seznámen.

Dalším okruhem byly rizika IP – např. nezapomínat na náhradní plán, pokud původní směr selže. Dále na zapojení všech vhodných zdrojů klienta. Jako velké riziko označila lektorka neustálý tlak na zlepšování. Může vést k nerespektování tempa a potřeb klienta. Je legitimní plánovat s klientem kroky k udržení dosavadního stavu. Dalším rizikem je přílišné zatížení klienta např. jednáními za účasti velkého množství odborníků, kteří mu mohou pomoci. Někdo toto vnímá jako podpůrnou síť a uklidňuje jej to, jiného to vyděsí, přijde si neustále kontrolován. Nedokáže se např. soustředit v přítomnosti velkého počtu lidí. Jak propojit jednotlivé hráče? Narážíme na limity – čas, schopnosti a kompetence služeb, pracovníků i klientů/pacientů.

Základem spolupráce s klientem je vztah a důvěra. Proto by měl pracovník myslet na to, že není možné uzavřít dohodu bez klienta. Může jen probrat s ostatními subjekty možnosti.

Jak už bylo zmíněno výše, pro účinné individuální plánování je nezbytné dobré **mapování**.

Je při něm třeba myslet na to, aby se jednotlivé služby v mapování nedublovali.

Dále promyslet kdy klienta přizvat k jednáním – myslet na individuální potřeby. Multidisciplinární přístupu má mít limity a pravidla.

- Nic bez klienta = klient by měl vědět, co se bude dít a je vždy u zásadních rozhodnutích. Nemá být pro klienta přílišná zátěž. Někdo chce a dokáže být u multidisciplinárních setkání, u někoho je nutné hledat, jak jej podpořit a nezatížit.
- Multidisciplinární spolupráce vždy, když je komplikovaná situace

Při individuálním plánování je rovněž velmi důležité téma mlčenlivosti – co komu a kdy sděluji. Klient má právo říct, že nechce, aby spolu služby komunikovali. Je dobré nezapomínat na to, že klient, který má hodně služeb je stejně ohrožený, jako klient, který nemá službu – všichni spoléhají na to, že to saturuje jiná služba.

Často je problém s tím, že zapomínají, že i člověk s duševním onemocněním má somatické potíže. Počítat s tím i při plánování! Zdravotní stav nutně součástí individuální plánování.

Velké potíže v soc. zdravotním pomezí – naděje soc. zdravotního konzultanta. Institut sociálních a zdravotních věd – www.izsv.cz

Na jednání se otevírala témata práce s okolím klientů, jak pracovat s nevyžádanými informacemi, jak skloubit zakázku rodiny a klienta?

Jelikož šlo o poslední setkání, na závěr byly shrnuty výzvy pro systém. Chybí pobytové doléčovací zařízení. Regionálně je znát malá kapacita podporovaného bydlení a chráněného bydlení. Není poté

klienta kam posunout. Pokud nejsou připraveni odejít bez podpory, nemají kam jít. Jsou klienti, kteří potřebují dlouhodobě být ve službách v podpory, následně narazí na limit, kam se mohou posunout.

Často odchází ze služeb kvůli finanční zátěži – odejdou z podpory, protože si ji nemohou dovolit.

Nyní jsou již v psychiatrické nemocnici spíše lidé, kteří nedostanou v sociálních službách dostatečnou podporu, kterou potřebují. Potřebují restriktivní opatření, aby dokázali fungovat spokojeně. Aby bylo zařízení vhodné pro lidi s těžkou symptomatikou, je zatím nereálné. U některých nutné restrikce, které nejsou v soc. službách možné. Nově je malé zařízení s kapacitou 4 lůžek v Mladé Boleslavi.

Co by síť potřebovala?

Služby s různou mírou podpory – aby byly služby propustnější, nejsou rozmístěny rovnoměrně. Nemají dostatečnou kapacitu.

Narážíme na to, že klient není nastaven na to, plánovat. Je v období, že toho nyní není schopná. Neplánovat tak dopředu. Nyní se i doporučuje, do 14 dní.

Téma PDZ – nyní řeší zdravotní stav klientů (většinou spíš somatický), např. péče fyzioterapeuta – buď to nechce praktický lékař napsat, nebo si fyzioterapeut myslí, že za 5 návštěv se klient naučí cviky a bude doma cvičit, ale on doma necvičí. Individualita v tomto vlastně není, bylo by dobré mít v multidisciplinárním týmu fyzioterapeuta. Pokud jde fyzioterapie dobře, je patrný pozitivní vliv na situaci a stav klienta.

3.5 Závěr

Účastníci jednání skupiny pro oblast Jičínska vnímali setkávání jako velmi přínosné. Díky tomu, že se každé jednání konalo na jednom z pracovišť účastníků, mohli si tak lépe představit, v jakých podmínkách kolegové pracují. Nejčastěji opakovaným tématem byla potřeba dalších podobných setkání na regionální úrovni. Uvítali by obnovení kulatých stolů v online podobě, kde by se řešily adresně situace, které jsou z mnoha důvodů obtížně řešitelné.

3.6 Spolupracující organizace

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Nemocnice Jičín

Městský úřad Jičín

Sociální služby města Jičín – chráněné bydlení

Městský úřad Nová Paka

Péče o duševní zdraví Jičín, z. s.

Jana Hezcková

4 OBLAST KRÁLOVÉHRADECKA

Abstrakt: *Tato kapitola je zaměřena na projektovou aktivitu „Podpora multidisciplinárního přístupu v práci s osobami s duševním onemocněním" v oblasti Královehradecka. Aby mohla být pomoc a podpora klientům zajištěna kvalitně, měla by být multidisciplinarita nedílnou součástí práce s klientem. Následující podkapitoly přináší rozmanitá témata důležitá pro dobrou spolupráci.*

První podkapitola – Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností – představuje dostupné metodiky při spolupráci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, účastníci představují své mapovací nástroje, sdílí vlastní zkušenosti a prakticky nacvičují pomocí kazuistik multidisciplinární spolupráci.

Druhá podkapitola – Metodika sběru dat – část 1. – na praktických příkladech účastníků ukazuje, jakým způsobem jsou zjišťovány informace o klientech. Dále přináší praktický nácvik práce multidisciplinárního týmu na kazuistice klienta CDZ.

Třetí podkapitola – Metodika sběru dat – část 2. – seznamuje účastníky s nástroji sběru dat zaměřenými na silné stránky klienta a mapování jeho prostředí. Také se zaměřuje na důležitost komunikace a představuje principy jazyka zotavení. Účastníci si na kazuistice z vlastní praxe zkouší Bálintovskou skupinu.

Čtvrtá podkapitola – Sdílení vlastních zkušeností – se zaměřuje na sdílení kazuistiky účastníků, přinášení vlastních zkušeností a získávání nových úhlů pohledu na přinesenou problematiku. Během setkání si účastníci odpovídají na tři otázky: „Co potřebuji k práci s osobami s duševním onemocněním?", „Co můžu nabídnout/nabízím ostatním v síti?", „Co potřebuji od ostatních v síti?"

Pátá podkapitola – Case management – představuje metodu case managementu, jeho zásady, přínosy a průběh. Účastníci se také zaměřují na oblast vyjednávání a zkouší si case management aplikovat na klientské kazuistice.

Šestá podkapitola – individuální plánování – přináší bližší seznámení s individuálním plánováním a představuje základní pojmy jako nepříznivá sociální situace, jednání se zájemcem o službu, smlouva o spolupráci, hodnocení spolupráce, stanovení cíle spolupráce. Účastníci také vzájemně představují individuální plánování svých služeb.

Klíčová slova: *multidisciplinarita, spolupráce, vlastní zkušenost, kazuistika*

4.1 Představení dostupných metodik, rešerše a sdílení vlastních zkušeností

První setkání pracovní skupiny nese název **Představení dostupných metodik, rešerše a sdílení vlastních zkušeností** a vede ho lektorka Bc. Martina Vobořilová. V úvodu je skupina seznámena s projektem, jeho cíli a výstupy a jsou zjištěna očekávání účastníků. **Cílem dnešního setkání** je vzájemně si představit jednotlivé metodiky účastníků – *„Co zjišťuji při příjmu klienta a v průběhu spolupráce?"* a předat účastníkům informace o dostupných nástrojích hodnocení situace a potřeb lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Účastníci během setkání pracují ve skupinách s metodou Gaf.

V úvodu dnešního setkání probíhá představení projektu, jeho cílů a výstupů. Dále se představí koordinátorka za okres Hradec Králové, lektorka a jednotliví účastníci. Je položena otázka ***„Jaká máte od těchto setkání očekávání?“*** Účastníci se shodují, že výhodu setkání vidí v možnosti poznat zástupce ostatních organizací, poznat je osobně a čerpat z jejich zkušeností a zároveň sdílet ty své. Pro některé z účastníků je práce s lidmi s duševním onemocněním novým tématem, nebo jsou pro ně diagnózy klientů skryty – rádi by zjistili, jak je rozklíčovat, případně na koho se obrátit o pomoc, s kým mohou spolupracovat. Během diskuze je vyjádřena myšlenka, zda by bylo možné sjednotit některé postupy, které by byly možné aplikovat při poskytování péče v jednotlivých organizacích. Zároveň účastnice, která zastupuje osoby se zkušeností s duševním onemocněním vyjádřila radost z možnosti sdílet zkušenosti a nápady za osoby, kterých se téma týká - “*Nedomlouvá se něco o nás, bez nás*”.

Po úvodní části lektorka pokládá otázku *„Jaké informace zjišťuji při příjmu nového klienta a v průběhu práce s ním?* Účastníci si formou brainstormingu odpovídají, co jako organizace zjišťuji od potenciálního klienta během prvního setkání a co potřebuji o člověku vědět, abych ho mohl zapojit do služby. Shodné odpovědi jsou tyto:

- základní informace
- s čím klient přichází/za jakých okolností k nám přichází
- zda spadá do cílové skupiny
- proč chce využívat naši službu
- historii člověka – zda v minulosti již podobnou situaci řešil
- jak se snažil situaci řešit dříve, co do této doby vyzkoušel

Závěrem diskuze je, že neexistuje žádný minimální objem dat, který je třeba sebrat pro zahájení plánování kroků k uspokojování potřeb. Zároveň ale platí, že čím více informací mám, tím lepší plán je možné vytvořit.

Lektorka přináší účastníkům připomenutí a pozastavení nad **základními metodami práce** s lidmi s odkazem na klienty s duševním onemocněním. Podle teoretického ukotvení se jedná o individuální práci, skupinovou práci a komunitní péči. Dále lektorka přináší již praktické **nástroje hodnocení situace a potřeb**. Každou metodu představí, doplní praktickou ukázkou a vysvětlí její výhody/nevýhody. Jedná se o **formulář hodnocení potřeb CAN,** který mapuje 22 oblastí sociálních a zdravotních potřeb. Kromě klienta může formulář vyplnit také osoba blízká, či poskytovatel péče. Rozdíly v hodnocení pak mohou posloužit jako podklad pro diskuzi. Druhou metodou je **Model Marjory Gordon**, který je modelem funkčního typu zdraví a mapuje 12 oblastí, kdy je zdravotní stav jedince vyjádřen bio-psycho-sociální interakcí. Dotazník zaměřený na zjišťování kvality života v souvislosti se zdravím je také **AQoL 4/6/7/8.** Hodnocení celkového fungování člověka pak přináší model **GAF**. Zaměřuje se na závažnost symptomů, pozorovatelného chování, obtíže při vykonávání sociálních rolí či při provádění každodenních činností, a to přidělením skóre, kdy maximum je 100 bodů. jeho modifikovaná verze je používána jako jeden z parametrů pro vstup do služby v centrech duševního zdraví. Účastníci měli možnost si tuto metodu vyzkoušet (viz níže). **HoNOS** má ze všech nástrojů nejširší využití. Kromě sociálních služeb se také využívá v klinické praxi a ve výzkumu. Je postaven na dvanácti hodnotících otázkách, které jsou bodované v rozmezí 0-4. Poslední mapovací nástroj, který lektorka představila je **OSOBNÍ PROFIL.** Obsah řídí sám klient a je zaměřen na jeho osobní přání a silné stránky. Ty jsou poté využity k dosažení cílů.

Po seznámení s výše uvedenými nástroji lektorka vyzvala účastníky k **představení vlastních metodik** ostatním účastníkům. Pokládá otázky: *„Jak zjišťujete potřeby svých klientů/pacientů? Kolik vám to zabere času?“*

Zástupci organizací postupně představují své nástroje. Ve fakultní **nemocnici** pracují s **ambulantní sociální kartou,** kde kromě základních údajů zjišťují také údaje zdravotní, včetně jmen lékařů. V základu je také zjišťována statní příslušnost, zaměstnání a adresa pobytu. Během hospitalizace se zjišťují pacientovi poměry v oblasti rodinné, právní, vztahové, hmotné a bytové. Jedná se o postupný proces, který se odvíjí od stavu pacienta. **Sociální pracovníci města** používají dotazník, který je svým obsahem podobný formuláři FNHK – na jeho základě zjišťují základní osobní informace a dotazují se na různé oblastí (finance, bydlení, rodina, …) Pracovník monitoruje nepříznivou sociální situaci, kdy vznikla, co klient již zkoušel, jak to bylo předtím, než se do situace dostal. Výsledné informace pracovníkovi slouží jako podklad pro vyhodnocení, kam s klientem dál, kam ho zasíťovat, na jakou službu se obrátit. **Domovy pro seniory** mají prvotní kontakt s klientem podobný. Pracují se **sociálním šetření** v domácnosti žadatele. Z šetření vzniká záznam, který obsahuje osobní údaje žadatele o službu, kontaktní osoby žadatele, zvládání oblastí sebepéče, výše PNP. U šetření je kromě sociálního pracovníka přítomna i zdravotní sestra. Na základě těchto údajů je zjišťováno, zda žadatel patří do cílové skupiny. Dále každý z domovů používá jiný nástroj. Černožice používají biografický model a během pobytu pak využívají Barthel index. Pracovníci Biřičky používají dotazník s názvem „životní příběh“, který sepisuje klient s rodinou a nemusí u toho být přítomen pracovník domova. V příběhu jsou popsány životní cesty, důležité vzpomínky, ale například i traumata z minulosti. Pokud rodina není ochotná dotazník vyplnit a klient to sám nezvládne, tak již během pobytu sestavuje příběh s klientem pracovník domova. Sociální pracovník **CDZ** používá několik mapovacích nástrojů z výčtu od lektorky. Hlavním nástrojem a zdrojem informací ve složce klienta je **PROFIL KLIENTA**. Tento dotazník je používaný během celého procesu práce s klientem, je používaný u přijmu do služby a pravidelně se reviduje. Ve chvíli, kdy má pracovník s klientem již navázaný vztah používá **Osobní profil**. Jeho části jsou zařazeny ve více formulářích a používá se průběžně. V neposlední řadě jsou ve službě využívány nástroje **GAF** a **CARE**. **Skok do života** zjišťuje informace o budoucím klientovi v několika fázích. První schůzku obstarává koordinátor, který z rozhovoru vytipuje, jaká ze služeb organizace je pro zájemce vhodná. Z pozorování a rozhovoru se snaží odhadnout, zda zapadne do stávající skupiny (věkem, povahou atd). Na základě této predikce přichází zájemce do konkrétní služby na schůzku se sociálním pracovníkem. Pracovník se nedotazuje na diagnózy, informace jsou postaveny na vzájemné důvěře. Situaci komplikuje fakt, že s klientem často na schůzku přichází rodič, nebo opatrovník, který mluví za klienta. Některé informace se mohou lišit. Pracovník se proto v rozhovoru obrací přímo na klienta. Dále má organizace vytvořené **vlastní dotazníky**, které jsou zaměřeny na **zvládání každodenních činností a potřebu podpory**. Oblastmi jsou např. Co umím a s čím potřebuji pomoc, pomoc při osobní hygieně, pomoc při obstarání jídla, základní dovednosti, pracovní návyky. V **azylovém domě** vede jednání sociální pracovník, který používá vlastní **šablonu** DMT pro **jednání se zájemcem o službu**. Při jednání se zjišťuje hlavně zda zájemce spadá do cílové skupiny a jeho životní příběh, který se týká jeho nepříznivé sociální situace, která ho do azylového domu přivedla (kde byl, než přišel o bydlení, jak dlouho je bez bydlení). Dále je s klientem řešeno, co již vyzkoušel, aby situaci řešil, zda spolupracuje s jinou sociální službou, jaké je jeho rodinné zázemí a praktické věci typu má platné doklady, je zaměstnaný, pobírá dávky, co jeho zdravotní stav – má praktického lékaře, léčí se s něčím? Nejméně informací zjišťuje při kontaktu s klientem **Laxus**. V rámci nízkoprahového zařízení, kam si klienti často jdou jen pro výměnu injekční stříkačky nepotřebují znát mnoho údajů. První kontakt je omezen na ústní otázky typu, jak ti mám říkat, kolik ti je, co bereš a jak často to bereš? Někteří klienti jsou se službou v nepravidelném kontaktu – může to být kontakt jednou za půl roku. Při pravidelném setkávání s klientem jsou pak zjišťovány oblasti bydlení, škola, práce, dávky, další využívané služby. V tomto

případě pracují s **vlastním nástrojem** a zjišťují převážně očekávání klienta, a to pro účely individuálního plánování. Služba také využívá adiktologické dotazníky **Income** a **europASI**, které sledují drogovou kariéru klienta a jsou strukturované do oblastí, jako např. Zdravotní stav, zdroj obživy, drogy, právní postavení, rodinná anamnéza, rodinné a sociální vztahy a psychický stav. Žádný standardizovaný dotazník nebo formulář nepoužívají v **Jakalusu**. Při práci používají hlavně formu **rozhovoru** a k navázání kontaktu může posloužit například i zvíře (např. asistenční pes).

Po představení jednotlivých nástrojů účastníků přichází lektorka s aktivitou pod názvem **burza mapovacích nástrojů.** Jsou vytvořeny 3 skupiny, které dostanou stejnou kazuistiku klientky Jany, kde najdou základní informace pro **praktický nácvik metody Gaf**. Každá skupina si k této metodě zvolí ještě jeden z nástrojů některé z organizací. Při diskuzi nad jednotlivými výsledky skupin se ukázalo, že každý účastník přistupoval k metodě jiným způsobem, zaměřoval se na jiné informace podle zkušeností z vlastní služby. Každá skupina měla jiné doplňující otázky a chyběly ji jiné informace. Výsledné skóre Gaf se v jednotlivých skupinách lišilo až o dvacet bodů. Účastníci se shodli, že jim aktivita ukázala různé pohledy, které by sami neviděli a dala jim prostor k zamyšlení nad vnímáním klienta.

Závěrečná část pojednává o **výstupech** prvního setkání. Z jednotlivých příspěvků účastníků je vidět, že je znát rozdíl ve sběru dat jednotlivých organizací a služeb, a to především pokud se jedná o organizaci, která v základu zjišťuje i zdravotní stav klienta/pacienta, zda se jedná o pobytové nebo ambulantní zařízení a také v tom, jak vysoký má organizace práh. Každá služba má svůj vlastní formulář pro příjem nového klienta a dále jej někteří doplňují další metodou. Každá organizace pro svou práci zjišťuje jiný objem dat. Účastníci vidí přínos v možnosti seznámit se s tím, jaké informace mají jednotlivé organizace o klientovi a získat nové nástroje pro práci s vlastními klienty. Výrazným bodem, který z diskuze účastníků vyplývá je **otázka bydlení**. Účastníci se shodují, že klient často přichází s prvotním tématem a tím je bydlení. Možnosti bydlení v Hradci Králové a jeho blízkém okolí jsou nedostatečné. Umístit člověka s duševním onemocněním je velmi složité a bytová otázka se odráží i na další spolupráci. Pokud není u klienta zasaturována tato potřeba, tak ve většině případů zamrzá v nepříznivé situaci. U některých klientů práci komplikuje také fakt, že nikdy nedocházeli k odborníkovi a nemají určenou diagnózu.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Zástupci organizací si vzájemně představili své nástroje pro sběr dat o klientovi a prakticky si několik z nich vyzkoušeli na kazuistice. Zároveň vedli diskuzi, ze které vyplynulo, jaké informace, které o klientovi zjišťují, jsou společné. Účastníci se seznámili s několika nástroji hodnocení situace a potřeb a prakticky si vyzkoušeli metodu Gaf.

4.2 Metodika sběru dat část 1.

Druhé setkání pracovní skupiny nese název **Metodika sběru dat** a vede ho lektorka Bc. Martina Vobořilová. **Cílem dnešního setkání** je si na praktických příkladech účastníků ukázat, jak jednotlivé organizace zjišťují informace o klientovi a na kazuistice klienta centra duševního zdraví si vyzkoušet práci v multidisciplinárním týmu. Účastníci si také vyzkouší metodu zjišťování silných stránek a nahlédnou do nástroje Recovery Star.

V úvodu dnešního setkání má lektorka připravené dvě seznamovací aktivity, které ale zároveň dají nahlédnout do dvou nástrojů zjišťování informací o klientovi. Při aktivitách pracuje každý účastník samostatně a vyzkouší si metodu na vlastní osobě. První z nástrojů je zaměřen na **silné stránky člověka**. Je připraveno šest otázek, každému je otázka přidělena náhodně, a to hodem kostkou. Otázky jsou *„Co dělám nejraději?“, „Čeho si na sobě cením?“, „Moje vášeň je …“, „Čím mohu obohatit druhé?“, „Co jsem dokázal/a překonat?“, „Na co jsem hrdý?“.* Aktivita nám ukazuje, že i takovýmto způsobem můžeme

s klientem hledat jeho zdroje. Druhým nástrojem, který je účastníkům představen je **Recovery star**, neboli hvězda zotavení. Tento nástroj je velmi komplexní, a proto je dnes ukázán ve velmi omezené podobě. Hvězda zotavení slouží pro zhodnocení aktuální psychosociální situace a sleduje deset oblastí života – řešení duševního zdraví, fyzického zdraví, dovednosti běžného života, sociální vazby, zaměstnání, vztahy, závislosti, zodpovědnost, identitu a sebeúctu, důvěru a naději do budoucna. Každá oblast má škálu 1-10. Spojením jednotlivých bodů pak klientovi vzniká jeho vlastní hvězda. Metodu je vhodné s klientem dělat opakovaně, aby bylo vidět, kam se posouvá. Při práci se ve výsledku odráží různorodost profesí a pohledů na klienta. Účastníci si navzájem posdíleli své dojmy.

V další části setkání lektorka vyzívá účastníky k předložení **kazuistiky z vlastní praxe,** na které si skupina vyzkouší **práci multidisciplinárního týmu**. Při aktivitě se pracuje převážně formou sdílení a využívá se různosti profesí a jejich pohledů. Příklad z praxe předložil pracovník psychiatrické nemocnice.

Kazuistika:

Základní info – muž 40 let, velmi náročný klient v ochranné léčbě, nastupuje k 10. hospitalizaci, v diagnóze alkohol a návykové látky.

Informace zjišťované při přijmu – anamnéza, sociální situace, výhled do budoucna, spolupráce se službami, duchovní podpora.

Předtím než klient nastoupil k hospitalizace do PNHB prošel službami denního centra a noclehárny v Hradci Králové a v Pardubicích. Dále službou Centra duševního zdraví, a to opět v Hradci Králové i v Pardubicích. Také se nějakou dobu zdržoval v azylovém domě v Hradci Králové. U klienta je známo, že mění informace ke svému prospěchu, snaží se obcházet systém a vytěžuje ho na maximum. V Hradci Králové měl klient přiděleného opatrovníka. Zároveň uvádí, že je v kontaktu s matkou. Do ochranné léčby byl umístěn po sérii událostí, které vyvrcholily napadením pracovnice magistrátu města HK.

Během pobytu na oddělení klient spolupracoval bez větších obtíží, zvládal fungovat a dodržovat pravidla. Problém nastal ve chvíli, kdy opustil zařízení. Po první pětidenní propustce se od matky vrátil na oddělení pod vlivem heroinu a alkoholu. Klient bral užívání drog jako svou normu a nechtěl se jí vzdát. Projevil přání najít si práci, ale zároveň chtěl při práci užívat návykové látky, aby práci zvládl. Komplikace nastala v době, kdy měl být klient propuštěn. Podmínkou propuštění z PNHB je, že klient má zařízené ubytování a má kam jít. Situaci navíc komplikoval fakt, že se událost odehrávala v době Covidu. V této době začala PN využívat online konference, kdy se připojoval klient, PN, opatrovník a rodina. Klient chtěl pobývat v HK, kde má i matku. Službou Azylový dům HK byl klient odmítnut z důvodu, že pán nespadá do cílové skupiny. Klienta nebylo kam propustit, všude ho znají a odmítají.

Vzhledem k tomu, že klienta nebylo kam propustit, probíhaly kulaté stoly, které nepřinesly žádné hmatatelné výsledky. Výstup z KHK přišel až po ¾ roce, kdy byl již klient jednou propuštěn a znovu přijat do péče PN HB a nepřinesl žádnou novou možnost kam pána umístit.

Po poslední hospitalizaci se podařilo domluvit propuštění na azylový dům v Pardubicích. S klientem se naplánoval odjezd do HK, kde se měl setkat s opatrovníkem a společně měli odjet na azylový dům do Pardubic, kde měli vyřídit podepsání smlouvy a úhradu pobytu. Klient ovšem vystoupil v Pardubicích a šel situaci do azylového domu řešit sám – byl odmítnut z důvodu nepřítomnosti opatrovníka. Rozjel se opět klientův cyklus – nástup do denního centra – požití omamných látek – pobyt u matky – nástup do PNHB.

Po odprezentování příběhu klienta a všech dostupných informací začínají účastníci **diskutovat a hledat řešení**. Všichni, včetně pracovníků PN vyjadřují pochopení, proč některé služby klienta po předchozích zkušenostech odmítli. Opět narážíme na otázku bydlení a ubytovacích kapacit v Hradci Králové, která je pro účastníky velkým tématem. Skupina se shoduje, že u takto komplikovaných případů je potřeba dobrá komunikace a předávání informací mezi všemi zapojenými stranami. V tomto případě by bylo dobré, aby již během pobytu klienta v PN probíhala komunikace mezi opatrovníkem, rodinou, CDZ, azylovým domem a klientem. Nedocházelo by k tolika komunikačním šumům. Je potřeba pro klienta připravovat půdu, edukovat rodinu a další zainteresované strany o stavu klienta. Popisovat, že i selhání je součástí procesu, snažit se prolomit bariéry, aby rodina a ostatní sociální prostředí klienta neodmítali. Zároveň účastníci z praxe pociťují, že se liší reakce rodiny, pokud jim informace sděluje lékař nebo sociální pracovník. Stále má slovo lékaře ve společnosti větší váhu a pro sociálního pracovníka je edukace náročnější.

V poslední části setkání probíhá **aktivita** ve dvou skupinách. Každá skupina představuje **multidisciplinární tým centra duševního zdraví**. Účastníci si nejprve volí kazuistiku – klienta poté hraje ten, který příběh přinesl. Ostatní si dělí role psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry, sociálního pracovníka a peer konzultanta. Cílem aktivity je zmapování situace klienta. Doporučení přijetí do CDZ či jiné služby. Skupiny pracují samostatně, v případě nejasností se dotazují lektorky. Na konci přichází každá skupina s krátkým představením příběhu a se svými závěry. Účastníci se u obou případů shodují, že řešili případy potenciálních klientů CDZ.

Závěrem z dnešního setkání vyplývá, že každá služba se potýká s klienty, u kterých již vyčerpala své možnosti a stojí na místě. Účastníci vidí v dnešním dni přínos v předání zpětné vazby na svou práci, výměně zkušeností a otevření nových cest. Od ostatních dostali typy, co vyzkoušet, na co se ptát, jak zkusit klienta rozhýbat a jeho situaci změnit. Z práce na kazuistikách vyplývá, že je důležitá včasná komunikace, síťování a přímé předávání informací.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Účastníci si vyzkoušeli na kazuistikách z vlastní praxe práci multidisciplinárního týmu. Na kazuistice si ukázali, jak rozdílné informace mohou služby od stejného klienta získat a jak může poté (ne)fungovat) spolupráce. A účastníci se seznámili se dvěma metodami sběru dat – zjišťování silných stránek a Recovery star.

4.3 Metodika sběru dat část 2.

V pořadí třetí setkání skupiny navazuje na předchozí setkání, nese název **Metodika sběru dat** a vede ho lektorka Bc. Martina Vobořilová. **Cílem** dnešního setkání je podívat se na téma komunikace se zaměřením na osoby s duševním onemocněním. Seznámit se s podpůrnými nástroji jako je zážitek úspěchu, matice silných stránek, mapování prostředí a na praktickém příkladu si vyzkoušet Bálintovskou skupinu.

Úvod dnešního setkání přináší rychlou rekapitulaci minulé skupiny, kdy lektorka předává ve zkratce zásadní informace a témata, která zazněla. Hned na začátku lektorka nechá vyzkoušet metodu **ZÁŽITEK ÚSPĚCHU**. Zadaní zní: *„Zkuste si vzpomenout na poslední týden nebo 14 dní ve Vaší práci. Vybavte si moment, kdy jste pocítili, že se Vám něco povedlo, kdy jste zažili moment úspěchu.“* Cvičení obsahuje celkem čtyři body. Nejprve má každý popsat v krátkosti co se stalo, o co šlo a to bez jakéhokoliv kontextu, v krátké větě. Např. *„Klient otevřel osobní téma.“* Následovali tři otázky:

- *„Proč to bylo krásné?“* (Jaký to pro Vás mělo význam? Proč zrovna tento moment byl pro Vás důležitý?)

- *„Co fungovalo? Díky čemu se to podařilo?“* (ingredience úspěchu)
- *„Jak můžeme tuto zkušenost využít častěji? Jak můžeme zajistit, aby takových momentů bylo více?“*

Účelem je účastníky namotivovat a ukázat, že i malé dílčí kroky je třeba ocenit. **Výstupem** často bylo poděkování od klienta i když případ ještě není u konce, ocenění od kolegů, ocenění od klientů, kteří odchází s pocitem naděje, ale také úspěch v administrativě, kdy se povede udělat klientské dokumenty v takové formě, že jim klienti hned porozumí.

Další přínosná poznámka, které jsme se na setkání blíže věnovali zní: „***Na tom, jak komunikujeme záleží.“*** Tím, co říkáme, otevíráme prostor pro naději, zplnomocnění, zodpovědnost za sebe a vytváření smysluplných životních rolí. Při komunikaci s klientem je potřeba být autentický, klient pozná, že nejsme sami sebou a něco předstíráme. Lektorka představuje **principy z jazyka zotavení**.

1. Jedinečnost každého člověka
2. „Nic o nás bez nás“ → Nikdo není větší odborník na problém než ten, kdo se s ním sám potýká a každý má právo rozhodovat o sobě a o svém životě sám.
3. Zaměření na silné stránky – Nezaměřujeme se pouze na klientovu nemoc, ale hledáme, co je v něm zdravé a aktivní (přání, ambice, chuť něco dokázat…)
4. Srozumitelnost – Pokud se chceme domluvit, používáme jazyk toho, ke komu mluvíme.
5. Nejsme soudci, jsme pomáhající profesionálové – Expertní znalosti nám nedávají právo klienta posuzovat a hodnotit.

Také je velmi důležité, jakým způsobem předáváme a **formulujeme informaci**. Například místo abychom řekli *„Marta je Schizofrenička“* použijeme větu *„Marta se vyrovnává se schizofrenií“.* Snažíme se vyvarovat slovního spojení *„trpí“*, nebo *„je postižen“*, která vrhají negativní pohled na život osob s duševním onemocněním.

Lektorka vyzdvihuje několik bodů, které mohou přispět ke změně a odpovídají na otázku ***„Co můžete udělat/změnit Vy?“***

- Srozumitelně, otevřeně komunikovat
- Šířit povědomí mezi přáteli, kolegy, v rodině, …
- Facilitovat změny na úřadě (informační tabule, proškolení zaměstnanců…)
- Aktivně se zapojit (účastnit se destigmatizačních akcí, spolupráce s Jakalus, …)
- Sledovat dění v reformě a mít aktuální informace

Velká část setkání se věnuje **BÁLINTOVSKÉ SKUPINĚ**. Nejprve lektorka přednese teoretické informace a následně si účastníci metodu prakticky vyzkoušeli na kazuistice, kterou přednesla pracovnice azylového domu. Bálintovká skupina má pevně danou časovou strukturu a odehrává se v pěti částech:

0 Výběr – skupina vybere jeden případ z nabídnutých;

1 Seznámení – protagonista mluví volně o svém případu bez přerušování ostatními;

2 Otázky a odpovědí – skupina se doptává, protagonista odpovídá;

3 Dojmy, pocity, obrazy, asociace, metafory, fantazie – protagonista mlčí;

5 **Postup** – protagonista mlčí, ostatní odpovídají na otázku: Co bych já udělal(a) na jeho místě, v jeho situaci?

6 **Závěr** – protagonista vyjádří svůj pocit ze sezení, může okomentovat nápady a postřehy ostatních, sdělit, zda nějaký postřeh/doporučení využije.

KAZUISTIKA

Příběh: Oliver je mladý muž ve věku 26 let, který využívá služby noclehárny a denního centra více než jeden rok. Dříve u něj pracovníci zaznamenávali posuny v práci, nyní však delší dobu stagnuje. Byl vychováván prarodiči, má za sebou pobyt v diagnostickém ústavu a byl ve výkonu trestu. První kontakt neproběhl zcela v pořádku – Oliver při mluvení usínal a nedokázal se vyjádřit. Při zjišťování informací se přišlo na to, že má psychiatrickou diagnózu. Na základě toho bylo kontaktováno CDZ. Duševně se stabilizoval – je zaléčený a dokáže komunikovat. Oliver je v kontaktu s otcem, který se ho snaží podporovat, a to převážně finančně. Oliver chce využívat prostor azylového domu, ale nemá zájem o spolupráci. Říká, že si přeje změnu, ale nic pro ni nedělá. Je nespolehlivý, nechodí na schůzky a nebýt pracovníků, tak neřeší ani zdravotní péči.

Otázky a odpovědi:

OTÁZKA	**ODPOVĚĎ**
Přemýšlel, že by se posunul z denního centra někam k bydlení?	Byl na azylovém domě, neplatil nájem. Podal si žádost do Harmonie, byla zamítnuta.
Jak je na tom Oliver s inteligencí?	Není „hloupý“, jen mu chybí návyky (pracovní), dokáže držet režim maximálně týden.
Má pracovní zkušenost?	Má, ale nikde dlouho nevydržel. Poslední práci zvládal jen z toho důvodu, že ho forma odvezla na místo a zpět a výplatu dostával v týdenním intervalu.
Má nějakou motivaci?	Konkrétně nic nezmiňuje, jen opakuje, že chce věci změnit, ale nic pro to nedělá.
Co intimní vztahy?	Nevím
Co vztah s otcem?	Otec ho nevychovával, navázali kontakt až v poslední době. Otec pomůže zařídit praktické věci a přispět finančně. Pro Olivera není autorita.
Měl někdy od 18 let stabilní období (práce, bydlení)?	V minulosti měl byt, který zdědil. Byt si ale neudržel, dostal se do finančních problémů kvůli drogám a o byt přišel. Poté žil v zahradním domku.
Co ho baví, co má rád?	Na jednu stranu mu tento životní styl vyhovuje – poflakování s partou kluků, bez závazků. Dříve hrál na klavír – v DMT je klavír přístupný, dostal nabídku, že si může přijít zahrát, ale nikdy ji nevyužil.

Má sourozence, další rodina?	Maminka zemřela – žili nějakou dobu v zahraničí. Další informace o matce nikdy nesděluje. O sourozencích nemluví.
Jaké má vzdělání?	Je vyučený
Jak tráví volný čas?	O tom nemají pracovníci přehled, nyní chodí jen na noc. Nejspíš se jen poflakuje.
Je možnost, aby se vrátil na azyl?	Možnost tu je, může podat znovu žádost, ale musí doplatit dluh. Měl s pracovnicí dojít na MMHK, aby zjistil, kde má jaké dluhy – na schůzku nepřišel.
Má Oliver nějaký cíl, mluví o něčem?	Sám neví (nemá představu o vlastním bydlení – nájem, energie, péče o domácnost)
Jak se dostal do DMT?	Při propouštění z výkonu trestu byl informován o možnosti využití služeb azylového domu.
Kde se vidí za rok?	Nevím
Ted je zdravotně, psychicky kompenzovaný?	Ano, to se daří.
Je to na omezení, na opatrovníka?	Oliver s tím nesouhlasí, ale nezvládá hospodařit.
Co možnost chráněného bydlení?	Tam nechce, chce si bydlet sám v nájmu, kde by ho nikdo neomezoval, neotravoval.
Dalo by se s Oliverem mluvit o jeho potenciálu v samostatném (chráněném) bydlení? Dojet tam s ním, aby se podíval?	Ano
Povídá si rád?	Ano, ale má dny, kdy je unavený (podle něj z léků), ale máme podezření na užívání marihuany.

Fantazie:

- Oliverovi chybí volní návyky a vlastnosti
- Podepsal se na něm pobyt po zařízeních
- Neumí praktické věci – zároveň ho to nikdo neučil
- Chybí finanční gramotnost
- Přílišné přebírání kompetencí okolím
- Manuál na život
- Potřebuje mantinely, ale zároveň volnost
- Je mu v tom dobře – vyhovuje mu to → horší možnost získání bydlení v budoucnu
- Jak dlouho tohle vydrží?
- Spoléhá na systém
- Dokud se něco nestane
- Má smysl přinášet vize do budoucna?
- Vždy jen jeden úkol
- Tabu témata
- Vztahy … vrstevnické…vzor?
- Terapeutická skupina – získání kompetencí, dozrát → vydržel by tam? Hledání motivace

Postup pracovníka:

- Více zmapovat aktuální život Olivera, hledat jeho silné stránky, na kterých by se dalo stavět.
- Netlačila bych na něj, spokojit se s tím, že do služby dochází → pracovat na vztahu, nepřetěžovat úkoly (chránit pracovníka před vyhořením)
- Spolupráce v mapování (další kolega, jiná služba?)
- Najdu Oliverovi parťáka
- **Oceňovat** i jeho pidi krůčky (stanovovat pidi cíle)
- **Zvědomovat** Oliverovi jeho silné stránky
- Nekladu na sebe přemrštěné nároky
- Získávat zpětnou vazbu na setkání
- Oceňovat i sebe
- Udělat na schůzce něco jinak – zaujmout
- Zapojovat ho do běžných úkonů

Závěr:

Pracovnice DMT zhodnotila práci ostatních účastníků. Jejich pohled na věc. Odnáší si do své práce nové podněty, co s Oliverem ještě vyzkoušet.

V závěru setkání si účastníci ještě na vlastní osobě zkouší dvě cvičení z nástrojů modelu Care a to **MATICE SILNÝCH STRÁNEK** a **MAPOVÁNÍ PROSTŘEDÍ**. V matici silných stránek si každý vyplnil informace o sobě do pěti oblastí, které jsou: **přeji si, jsem, umím, mám a vím, znám**. Přeji si reprezentuje naše přání, touhy a sny. Jsem ukazuje moje osobní charakteristiky, Umím vyzdvihuje moje talenty a dovednosti. Mám zastupuje materiální a sociální zdroje a vím/znám odráží moje osobní zkušenosti a znalosti. Účastníci mohli své výsledky přednést v rámci dobrovolnosti. U cvičení **mapování prostředí** si účastníci nakreslili svůj kruh sociální sítě, kam zapisovali své sociální kontakty a jednotlivé vazby, které s lidmi mají. Čím blíže ke středu, tím bližší vztah. Pro účastníky byl úkol jednoduchý, každý měl svůj arch plný. Lektorka poté demonstrovala příklad klienta CDZ, který měl vyplněné jediné pole a v něm napsáno jméno pracovníka CDZ. Lektorka chtěla ukázat, jak může být pro klienta obtížné ve svém okolí hledat zdroje pomoci a že někteří skutečně nikoho nemají.

Cíle dnešního setkání se podařilo naplnit. Účastníci se zaměřili na důležitost komunikace při sběru dat o klientovi a seznámili se s principy z jazyka zotavení. Prakticky si na sobě vyzkoušeli nástroje zážitek úspěchu, matici silných stránek a mapování prostředí. Více do hloubky se pak jako skupina zabývala kazuistikou klienta azylového domu na kterém si vyzkoušeli Bálintovskou skupinu.

4.4 Sdílení zkušeností

Čtvrté setkání pracovní skupiny navazuje na metodiku sběru dat a je zaměřeno na **sdílení zkušeností a práci s kazuistikami** účastníků. **Cílem** bylo také zmapovat potřeby pracovníků a zároveň ukázat, co si mohou vzájemně nabídnout. A na praktickém příkladu sdílet zkušenosti s prací s lidmi s duševním onemocněním.

Skupina během schůzky postupně odpovídala na tři otázky:

1. *Co potřebuji k práci s osobami s duševním onemocněním?*
2. *Co můžu nabídnout/nabízím ostatním v síti?*
3. *Co potřebuji od ostatních v síti?*

Výsledkem jsou následující body:

Co potřebuji k práci s osobami s duševním onemocněním?	**Co můžu nabídnout/nabízím ostatním v síti?**	**Co potřebuji od ostatních v síti?**
specializovaný personál	spolupráci	komunikace
spolupráce v síti → KOMUNIKACE	osvěta, výuka, EDUKACE	spolupráce
vzdělání, teoretické poznatky → ideálně i praktické zkušenosti	zkušenosti/osobní zkušenosti	nformace
pracovní prostředí, materiální zázemí	Terénnost (celý multidisciplinární tým – psychiatr, psycholog, psych. sestra, sociální pracovník, peer)	ochota
informace „ze všech stran“	asertivní kontakt	**respekt**
multidisciplinarita	nízkoprahové poradenství	čas (setkávání i online)
trpělivost, empatie a zkušenost	zázemí	flexibilita
mít pohodu/být v pohodě	prostory pro vzdělávání	kooperace, koordinace
Srozumitelný jazyk (přiměřený)	hospitalizaci	**case manager/koordinátor** → pro zajištění efektivity
zpětná vazba	vzdělávací kurzy – krizová intervence, case management, …	**sdílecí setkání –** pravidelně
supervize (i mezi službami)	volná lůžka	znát se navzájem – nabídka služeb
adekvátní ohodnocení	skupiny/stacionáře FN (v současné době chybí personál)	**propojování zdravotní a sociální**
volné finance → navýšení budžetu		zpětná vazba – která je vyslyšena
vztah a důvěra		porozumění
organizace s volnou kapacitou		

V druhé části setkání účastníci společně pracují na **kazuistice**, kterou přináší zástupkyně služby Laxus. Pracovnice chce s ostatními příběh posdílet, popřípadě načerpat inspiraci pro další práci. Služba se s klientem v současné době nachází na mrtvém bodě a mají pocit, že vyčerpali všechny své možnosti.

Popis situace: Muž 33 let, dlouhodobě užívá alkohol (uvádí pití od 14 let), nemá samostatné bydlení, je evidován na ÚP, má pozastavené služby u jiných služeb i na několik let

Opilost u klienta spouští agresivní chování, důsledkem toho poté nemůže využívat služeb DMT. Klient využívá služeb Laxusu s přestávkami několik let. Dochází velmi nepravidelně, někdy se neukáže i několik týdnů. Klient se snaží řešit své finance a od pracovníka chce pomoci – zatím neúspěšně. Pokaždé byl scénář stejný. Klient veškeré finance utratí za alkohol a poté již nemá z čeho platit věci denní potřeby. Často se uchyluje k drobné trestné činnosti. V minulosti strávil cca rok ve výkonu trestu. Zde sice nepil, ale dostal se k užívání pervitinu. V současnosti má klient již nemocná játra, žloutenku a problémy s pamětí. Jeho zdravotní stav ho motivuje ke změně. Aby mohl podstoupit léčbu nesmí užívat alkohol. V návaznosti na tyto okolnosti byl klient hospitalizován kvůli detoxu, ale nezvládl režim zařízení a odešel. Pokusil se o pobyt několikrát, ale vydržel na místě maximálně dva týdny.

Motivace ke změně: špatný zdravotní stav, vztahy s rodinou

Cíl: podstoupení odvykací léčby, aby mohl zahájit léčbu jater.

Spolupráce s klientem je složitá, protože zapomíná rozhovory a pod vlivem je agresivní. Pracovník je stále na začátku. Klient dokáže abstinovat cca ½ dne. Jeho chování již překročilo veškeré hranice, u jiných klientů by služba nebyla poskytnuta. Hrozí, že mu bude služba ukončena.

Otázka pro skupinu: *„Klient dostal termín do Brna, kde už to zná. Měl by odjet za pár dní. Co s ním dál, pokud nenastoupí?“*

Návrh účastníků: Skupina se shoduje, že by klientovi mohlo prospět změnit prostředí, nejlépe se odstěhovat do jiného města, kde by mohly být zapojeny jiné služby. Podle pracovnice Laxusu tuto možnost klient odmítá – nezvládá změny a podle jeho slov bude raději v Hradci na lavičce, než aby změnil prostředí. Pracovnice azylového domu doplnila informace z jejich zkušeností – pokud má takovýto člověk u nich stopku, je to nejčastěji z důvodu agresivity vůči ostatním obyvatelům a pracovníkům, obtěžování jiných klientů a vymáhání peněz od ostatních. U takového klienta by bylo možné otevřít diskuzi o možnosti zrušení zákazu ve chvíli, kdy by prošel detoxem a jeho chování by se změnilo. Ostatní účastníci potvrdili, že pracovníci Laxusu vyčerpali všechny možnosti. Řešení je pouze na klientovi a jeho motivaci. Více mu služba nepomůže. Pracovníci by mu měli tuto informaci sdělovat, aby měl střet s realitou.

Cíle dnešního setkání se naplnili. Účastníci společně posdíleli své zkušenosti, společně pracovali na kazuistice klienta a předali své nápady. Odpověděli si na otázky: Co potřebuji ke své práci, co mohu nabídnout a co potřebuji od ostatních. Formou brainstormingu skupina sestavila seznam bodů viz výše.

4.5 Case management

Setkání skupiny, které je v pořadí páté nese název **Case management** a vede ho lektorka Mgr. Věra Pinkasová. **Cílem dnešního setkání** je představení metody Case management se zaměřením na práci s lidmi s duševním onemocněním. Lektorka podá základní informace o Case managementu, jaké jsou jeho zásady a přínosy, jak vypadá průběh CM, jaké máme základní modely. Cílem je také zaměřit se na oblast vyjednávání s klientem a prakticky si ho nacvičit. Účastníci si také vyzkouší aplikovat case

management na klientských kazuistikách. Účastníkům bude představen dotazník pro sestavení krizového plánu s klientem.

V úvodní části setkání lektorka účastníkům rozdává mapu okresu Hradec Králové. Jejich úkolem je na mapě vyznačit s kým v rámci okresu, nebo města Hradec Králové pracují. Zároveň si mají vyznačit, kde jim spolupráce funguje dobře. Následně proběhla diskuze nad těmito vazbami.

Dále již lektorka představuje teorii **case managementu.** Jedná se o metodu, která se zaměřuje na komplexní řešení problému klienta. Case management přináší klientovi dlouhodobou intenzivní podporu a péči, jejímž cílem je efektivní nastavení služeb, hledání a posilování kompetencí klienta a aktivizování vlastních zdrojů při řešení těžké situace (např. rodina, přátelé, přirozené okolí). Case manager je klientův společník a průvodce, který mu pomáhá najít cestu v systému služeb. Case managerem může být sociální pracovník, ale také jiný odborník (např. zdravotník). Tento pracovník působí v rámci multidisciplinárního týmu.

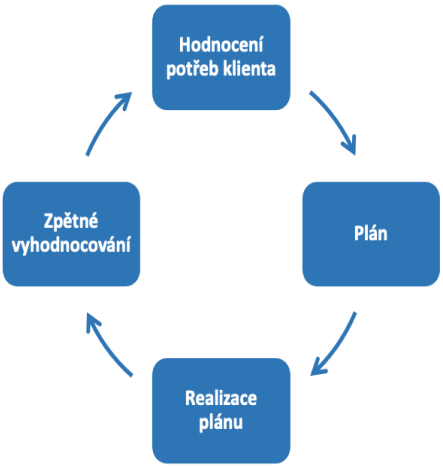
Mezi základní **zásady case managementu** patří flexibilita, asertivita, zaměření na zdravé stránky člověka a práce s motivací – klient se rozhoduje o postupu práce sám. V neposlední řadě jde také o hledání přirozených zdrojů klienta a zapojování jeho sociálního okolí. Na tyto zásady navazujeme **přínosy CM,** které můžeme spatřovat hlavně v kvalitněji poskytované službě, kdy case manager hlídá, aby poskytování různých služeb nebylo v protikladu a aby podpora byla cílena s přesností na potřeby klienta. Dalším přínosem je finanční úspora, kdy se zamezuje dublování podobných služeb a využívá se převážně přirozených zdrojů (příbuzní, kamarádi, sousedé…), časová úspora, kdy při spolupráci odborníků dochází k rychlejšímu řešení zakázky klienta a minimalizují se chybná rozhodnutí, protože se na případ díváme komplexně z pohledu různých profesí. Velkým kladem metody je také aktivizace klienta, kdy je vtažen do plánování služeb, sám o nich rozhoduje a je mu dána zodpovědnost za jejich realizaci. ***A proč vlastně case management vznikl jako způsob práce právě s duševně nemocnými?*** Hlavní myšlenkou bylo nastartovat deinstitucionální proces a umožnit pacientů zůstat co nejvíce doma. K tomuto bodu se vyjádřil pracovník psychiatrické nemocnice, který popisuje kontakt s rodinou a přirozeným prostředím jako velmi důležitý. V praxi vidí, že důležité je pracovat s rodinou, předávat jim aktuální informace, vysvětlovat, kam se člověk posunul, jak se změnil, že není člověkem, který do zařízení přišel. Často musí pracovníci překonávat velkou bariéru, protože se rodina pacienta zřekla. Vztahy se navazují od začátku – podporují kontakt face to face, hledají cesty, jak může být pacient s rodinou v kontaktu – např. zavedli možnost online kontaktu přes skype. Zároveň z praxe vidí, že i složení pacientů se v průběhu let proměňuje. Ubývá pacientů s jednou diagnózou, naopak stoupá počet pacientů s duální diagnózou nebo přidruženou závislostí atd. a co je zásadní, věk pacientů se snižuje.

Po tomto základním bloku lektorka pokládá otázku: ***„Co Vás baví na práci s lidmi s duševním onemocněním?“*** Z diskuze vyplynulo, že účastníci na práci v sociálních službách oceňují, že mohou dát klientům naději na lepší život, nasměrovat je, ukázat jim život bez příznaků nemoci. Zároveň v tom vidí pozitiva pro vlastní osobu – člověk na sobě může pracovat, práce není monotónní.

Po této diskuzi lektorka účastníky seznamuje s **metodou PACT**, která při svém zavedení výrazně snížila počet rehospitalizovaných pacientů. Kromě práce s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním se dá metoda replikovat i na další cílové skupiny (např. uživatelé návykových látek, sanace rodiny atd. Dále se účastníci seznámili se **základními modely case managementu** a to Brokerský model, intenzivní case management, asertivní komunitní léčba a model FACT.

Dále jsme se přesunuli k **průběhu case managementu**, kdy nejprve hodnotíme potřeby klienta. Je důležité mít dobře zmapované potřeby klienta, aby se mohl vytvořit kvalitní plán. Poté realizujeme

kroky k naplnění plánu. Během plnění plánu může docházet ke změnám, plán se nemusí vždy plnit. Je důležité plán zpětně hodnotit. S klientem hodnotíme, co se dařilo/nedařilo naplnit a proč.



V pozici **case managera** je důležité mít organizační dovednosti – naším úkolem je sladit více lidí a jejich potřeb, mít strategické myšlení, být schopný motivovat lidi a umět efektivně komunikovat a vyjednávat.

Právě **vyjednávání** se věnuje následující část setkání, kdy si účastníci na praktickém cvičení vyzkoušeli ve dvojicích konkrétní situace a svou schopnost vyjednávat. Např. *„Jak byste domluvil s opatrovníkem navýšení rozpočtu na cigarety?“* Po cvičení následuje otázka ***„Co se vyplácí při vyjednávání (s klientem, s jinou pomáhající službou apod.)?“*** Při vyjednávání nám mohou být užitečné následující body: Mít připravené jasné argumenty; snažit se, aby řešení hledala i druhá strana; osobní kontakt s druhou stranou; hledání kompromisu; vyjednávání je jednodušší ve chvíli, kdy se již s druhou stranou známe; představení benefitů pro druhou stranu; vést hovor na osobní rovině; zachovat klid; použít trochu manipulace; dát druhé straně pocit důležitosti, zodpovědnosti; mít kromě plánu A také plán B a C.

V další části setkání se věnujeme **kazuistice**. Účastníci ve skupině zpracovávají kazuistiku, kdy se jedná o dlouhodobou spolupráci s klientkou. Lektorka předala základní informace o klientce. **Prvním úkolem** je popsat nepříznivou sociální situaci podle dostupných informací, proč by měla být klientka v naší službě, zmapovat základní informace a zařadit je do určitých domén (bydlení, zdraví – fyzické, psychické, finance, práce, vzdělání, sebeobsluha, volný čas, přání, význam, smysl – motivace klientky), jaké informace nám chybí a jaké informace bychom pro další spolupráci potřebovali. Vždy je potřebné zjistit základní informace důležité pro vstup do služeb, zjistit, zda klientka spadá do naší cílové skupiny či nikoliv.

Lektorka předala účastníkům další informace. **Druhým úkolem** je najít všechny zdroje podpory– formální i neformální. K formálním zdrojů můžeme přiřadit pracovníky PDZ, ambulantního psychiatra a neformálních zdrojů jsou to sestra, teta, bývalý švagr a přítel (u přítele je potřeba zvážit, zda je pro klientku zdrojem, nebo naopak rizikem). Dále je potřeba zaměřit se na silné stránky klientky. Klientka například zvládá hospodařit s financemi, má náhled na situaci, je odhodlaná, zvládá navazovat vztahy. Dále je potřeba zjistit, co klientka chce a jaká jsou její přání.

V poslední části setkání lektorka představila **krizový plán**, který se sepisuje s klientem na začátku case managementu, nebo při rehabilitační práci. Jedná se o dotazník, který má u sebe pracovník a klient. Klient odpovídá na otázky: *„Co Vás přivádí do krize?“, „Co ji nejčastěji vyvolá?“, „Je něco, co krizi většinou předchází?“* (např. na klienta začínají mluvit auta, klient nemůže spát, klientovi dochází léky, …). Dále se otázky týkají toho, jak krize obvykle vypadá: *„Co na sobě pozorujete?“, „Jak se v krizi cítíte?“,*

„Jak na Vás krizi poznají ostatní?“ Poslední otázky se týkají řešení krize. Klient zodpovídá otázky: *„Co mám dělat?“, „Co mají dělat ostatní?“, „Co má dělat pracovník?“* Zároveň potřebuje pracovník vědět, zda jsou nějaké kroky, které si klient vyloženě nepřeje, aby pracovník podnikl.

V návaznosti na přání klienta, přichází účastníci s poznámkou ohledně sestavování zakázky. Často se setkávají s kolizí přání klienta a představami jeho blízkého okolí. Častokrát přichází rodinní příslušníci s požadavkem okamžitého řešení situace klienta, ale mnohdy je to bez vědomí a souhlasu osoby, o kterou se jedná. Pro pracovníka je to výzva.

V závěru dnešního setkání účastníci zhodnotili dnešní schůzku.

Cíle dnešního setkání se podařilo naplnit. Proběhlo představení case managementu, jako důležité metody pří práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Proběhl krátký náhled do historie této metody a představení základních modelů. Účastníci měli možnost seznámit se zásadami a přínosy case managementu a nahlédnout do jeho průběhu. Účastníci přinášeli v průběhu setkání své zkušenosti s touto metodou a ukazovali důležitost multidisciplinární spolupráce. Velká část setkání se věnovala práci na kazuistikách a cvičeních, která dala možnost vyzkoušet si spolupráci s ostatními účastníky a vidět jejich pohled. Účastníci se také seznámili se základními otázkami, které obsahuje dotazník krizového plánu. V návaznosti na proběhla diskuze nad dilematy při sestavování zakázky, kdy se představy klienta rozchází s představami okolí.

4.6 Individuální plánování

Šesté setkání skupiny nese název **Individuální plánování** a vede ho lektorka Bc. Eva Donátová. **Cílem** dnešního setkání je představení a bližší seznámení s Individuálním plánováním, které je nutnou součástí práce nejen s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Účastníce se seznámí obecně s IP, zákonem o sociálních službách, základními pojmy jako nepříznivá sociální situace, jednání se zájemcem o službu, smlouva o spolupráci, hodnocení spolupráce, stanovení cíle spolupráce. Jednotliví účastníci ostatním představí individuální plánování v rámci jejich služby. Dále mají možnost sdílet vlastní zkušenosti a kazuistiky s ostatními účastníky.

Zákon vymezuje individuální plánování velmi obecně. Je to ukotveno v povinnosti metodik, může se tedy služba od služby lišit. Povinné jsou tyto body:

- KAŽDÁ SLUŽBA S KLIENTEM PLÁNOVAT MUSÍ!!
- Plánovat se musí s klientem
    - Není to vždy reálné – klient s demencí, klient s psychiatrickou diagnózou
    - Někdy se plánuje tady a teď
    - OSOBNÍ CÍL = cíl spolupráce – často je to těžké formulovat

Lektorka pokládá účastníkům otázku ***„Jaké jsou nejčastější cíle vašich klientů?“***

Nízkoprahová zařízení se shodují, že cíle jejich klientů jsou v první fázi velmi praktické od zařízení dokladů, přes zažádání o dávky po pomoc s kontaktem na úřadu práce a zprostředkování zaměstnání. U drogové služby je častým cílem mít čistý materiál. V sociální rehabilitaci cíle klientů často souvisí se zvládáním určitých činností jako hospodaření s penězi, hygiena atd. Psychiatrická nemocnice se zaměřuje na osm bodů, které musí pacient splnit, aby mohl být propuštěn – témata jsou finance, bydlení, stabilizace zdravotního stavu atd. Často naráží na problém, že klient nemá po propuštění kam jít. Opět jsme narazili na bytovou problematiku.

Dále jsme se posunuli k **hodnocení individuálního plánu**. Hodnocení by mělo probíhat s klientem, ale ne vždy je to možné. Pokud klient chodí nepravidelně, hodnocení probíhá bez něj s tím, že je situace

proč tomu tak je popsána písemně. Nejčastěji přehodnocení probíhá jednou za půl roku až rok, ale časová frekvence není zákonem dána.

Velké téma v individuálním plánování je **popis nepříznivé sociální situace**, která musí být v IP zaznamenána vždy a to písemně. U klientů s psychiatrickou diagnózou bývá často problematické z hlediska jejich zdravotního stavu, který nemá být popisován. Tento fakt koliduje s poskytováním služeb v PDZ, domovech pro seniory, nebo pečovatelské službě. Z nepříznivé sociální situace vychází **osobní cíl** klienta a měl by směřovat k řešení této situace.

Podle osobního cíle jsou klientovi následně poskytovány konkrétní služby. Ty jsou ošetřeny smlouvou. **Smlouva** může být písemná nebo ústní, podle tipu služby. S klientem není smlouva uzavírána ve chvíli, kdy má opatrovníka. Opatrovník se různou měrou zapojuje do individuálního plánování. Záleží na přístupu a osobním nastavení opatrovníka.

Zkušenost lektorky z PDZ – Přichází klient, který by opatrovníka potřebuje, ale než se vše zprocesuje, tak většinou už prodělá všechny peníze a dostane se do nepříjemných situací.

Lektorka a účastníci mají ve většině špatnou zkušenost se soudy a jejich flexibilitou. Pokud je problém s financemi – zneužívání klienta opatrovníkem, tak je celý proces moc dlouhý. Často musí jít cestou soukromého právníka, aby se situace vyřešila. Proběhla **diskuze** o omezení na právech u klienta ve službách. Zároveň i o možnosti vrácení práv klientovi.

V rámci plánování by klienti měli dostat **informace o plánování**. Co je to za proces, co je to IP. K čemu to je, jak to funguje. Lektorka pokládá otázku „***Jak předáváte informace*?“** Nejčastěji v rámci jednání se ZOS, ve smlouvě, leták ve smlouvě – obrázky, velká písmena, ústně, formou letáčků, nástěnka s informacemi. V psychiatrické nemocnici informace předávají postupně během pobytu (při nástupu většinou pacient není ve stavu, aby informace pochopil).

Lektorka: ***„O individuálním plánování nemusí být konkrétní formulář, může to být formou záznamu ve složce klienta, že byli informace klientovi předány.“*** V návaznosti na toto sdělení se lektorka účastníků ptá, v jakém pracují systému. Účastníci si navzájem sdělili své zkušenosti s různými systémy, jejich výhody i nevýhody. Nejčastěji pracují s programem Signus, Equip, Boris, Akord. Nejlépe program funguje, když je vyvinut přímo pro konkrétní službu. Jinak může být práce se systémem problematická, nepřehledná. Může se také dít, že jsou informace v systému sice přehledné pro pracovníka, klient jim, ale nerozumí.

V poslední části setkání jsme diskutovali nad **plánováním s klientem**, který je navázán na více služeb. Spolupráce může být pro klienta přínosná ve chvíli, kdy o sobě služby navzájem vědí a zároveň je ošetřeno, jakým způsobem a v jakém rozsahu si budou služby předávat informace. Naráží se na problém, že jedna strana ví od klienta informace, které by mohli dobře posloužit druhé službě, ale klient nedovolí informace sdělit další straně. V případě, že o sobě služby vědí – což není vždy pravidlem. Je dobré potkávat se všichni i s klientem a zjistit, jaké má klient cíle. Pokud o sobě služby nevědí, může se stát, že má klient u různých služeb protichůdné cíle. Často je problém, když se jedná o mezioborovou spolupráci, kdy zástupci stran nepracují stejným způsobem a mají jiné priority (např. pedagogická zařízení, zdravotní zařízení atd.) Řešením může být trojstranná smlouva – většinou se uzavírá, když je v případu zapojen OSPOD, nebo podobná kontrolní složka. Ošetřuje se, jaké informace budou poskytovány různým službám. Nejdůležitější při individuálním plánování je aby individuální plán byl nastaven tak, aby byl proces ve prospěch klienta.

Nakonec setkání si účastníci posdíleli pokroky a průběh plánování z případů, které přinesli do kazuistik v minulých setkáních.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Proběhlo představení individuálního plánování. Účastníci se seznámili se základními pojmy – nepříznivá sociální situace, jednání se zájemcem o službu, smlouva o spolupráci, hodnocení spolupráce, stanovení cíle spolupráce. Jednotliví účastníci ostatním představili individuální plánování v rámci jejich služby a na kazuistikách z minulých setkání jsme si ukázali průběh individuálního plánování a vyslechli jsme, jaké udělali klienti pokroky.

4.7 Shrnutí pro oblast Královéhradecka

Účastníci se shodli, že největší přínos těchto setkání vidí v možnosti poznat zástupce ostatních organizací, setkat se osobně a čerpat z jejich zkušeností a zároveň sdílet ty své. Ocenili možnost poznat práci jiných organizací, jejich způsob práce s klienty, nabízené služby a limity vzájemné spolupráce. V průběhu setkání vytanula myšlenka, zda by bylo možné mít sjednocené některé postupy při zjišťování informací, aby bylo navázání spolupráce mezi službami jednodušší. Během diskuzí se ukázalo, že se účastníci shodují v zjišťování těchto bodů: Základní informace o klientovi; s čím klient přichází/za jakých okolností k nám přichází; zda spadá do cílové skupiny; proč chce využívat službu; jaká je jeho historie (zda se s podobnou situací v minulosti již potýkal) a jak se snažil situaci řešit, co vyzkoušel, než kontaktoval službu. Doplňující informace má již každá služba jinak, záleží na tom, jak má vysoký práh, zda se jedná o sociální nebo zdravotní službu a také zda se jedná o službu preventivní nebo sociální péče. Většina účastníků pro svou práci potřebuje znát informace z těchto oblastí – věk, zaměstnání, bydlení, vztahy – rodina, podpůrná síť, omezení svéprávnosti, zdravotní stav, vzdělání a finance. Z diskuzí vyplynulo, že pokud je klient propouštěn ze zdravotního zařízení je začátek spolupráce zjednodušený tím, že klienta s jednotlivými službami propojuje pracovník nemocnice. Služby o sobě vzájemně vědí a dostanou sjednocené informace na kterých staví plánování služeb. Pokud je klient z terénu je někdy obtížné zjistit, zda je již navázaný na jinou službu a na čem s ní spolupracuje. Limitující při mapování situace klienta je i poskytování souhlasu klienta s informováním spolupracujících subjektů, s kontaktováním blízkých osob, s kontaktováním lékařů a dalších potenciálních zdrojů z okolí. Skupina se shoduje, že v ideální situaci by probíhala multidisciplinární setkání, případová setkání a individuální setkání nad případem klienta. Je potřebná dobrá komunikace všech zapojených stran aby nedocházelo ke komunikačním šumům a práce organizací směřovala ke zlepšení situace klienta.

Při kazuistických setkáních dochází účastníci k závěru, že případová setkání jsou efektivním způsobem, jak se hnout z místa u případů, kde jsme zamrzli na místě a již nemáme vlastní nápady. Ostatní přichází s novým pohledem na věc, jsou nezaujatí, pokládají nové otázky a dívají se na klienta jinýma očima. Účastníci se vzájemně uklidnili, že při stagnaci klienta nemusí být chyba na straně pracovníka, že se případ nikam neposouvá. Je potřeba si uvědomit, že nemůžeme zachránit každého. Pokud nemá klient motivaci nepohne s ním žádná služba a sebelépe sestavený individuální plán.

Ze zákona je dáno, že s klientem plánovat musí každá služba. Účastníci si vzájemně představili nejčastější cíle individuálního plánování svých klientů a diskutovali nad možnostmi plánování v případě, že víme, že je klient navázán i na jinou službu. Cílem by měla být efektivní spolupráce, aby jednotlivé cíle IP ve službách nebyly protichůdné a směřovali ke zlepšení situace klienta. Na začátku by mělo být s klientem i službami ošetřeno, jakým způsobem a v jakém rozsahu si budou služby předávat informace. Účastníci se shodli, že v praxi naráží na problém, že jedna strana ví od klienta informace, které by mohli dobře posloužit druhé straně, ale klient nedovolí informace sdělit dále. Řešením by mohla být společná setkání všech služeb a klienta, kde by se předávali nové informace a informace o pokrocích klienta v jednotlivých službách. Dalším velkým tématem byla spolupráce s opatrovníky. Záleží na přístupu a osobním nastavení opatrovníka. Od toho se odvíjí další práce s klientem. Účastníci také zabrousili do problematiky neflexibility soudů při přidělování opatrovníka, nebo naopak v případě, že je dán podnět na zneužívání klienta opatrovníkem. V obou případech se většinou jedná o finance

klienta. V obou případech se díky pomalosti procesů dostává klient do těžkých situací a často se musí organizace uchylovat k řešení situace přes soukromého právníka, aby eliminovali škody.

V průběhu všech setkání došlo ke sdílení zkušeností, propojování služeb skrze kazuistiky a jejich vzájemná podpora při hledání řešení. Cíle všech setkání se podařilo naplnit, účastníci odcházeli s teoretickými poznatky a kontakty pro navázání budoucí spolupráce.

4.8 Spolupracující organizace

PN Havlíčkův Brod

Psychiatrická klinika FNHK

Domov Černožice

Domov u Biřičky

Péče o duševní zdraví

Jakalus

Laxus

Skok do života

Dům Matky Terezy

MMHK

Pracoviště pečovatelské péče

Mgr. Martina Jílková

5 OBLAST NÁCHODSKA

Abstrakt: *Sociální služby a organizace měst na Náchodsku zaznamenávají přísun osob se zkušeností s duševním onemocněním v tíživých životních situacích. Náchodsko je region s rozmanitou geografickou, demografickou a sociální strukturou. Výzvy, které region čelí, jsou spojeny s dostupností bydlení, práce a zdravotnické péče. Ukazuje se, že je klíčové poskytovat v regionu podporu osobám s duševním onemocněním multidisciplinárně, za dodržení principů case managementu. Následující text shrnuje zásadní poznatky z realizace projektu, příklady dobré praxe a zkušenosti jednotlivých pracovníků.*

Klíčová slova: *Náchodsko, výzva, spolupráce, vyjednávání, práce s krizí*

5.1 První setkání: Představení dostupných metodik, rešerše a sdílení vlastních zkušeností

Na prvním setkání v rámci projektu „Podpora multidisciplinárního přístupu v práci s osobami s duševním onemocněním“ se sešla skupina složená z pracovníků měst (opatrovníci), účastníků z neziskového sektoru a zdravotnického sektoru, proběhlo představení projektu, jeho cílů a výstupů. Proběhlo představení koordinátorky, lektorky a jednotlivých účastníků, jejichž **očekávání se ve většině shodovala v možnosti poznat osobně zástupce ostatních organizací, čerpat z jejich zkušeností a sdílet své, zejména pak hledat možnosti, jak některé postupy sjednotit, tak, aby spolupráce v síti služeb byla efektivnější a kvalitnější.**

V úvodu setkání proběhlo sdílení metodik účastníků a jejich mapovacích nástrojů při práci s klienty. Ukazuje se, že jednotliví účastníci zjišťují při příjmu nového klienta a práce s ním podobné informace, přestože se mapovací nástroje napříč službami liší tím, že má každá organizace jinou cílovou skupiny a své interní postupy a dokumenty.

Zástupci měst (opatrovníci) často čerpají již z informací, které mají o klientovi v systému (OK systém), zajímají je především: základní osobní údaje klienta, jeho zázemí a jeho motivace ke změně, zjišťují nepříznivou sociální situaci pro další nasměrování klienta do neziskových organizací, či k zajištění např. finanční pomoci.

Pracovníky ze zdravotnického sektoru kromě těchto údajů zajímá na prvních místech zdravotní stav klienta, jeho zvládání sebeobsluhy a přání klienta. Dále se zaměřují na oblast rodiny a vztahů, financí, bydlení a volného času, používají tzv. sociální kartu, která je standardizovaná a údaje v ní během hospitalizace aktualizují.

Sociální služby používají záznam z jednání se zájemcem o službu. Při jednání se zajímají o základní údaje zájemce, zjišťují důvody pro požádání o službu (nepříznivou sociální situaci), co pro změnu své situace klient již udělal a zda spadá do cílové skupiny služby. Dále stejně, jako ostatní, zjišťují postupně informace o zajištění potřeb, konkrétně oblasti jako: sebeobsluha, bydlení, osobní rozvoj, rodina, přátelé a vztahy, zdraví, volný čas, pracovní uplatnění, finance a využití veřejných služeb.

Klíčovou metodou při mapování je ve všech případech rozhovor, některé organizace využívají i jiné kreativní techniky (např. metodu mapování životního prostoru – zakreslování, nebo pracují s obrázkovými kartami).

Lektorka představuje dostupné metodiky a nástroje pro zjišťování a hodnocení situace a potřeb. (CAN, GAF, CARE, HoNOS, atd.)

Většina účastníků tyto nástroje dosud aktivně nevyužívá, nicméně někteří se shodují na tom, že by je rádi začlenili do své praxe, aby zefektivnili plánování kapacity služeb a podobně.

Na základě prezentace lektorky proběhla diskuze na téma, jak jednotliví účastníci zjišťují potřeby svých klientů a kolik jim jejich nástroje zaberou času.

Pracovníci měst mají obecně pro zjišťování informací nejmenší časový prostor. Ve většině případů musí znát veškeré údaje během jedné schůzky. Často vycházejí z již zjištěných informací (reportů) z jiných organizací, či z celorepublikového informačního systému, kde vidí, zda klient pobírá dávky, zda je registrovaný na ÚP a jak se s ním v minulosti pracovalo. Výsledkem je obsáhlá tabulka, plná různých údajů o klientovi. Tabulka vychází z požadavků ministerstva a je ze strany pracovníků neměnná. Přivítali by přehlednější a komplexnější nástroj pro práci s klientem. Pracovníci si dále individuálně vedou oddělenou složku s citlivými údaji o klientovi a s evidenčními listy z rozhovorů, což je důležité i pro zajištění vzájemné zástupnosti v rámci organizace. Dále má každý úřad vlastní metodiku např. pro zjišťování finanční a majetkové situace klienta (opatrovníci měst).

Pracovníci ze zdravotnického sektoru kromě výše zmíněného formuláře při práci s motivovaným klientem používají i formulář „osobní profil“. Zjištěné údaje slouží pro individuální plánování a pro plánování výhledů po propuštění z hospitalizace.

Sociální služby pracují se svým vlastním nástrojem, kterým je formulář sociálního šetření. Šetření a předávání informací probíhá formou rozhovoru a může trvat i více schůzek. Služby často využívají scházení se v místě, kde je následně služba poskytována, nebo v přirozeném prostředí zájemce.

V závěru setkání měli účastníci možnost vyzkoušet si ve skupinách praktický nácvik metody GAF a jedné z metod účastníků skupiny na předem dané kazuistice, která byla pro všechny společná.

5.2 Téma: Metodika sběru dat, mapování krize, práce se zranitelností

Další setkání je soustředěno na mapování zranitelnosti/krize, práci s krizí a jejímu předcházení. Lektorka pokládá otázku, jakou mají účastníci zkušenost se spoluprací v síti služeb:

Jednotliví účastníci se shodují na tom, že v posledních letech mohou hovořit o poměrně dobré propojenosti v síti služeb – je běžné, že se svolávají a uskutečňují například případová setkání sociálních pracovníků, je větší propojenost s dalšími organizacemi, také s rodinou klienta.

Naopak jako nepropustné vnímají propojení se sektorem zdravotnictví, který je také podstatnou součástí ve formální síti klienta. Neděje se tak však kvůli nezájmu ošetřujících lékařů, ale spíše tím, že mají v péči velké množství pacientů.

Účastníci mezi sebou sdílejí příklady dobré praxe kdy:

Na Broumovsku se daří multidisciplinárně scházet se zástupci zdravotnického, státního i neziskového sektoru. Psychiatr se zde účastní pravidelných případových setkání sociálních pracovníků na Městském úřadě. Případová setkání v tomto případě svolává sociální odbor města, konají se 1x měsíčně a termíny jednotlivých schůzek vědí účastníci rok dopředu, kvůli zajištění přítomnosti všech, nebo alespoň většiny, aktérů. Ze zkušenosti účastníků jsou tato setkání nosná, kromě toho, že se sdílí aktuality a novinky, tak je možné anonymně projednat složité případy.

Městu Náchod se povedlo svolat setkání praktických lékařů na radnici, v jehož rámci se uskutečnila i prohlídka nových prostor sociální služby. Na základě pozvání přišlo 90 % pozvaných lékařů. Setkání bylo

hodnoceno velmi pozitivně; přestože lékaři nadále na případové konference, které se zde také konají, nechodí, daří se s nimi držet v případě potřeby komunikace „na dálku“.

Další malé obce v regionu mají zkušenost, že když potřebují mluvit s psychiatrem, zavolají si – mají to tak nastavené, je zažité, že někdy lékař osloví i „město“ z vlastí iniciativy.

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod se v rámci sítě a propojenosti služeb v pardubickém kraji pravidelně setkává se zástupci neziskových organizací formou stáží, což se velmi osvědčuje i pro vyjasnění si kompetencí a hranic mezi sociálním a zdravotnickým sektorem a účastníci tento příklad vnímají jako dobrou inspiraci.

Při mapování nepříznivé situace klienta je třeba dbát na čtyři základní oblasti – **kvalitu prostředí, kvalitu života, zranitelnost a silné stránky.** Tato komplexní analýza všech čtyř oblastí poskytuje ucelený obraz o potřebách klienta a usnadňuje plánování podpory.

Lektorka dále hovoří o konceptu „recovery“ – zotavení – v tomto kontextu není vnímáno jako úplné vyléčení nebo návrat do předchozího stavu zdraví, ale spíše jako **proces**, který je individuální a zaměřený na růst, rozvoj a překonávání výzev spojených s duševním onemocněním. Osvědčuje se tedy zaměřit se **na práci s krizí ve fázi, kdy klient aktuálně není v krizi a pracovat na podpůrném plánu, když je situace stabilní, klient se cítí „v normě“.**

Zranitelnost se může projevovat v různých životních rovinách: oblasti výkonnosti, mezilidských vztahů, také může mít dopad na zneužívání návykových látek. Zranitelnost lze vnímat jako vnitřní limit, který ovlivňuje schopnost jedince vyrovnávat se s vnějšími stresory. Proto je klíčové znát silné a slabé stránky každého klienta, abychom lépe pochopili, jakými způsoby může reagovat na různé stresové situace. V tomto kontextu je užitečné identifikovat vzorec relapsu, což je obvykle kombinace vnějších stresů a vnitřní zranitelnosti, která může vést k opětovnému nástupu příznaků nemoci. U mnoha klientů se tento vzorec opakuje, což znamená, že relapsy jsou do jisté míry předvídatelné. Tento faktor je tedy důležité zahrnout do mapování, což může zvýšit šanci na zamezení vzniku další krize.

Představení metod mapování zranitelnosti/krize u klienta:

Jako preventivní plán krize může sloužit „**plán včasných varovných příznaků**“, tedy plán, jak můžeme společnými silami udržet stav „kdy mi je dobře“. Funguje na principu semaforu, kde zelená reprezentuje stabilní stav a možnosti, co dělat a co je pro klienta dobré, aby nedošlo k situaci, kdy se začnou projevovat příznaky blížící se krize, což značí oranžová (např. změny spánku, úbytek energie, tělesná nepohoda). Období krize je již červená barva, obsahuje popis toho, „jak to vypadá, když jsem v krizi“, často v ní dochází k hospitalizaci klienta.

Další metodou mapování/plánování může být „**dotazník prevence relapsu**“, který mapuje stresové faktory, nebo „**krizová karta**“, která popisuje krizi – jak přichází, co ji provází, jak se zachovat. Krizová karta však může být pro některé klienty „bolestná“ – může připomínat období, kdy na tom nebyli nejlépe, zároveň předpokládá možnost, že se krizová situace může/bude opakovat.

Všechny metody však mají společný cíl a to ten, aby měl klient lepší kontrolu nad situací a řešení situace ve vlastních rukách, tedy aby byla podpořena jeho vlastní kompetence.

Účastníci si zkusili vyplnit Plán včasných příznaků a Krizovou kartu a shodli se na tom, že je užitečné znát tyto nástroje pro jejich budoucí práci s klienty. Některé organizace používají v začátku spolupráce s klientem a v procesu nastavování individuálního plánu vlastní „krizový plán“, nicméně se k němu v průběhu spolupráce zatím moc nevracejí a nerevidují ho. **Účastníci se však shodují, že je důležité začlenit mapování krize do jejich praxe, což by mohlo přispět k lepší stabilizaci klientovy situace a**

včasnému zásahu v případě potřeby. V případech, kdy jsou zapojeny do řešení NSS organizace spolu s CDZ, dochází ve většině případů k sestavení krizového plánu mezi službami a klientem s rozdělením kompetencí, což v praxi znamená, že všechny strany zapojené do NSS klienta jasně vědí, co se děje a jak mají postupovat v případě blížící se „krize".

Setkání bylo také velmi přínosné díky přítomnosti zdravotně-sociální pracovnice z psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě, která se zúčastnila diskuze, jež vedla k ujasnění kompetencí a očekávání v rámci spolupráce mezi sociálními službami, opatrovníky a dalšími osobami zapojenými do řešení situace klienta. Tato diskuze pomohla vymezit a zlepšit koordinaci v rámci poskytovaných služeb.

Účastníci dále sdílejí zkušenosti s dostupností podpory s edukací účastníků – rodina, sociální síť:

Zejména opatrovníci se shodují, že na Náchodsku stále chybí dostatečná podpůrná síť pro pečující, což se výrazně projevuje zejména v případě rodin, které pečují o seniory nebo o děti s mentálním či jiným hendikepem. Pečující osoby se v rámci členitého regionu potýkají s nedostatkem dostupných služeb, jako jsou například denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, nebo jiné formy pomoci/podpory, které by jim umožnily snáze zvládat každodenní péči, která je psychicky, fyzicky, ale i časově náročná. Z tohoto hlediska pečujícím nezbývá moc času a energie na další vyhledávání zdrojů podpory/pomoci, vzdělávání se a usilování o zkvalitňování péče o své blízké.

Jako dobrou zprávu účastníci vidí počin MAS Velké Poříčí, které zorganizovalo „svépomocné setkání" pro neformálně pečující, toto první setkání mělo velký ohlas a skupinou rezonovalo, že je žádoucí jeho pokračování.

Neziskové organizace usilují o destigmatizaci a šíření informací prostřednictvím účasti na různých společenských událostech, jako jsou například dny pro rodinu, charitativní akce, workshopy, semináře nebo veřejné diskuse. Tímto způsobem se snaží oslovit širokou veřejnost, zvyšovat povědomí o specifických potřebách lidí se zdravotními či duševními problémy a podporovat otevřenou diskuzi.

Účastníci z regionu Policka/Broumovska si dále chválí spolupráci s psychiatričkou, která v případě potřeby navštěvuje pacienty doma, v jejich přirozeném prostředí, díky čemuž může komunikovat s rodinou/sociálním okolím pacienta, reagovat na dotazy, případě doporučovat vhodné postupy.

Dále je vedena diskuze nad tím, jak účastníci vnímají ideální postup spolupráce s další, spolupracující organizací a jak v praxi funguje souhlas s předáváním informací:

Zkušenost opatrovnice: Na začátku prvních nejasností se pracovníci sešli s klientkou, společně si stanovili, kdo bude odpovědný, za jaké úkoly, a klientka souhlasila s předáváním informací mezi jednotlivými stranami. Po nějaké době zjistili, že klientka každému z nich říká něco jiného, což vedlo k rozporům v informacích a postupně si uvědomili, že všichni pracují na stejném cíli, ale s různými informacemi. Na základě toho, že byl na začátku jasně stanoven rozdělený systém zodpovědnosti, opatrovnice iniciovala schůzku, na kterou klientku nepozvali, aby si všechny informace sjednotili a vyjasnili, co kdo zařídil a jaké kroky byly podniknuty, což zefektivnilo spolupráci a snížilo míru nedorozumění a zatěžování kapacity jednotlivých pracovníků, protože klientka měla tendenci všechny urgovat kvůli stejné věci.

Formální souhlasy – s vymezením si toho, co si klient přeje/nepřeje předávat je doménou spíše sociálních služeb, opatrovníky fakticky nikdo neurguje a nekontroluje, aby měly souhlasy, sociální služby většinou souhlasy s opatrovníky mají – naráží v případě, že volají od soudu a potřebují něco

vědět o klientovi – nevědí, co všechno mohou a nemohou v tu chvíli říct, vznikají tak mnohdy absurdní situace – jedna strana souhlas má, druhá ne (sociální služba vs. sociální služba).

Ošetřující lékaři osob, které jsou omezeny ve svéprávnosti, často nemají k dispozici informace o tom, že pacient není schopen samostatně rozhodovat o svých zdravotních záležitostech. Pokud je klient umístěn v ústavním zařízení, lékaři obvykle mají přístup k listině opatrovníka, což usnadňuje komunikaci a rozhodování v souvislosti s péčí. V případě, že klient není v ústavní péči, může docházet k nepříjemným a někdy i komplikovaným situacím, kdy klient například neoprávněně změní lékaře, podepíše negativní reverz proti svému zájmu a podobně. Nejasnost **– je v kompetenci opatrovníka informovat lékaře o omezení spolupráce ve zdravotních záležitostech?**

V oblastech, kde je dobrá propojenost mezi účastníky ve formální síti, to v praxi funguje tak, že opatrovník ošetřujícího lékaře informuje o této skutečnosti a žádá o zápis do karty.

Dále se účastníci shodují na tom, že v rámci mapování vidí **slabinu v již zmiňovaném informovaném souhlasu – dávají si pozor na to, aby souhlas s předáváním informací měly podepsaný všechny strany** – např. klient s jednou neziskovou organizací, že mohou předávat informace druhé organizaci, nicméně druhá organizace nemá podepsaný souhlas s předáváním informací o klientovi – souhlas **není automaticky obousměrný, i když k tomu klient vyslovil ústní souhlas**. **Řešením takovýchto situací může být sepsání vícestranné dohody s klientem, tedy jeden dokument společný pro všechny participanty.**

Na malém městě představuje výzvu otázka, jak přistupovat k situacím, kdy někteří účastníci případových setkání, kterých se neúčastní klient, dokážou na základě popisu nepříznivé sociální situace odhadnout, o kom se anonymně hovoří. I když se ve skupině snažíme najít řešení, shodujeme se na tom, že toto je nevyhnutelný důsledek specifik malého města, kde život v komunitě často provází určitá forma všudypřítomného "neformálního dohledu". V takovém prostředí je potom těžké udržet naprostou anonymitu, protože lidé jsou propojeni osobními vazbami, což může paradoxně vést k větší zranitelnosti těch, kteří čelí složitým sociálním a zdravotním problémům.

Opatrovníci často zažívají nátlak ze strany klientova okolí/rodiny, kdy se snaží zasahovat do organizace práce s klientem – okolí klienta často může mít pocit, že ví nejlépe, co klient potřebuje (nevidí do pozadí spolupráce) - přestože opatrovníci vždy jednají v souladu s přáním a potřebami samotného klienta. V těchto chvílích je důležité mít na mysli, že klient je ten, kdo je středem pozornosti, zatímco okolí představuje podpůrný zdroj.

Proběhlo sdílení třech kazuistik, na jejichž příkladu účastníci zkoušejí představené mapovací metody. Dochází ke sdílení zkušeností, nápadů a vlastní praxe, účastníci mají nosné poznatky.

Závěrem setkání účastníci hodnotí jeho přínos, shodují se, že je v regionu už lépe podchycená psychiatrická péče, díky které se dějí pozitivní změny, setkání bylo přínosné i po stránce propojení účastníků, sdílení náhledů, zkušeností a nových kontaktů.

5.3 Téma: Case management, vyjednávání

V úvodu setkání proběhlo představení účastníků, někteří se již účastnily kurzu Case management (dále CM) v plném rozsahu v rámci povinného vzdělávání sociálních pracovníků, účastníci se zpravidla shodují v tom, že **ve své práci využívají principy multidisciplinarity a case managementu.** V CM se jedná o dlouhodobou intenzivní podporu klienta, jejímž cílem je efektivní nastavení zapojení služeb, a především posilování kompetencí klienta a zapojení vlastních (neformálních) zdrojů. **Case manager**

působí v rámci multidisciplinárního týmu, je zásadní osobou pro klienta, vyhodnocuje klientovy potřeby a spoluutváří individuální plán.

Hlavní zásady CM: podpora na míru klientovi, flexibilita, zaměření na matici silných stránek – práce s principem zotavení + silných stránek. Dále je nedílnou a nezbytnou součástí zapojování přirozeného okolí, sociální sítě kolem klienta (namísto zapojování množství formálních zdrojů, tj. služeb) a asertivita – podstatná nejen v případě absence náhledu na svou situaci s ohledem na onemocnění.

Výhodou metody je nejen **časová a finanční úspora, ale hlavně efektivní zapojení samotného klienta do řešení své situace, včetně zapojení jeho blízkých zdrojů, ať už se jedná o zdroje formální, či spíše neformální, které jsou udržitelnější.**

Byly představeny modely CM včetně jejich výhod/nevýhod.

Brokerský model – spíše koordinátorský přístup, zapojuje více formální zdroje (služby), pracuje „od stolu“

Intenzivní case management (ICM) – pracuje hlavně sám se zapojením ostatních zdrojů, poměr pracovník klient cca 1:10/1:20

Asertivní komunitní léčba (ACT) – dostupnost, týmové sdílení klienta, poměr 1:8 pracovník klient

Flexibilní asertivní komunitní léčba (FACT) – multidisciplinární tým sestaven ze zdravotníků a sociálních pracovníků – režim ICM + ACT (většina klientů v režimu ICM)

Účastníci měli za úkol na příkladech z kazuistiky rozpoznat zařazení klienta v modelu ICM nebo ACT.

Hlavními úkoly case managera je budování vztahu s klientem + mapování situace, zmapování a intervence směrem k okolí klienta, individuální práce s klientem a podpora zaměřená na klienta v rámci jeho prostředí a sociálního okolí. Case manager by měl mít **hlavně vyjednávací schopnosti, organizační a strategické myšlení a schopnost motivovat.**

Vyjednávání má své principy – probíhá vždy v zájmu klienta a to tak, abychom neúmyslně nepoškodili jeho „jméno“. Je třeba mít na paměti cíl vyjednávání včetně náhradního plánu – kompromisu. V ideálním případě se vyjednávání účastní i klient, z vyjednávacího setkání je potřeba mít zápis, který se rozešle všem účastníkům včetně rozdělení zodpovědností a termínů (zápis a setkání většinou vede ten, kdo ho svolal – v úvodu je důležité představit účastníky a vymezit si čas).

Účastníci spolu sdílí kazuistiky – příklady dobré praxe hlavně od opatrovníků. **Mnohdy se ukáže, že klient na sebe navázal mnoho služeb – bývá problematické poznat, kdy se „stáhnout“.**

Dále proběhla diskuze, kde brát zdroje/finance pro podporu klienta – pracovníkům se osvědčuje používat sociální sítě s výzvou o dárcovství (např. při vybavení bytu), nebo mají stálé sponzory.

Ve dvojicích proběhlo cvičení na vyjednávání. Každý z dvojice dostal lísteček s instrukcemi, co má vyjednat a v jaké roli je. Po cvičení proběhlo sdílení zkušeností, **účastníci se shodují na tom, že někdy je samotným cílem vyjednávání „připravit půdu“ pro další vyjednávání, případně vyjednat alespoň kompromis.**

Diskuze probíhá i na téma péče o vztahy v síti – formální i neformální.

Společně s účastníky byla vytvořena mapa služeb/podpůrné sítě v regionu – většina se shoduje v tom, že by uvítala podobnou mapu v tištěné podobě ve svých kancelářích. Všichni mají ve své práci

k dispozici seznam návazných zdrojů – problematické může být, že je třeba ho často aktualizovat, jednotliví pracovníci se často mění, služby se rozšiřují apod. – je zajímavé vidět, v jakých oblastech jsou „mezery“ v dostupnosti soc. služeb.

Účastníci dnešní setkání hodnotí velmi pozitivně a přínosně, vyjadřují chuť se nadále setkávat, **nejen z důvodu „péče o formální vztahy v síti“, ale i z hlediska sdílení zkušeností a aktuálních kazuistik (v duchu „víc hlav, víc ví“).**

Individuální plánování

V úvodu setkání proběhlo představení účastníků a lektorky, máme v plánu věnovat se tématu individuálního plánování. Aktivně plánují pouze dva účastníci (zástupce sociální služby + sociálně-zdravotnický pracovník), ostatní se spolupodílí na plánování a podpoře svých klientů z pozice opatrovníků (jistá forma plánování tedy probíhá všude).

Společně se zamýšlíme nad otázkou – co **je na úplném začátku individuálního plánu?** Je potřeba si uvědomit, že na začátku každého individuálního plánu stojí klient a jeho nepříznivá sociální situace. Samotný popis NSS může vypadat napříč službami různě, každá se zaměřuje na jiné aspekty (ovlivněno cílovou skupinou služby apod.), stejně tak se „nepříznivá sociální situace“ může označovat v různých institucích různě, vždy však v rámci zachování základních zásad poskytování sociálních služeb. Důležité je, že individuální plán úzce souvisí s NSS (je definována v zákonu 108/2006 Sb., a ve vyhlášce 505/2006 Sb), není izolovanou jednotkou, ale cestou, která vede celým procesem poskytování sociální služby a ke zlepšení/řešení NSS klienta.

Postupně se věnujeme detailnímu rozboru standardů sociálních služeb – č. 3, 4, 5 a 6 (jednání se zájemcem, smlouva, individuální plán a dokumentance).

Jednání se zájemcem – cílem jednání je oboustranné rozhodnutí o tom, zda bude/nebude služba poskytována /zda dojde ke vzájemné spolupráci na řešení NSS. Z jednání se zájemcem vzniká záznam, ze kterého je zřejmé, že zájemci byly poskytnuty komplexní informace o poskytované službě, zároveň máme všechny důležité informace o zájemci.

Napříč službami probíhá mapování/jednání se zájemcem různě – shodujeme se však, že se při jednání se zájemcem věnujeme podobným oblastem (mapujeme co zájemce přivádí, jaké má představy, jak svou situaci řešil v minulosti, kdo mu pomáhá, na čem můžeme spolupracovat, co má být výsledkem spolupráce, je v kontaktu s nějakými službami?).

Smlouva o poskytování sociální služby – pokud dojde k protnutí poptávky/nabídky, uzavíráme se zájemcem smlouvu. Smlouva musí obsahovat zákonem dané body. Podstatné je, že smlouvy nesmí být pro všechny klienty stejné – musí se lišit minimálně v rozsahu poskytování služeb, musí být uzavřena před započetím poskytování služeb a musí být uzavřena se všemi uživateli služby.

K odmítnutí zájemce dochází vždy ze zákonných důvodů, což jsou:

- nedostatečná kapacita služby

- zájemce žádá o poskytnutí služby, kterou poskytovatel neposkytuje,

- poskytovatel osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy,

- v případě pobytových služeb: zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby.

Individuální plán – je běžné, že každá organizace má svůj vnitřní systém dělení cílů např. na dlouhodobé/krátkodobé, kompenzační/rozvojové, hlavní cíl/dílčí cíle – může být někdy svazující/omezující, podstatné je, aby plán dával smysl klientovi. **Hlavní zásadou je, že cíl spolupráce by měl být dosažitelný a měl by mít vztah k NSS.**

Lektorka pokládá podnětnou otázku k diskuzi – **je vždy cílem spolupráce zlepšení NSS**? Účastníci se shodují na tom, že kolikrát je u jejich klientů nejpodstatnější to, aby nedošlo k závažnému zhoršení NSS, nebo stabilizace stavu.

Dále by měl individuální plán odrážet schopnosti a dovednosti klienta a stavět na jeho silných stránkách. Plánujeme ideálně průběžně a situačně, forma plánu není nikde daná, kromě úhradových služeb může být plán i ústní formou.

Hodnocení individuálního plánu – je důležitá provázanost, nehodnotit pouze izolované konkrétní cíle, ale hodnotit i NSS, ta by se měla měnit/nebo stabilizovat tím, jak je dosahováno konkrétních cílů

Většina účastníků dnešního setkání aktivně neplánuje (sociální pracovníci měst) – **věnujeme se na základě jejich kazuistik diskuzi týkající se otázek „znáte individuální plány svých klientů? Vstupujete do nich aktivně?“**

Ze sdílení zkušeností vyplývá, že praxe zapojování opatrovníků je různá, v případě, že mají klienty/opatrovance v pobytových službách jejich plány znají a účastní se i plánování, nebo před samotným procesem dalšího plánování jakési „revize“, opatrovníci plány znají i z toho důvodu, že často hradí služby spojené s užíváním pobytové služby – hrazené úkony jsou vždy plánovány s opatrovníkem, který je zodpovědný za jejich úhradu.

Účastníci se naprosto shodují, že pokud je u jednoho klienta zapojeno v řešení NSS více služeb, je již běžnou praxí, že se konají multidisciplinární schůzky, na kterých se plánují další kroky spolupráce, ideálně společně s klientem, za jeho přítomnosti a souhlasu – cílem těchto schůzek je i snížení rizika překrývání služeb a neefektivní spolupráce. Z praxe vyplývá, že málokdy se stává, že by služby o sobě navzájem nevěděly. Dále se účastníci shodují v tom, že jedinou překážkou v podpoře klienta v jeho NSS může být v případě, kdy účastníci nemají od klienta souhlas s předáváním informací. Všichni máme na mysli to, že souhlasy nejsou automaticky obousměrné, zároveň je důležité, aby se vztahovaly na konkrétní oblasti. V případě, že klient spolupracuje s více subjekty, se jeví jako užitečné, i z hlediska administrativní náročnosti, mít sepsanou vícestrannou dohodu, která stanovuje, jaké informace, v jakém rozsahu a za jakých podmínek mohou účastníci této dohody mezi sebou sdílet a jakým způsobem. Dohoda by měla obsahovat i informaci o tom, kdo je „case managerem“, nebo tím hlavním aktérem multidisciplinární spolupráce.

V závěru setkání dochází ke zhodnocení celého průběhu projektu. Shodujeme se, že pro dosažení co nejefektivnější podpory osobám se zkušeností s duševním onemocněním je klíčové poskytovat podporu multidisciplinárním přístupem.

5.4 Závěr

Příspěvek za skupinu Náchodska pojednával především o zkušenostech se spoluprací v síti služeb při podpoře osob se zkušeností s duševním onemocněním.

Účastníci se díky projektové aktivitě seznámili se základními principy casemanagementového přístupu a shodují se, že aktivity skupinových setkání významně přispěly k vzájemnému propojení organizací. Tato setkání nejen umožnila sdílení cenných zkušeností, ale také poskytla příležitost k výměně konkrétních příkladů dobré praxe, což posílilo spolupráci – díky tomu mohou organizace lépe reagovat na individuální potřeby klientů.

Dále oceňují příležitost ke sjednocení postupů, díky čemuž může být osobám se zkušeností s duševním onemocněním poskytována kvalitnější a efektivnější podpora v regionu, ve kterém stále rezonuje nedostupnost návazných a podpůrných služeb, jako je například adiktologická nebo psychiatrická péče, dostupnost a existence Chráněného bydlení, Podporovaného bydlení a Domovů se zvláštním režimem, či podpůrných služeb pro pečující.

Skupinou rezonuje chuť a motivace se nadále takto setkávat a diskutovat o problémech a výzvách, se kterými se v rámci regionu setkáváme vzájemně se inspirovat příklady dobré praxe a nadále efektivně spolupracovat.

5.5 Spolupracující organizace

Město Broumov
Město Police nad Metují
Město Hronov
Město Náchod
Město Jaroměř
Aspekt z.s.
CDZ Náchod
Pferda z. ú.
PN Havlíčkův Brod

Martina Šafářová

6 OBLAST RYCHNOVSKA

Abstrakt: "Podpora multidisciplinárního přístupu v práci s osobami s duševním onemocněním" je projektová aktivita zaměřená na různé oblasti – v této části na oblast Rychnovska. Multidisciplinarita je nedílnou součástí při zajišťování kvalitní pomoci a podpory klientům/pacientům, přičemž následující podkapitoly přinesou přiblížení dané tématiky více do hloubky.

První podkapitola – Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností – představuje dostupné metodiky při spolupráci s klientem. Účastníci vybírají vhodné inspirativní mapovací nástroje, které umožňují vzájemnou multidisciplinární kooperaci a srozumitelnost pro všechny strany.

„Co potřebujete vědět k tomu, abyste mohli pracovat s klientem?", „Jak zjišťujete potřeby svých klientů? Druhá podkapitola – Metodika sběru dat – část 1. – přináší přiblížení fází psychosociální rehabilitace, základní dimenze psychosociální rehabilitace, analýzu sociální sítě a práci s kazuistikami z praxe s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním.„Jaké domény při práci s klientem zjišťujeme?", „Jaké nástroje používáme při spolupráci s klientem?"

Třetí podkapitola – Metodika sběru dat – část 2. – seznamuje účastníky s podpůrnými nástroji pro případ krizových situací, dochází ke zjišťování mapování situace, zaměření se na silné a slabé stránky při mapování a účastníci pracují s Plánem časných varovných signálů. „Jakým způsobem mapujete situaci?", „Jaké jsou silné a slabé stránky Vašeho mapování?"

Čtvrtá podkapitola – Sdílení vlastních zkušeností – se zaměřuje na vlastní zkušenosti účastníků, na získání jiných úhlů pohledu, na jiné názory a další možnosti řešení.
„Jak probíhá proces při návratu člověka do běžného života z pobytové služby?", „Jaké riziko při dosahování kvalitní spolupráce s klientem může být v mapování vnitřních limitů u klientů? A jak se to dá mapovat?"

Pátá podkapitola – Case management – seznamuje účastníky s metodou Case management – co je Case management, zásady a přínosy Case managementu, efektivita, průběh Case managementu.
„Co je důležité umět popsat při spolupráci s klientem?", „Co je dobré zvážit, aby fungovala dobrá spolupráce?"

Šestá podkapitola – Individuální plánování – zpřehledňuje, co je Individuální plánování, představuje Zákon 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách a vyhlášku 505/2006 Sb. a vymezuje základní pojmy (např. nepříznivá sociální situace).
„Kdy začíná individuální plánování?", „Proč nás člověk oslovil?", „Jak dlouho mapujeme situaci?", „Jaké služby můžeme poskytnout, jakou pomoc nabídnout a zajistit?"

Klíčová slova: multidisciplinarita, kompetence, spolupráce, vlastní zkušenosti

Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností

Úvodní setkání projektové aktivity „Podpora multidisciplinárního přístupu v práci s osobami s duševním onemocněním" přineslo pozitivní ohlasy na vytvoření pracovní skupiny již v úplném úvodu. Účastníci se mezi sebou postupně seznamovali, představovali organizaci, ze které přichází a následně měli možnost seznámit se s jednotlivými tématy a obsahem setkávání.

První setkání pracovní skupiny nese název Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností a vede ho lektorka paní Bc. Martina Vobořilová, DiS. Cílem dnešního setkání je představení dostupných metodik při spolupráci s klientem/pacientem a následně vybrat vhodné inspirativní

mapovací nástroje umožňující vzájemnou multidisciplinární kooperaci a srozumitelnost pro všechny strany.

Do úvodu prvního setkání bylo zahrnuto seznámení účastníků s metodami práce s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním podle teoretického ukotvení – individuální práce, skupinová práce, komunitní péče. Účastníci se seznámili s dostupnými metodikami, které zahrnovaly: Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb – CAN se podle účastníků snaží zachytit v široké škále životní domény. Je poukázáno také na zkrácenou verzi BREF, která je vhodná též pro zaučování nových pracovníků, kteří mají osnovu pro klienty – na co se ptát, co zjišťovat atd. Global Assessment of Functioning – GAF je podle účastníků mimo jiné vhodné použít pro stanovení využívání kapacity služeb (když má klient GAF 70, služby nepotřebuje nebo je služba jakousi oporou v zádech; když mají klienti 50, 40, 30 je potřeba střídat více pracovníků, jedná se o velkou zátěž). GAF lze také považovat za kontrolu efektivity služeb – dochází k „přegafování" v průběhu spolupráce. GAF je nástroj, který zjišťuje, jak a kam se člověk posouvá a kde se v životě nachází. Health of the Nation Outcome Scales – HoNOS není podle účastníků v sociálních službách využíván (minimálně/vůbec), jelikož je příliš zaměřený na medicínský model. Model Marjory Gordon – model funkčního typu zdraví, zahrnuje 12 oblastí. Další škály a nástroje – Barthelové test základních všedních činností, Základní nutriční screening, Hodnocení rizika sebevražedného jednání, Stupnice hodnocení psychického zdraví, Mapovací nástroj CARe, Dotazník zaměřený na silné stránky.

Úvodní setkání, které přineslo představení dostupných metodik, zahrnovalo ve druhém bloku také sdílení vlastních zkušeností. Účastníci pracovní skupiny seznámili ostatní s mapovacími nástroji na jejich pracovišti. Jednou z prvních otázek, na které se účastníci zaměřili, bylo: ***„Co potřebujete vědět k tomu, abyste mohli pracovat s klientem/pacientem?"*** Mezi odpověďmi zaznívalo: „potřebuju pacienta", „potřeby", „osobní předpoklady". Někdy potřebu klienta/pacienta nedokážeme naplnit a nabízí se možnost zasíťování – zajištění služeb jiné organizace.

Při vzájemném sdílení zjišťujeme, že jsou využívány mapovací nástroje jako dotazník **CAN** či **GAF**. Následná diskuze ohledně nástroje GAF přináší shodu, že je žádoucí, aby docházelo ke stanovení GAFu u všech klientů/pacientů, jelikož je to vhodné a důležité pro vzájemnou spolupráci a případné předávání klienta/pacienta mezi jednotlivými službami.

Další přínosnou otázkou pro sdílení v rámci multidisciplinární spolupráce je: ***„Jak zjišťujete potřeby svých klientů/pacientů?"*** Většina služeb přináší do diskuze vlastní dotazník a rozhovor. Často používaným a kladně hodnoceným mapovacím nástrojem je GAF. **Neziskové organizace** dále pracují s následujícími mapovacími nástroji: Jednání se zájemcem o službu, CAN, BREF, Osobní profil, Shrnutí sociální situace zájemce, Mapování životního prostoru (kreativní nástroj, kdy klienti kreslí na papír, v jaké situaci se nachází nyní, jak by chtěli, aby to bylo v budoucnu a následně se zjišťuje, jak se toho dosáhne). **Ve zdravotnické oblasti** se setkáváme též s přiblížením nástroje HoNOS-secure. V rámci HoNOS-secure se mimo jiné zjišťuje, jestli je pacient nebezpečný, čeho se týkal trestný čin apod. **Pobytové služby** hodnotí, jaký je zdravotní stav člověka – zda jsou pobytové služby potřeba či je situace zvládnutelná v prostředí domova. Mezi další nástroje řadí účastníci škálovací dotazníky – MMSE, BARTEL. Spočívají v míře potřebnosti a míře podpory, kdy jsou opět zjišťovány základní informace o klientovi. **Městské úřady** přináší do tématiky následující nástroje – metodika z krajského úřadu, etický kodex opatrovníka, zvláštní zřetel, sociální šetření, potravinová banka, sociální šatník, domy zvláštního určení, kuratela – mapování ve výkonu trestu, **PPP a SPC** je nezbytnou součástí pro školy a školská zařízení, probíhají supervize pro učitele, vzdělávání a nezbytnou roli zde zastávají metodici prevence.

Výstup z prvního setkání přináší souhrn ověřených mapovacích nástrojů. Výstupy lze považovat za doporučení pro zkvalitnění multidisciplinární spolupráce. Z uvedeného výčtu mapovacích nástrojů vyplývá, že jednotlivé subjekty používají různé mapovací nástroje. Většina z nich pracuje s ***vlastními interními dokumenty***, přičemž úřady využívají dostupnou metodiku z krajského úřadu. Shoda panuje u ***rozhovoru***, který je důležitý nejen pro navázání vztahu mezi pracovníkem a klientem, ale také pro důkladnější zjištění potřebných informací. Osobní setkání je shledáno jako nenahraditelné. Dalším využívaným mapovacím nástrojem je ***dotazník GAF***, který je snadno uchopitelný pro vzájemnou spolupráci mezi službami a také k posunu klienta/pacienta při řešení jeho situace. Během sdílení dostupných mapovacích nástrojů je zřejmé, že i když účastníci používají různé nástroje, vždy jsou zjišťovány základní informace o klientovi/pacientovi. Jedná se o informace týkající se zdravotního stavu, vzdělání, zaměstnání, okruhu rodiny, přátel atd. Je zjišťována míra potřebnosti služby. Ostatní mapovací nástroje odpovídají Standardům kvality sociálních služeb a jsou úzce profilovány pro danou službu, tedy nepřenositelné. Z univerzálnějších mapovacích nástrojů lze dále doporučit ***CAN, BREF***. Dají se použít v rámci multidisciplinární spolupráce. **Stanovený cíl prvního setkání se podařilo naplnit.**

6.4 Metodika sběru dat – část 1.

Druhé setkání pracovní skupiny nese název **Metodika sběru dat** a vede ho lektorka paní Bc. Michaela Formánková. **Cílem dnešního setkání** je přiblížit fáze psychosociální rehabilitace, základní dimenze psychosociální rehabilitace, věnujeme se také analýze sociální sítě a účastníci během setkání pracují s kazuistikami ze své praxe s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním.

Po úvodním cvičení a seznámení s lektorkou byly účastníkům přiblíženy fáze psychosociální rehabilitace (mapování, navazování vztahu, tvorba plánu, intervence, hodnocení) a základní dimenze psychosociální rehabilitace (kvalita sociálního prostředí, kvalita života, oblast zranitelnosti, silné stránky). Účastníci ve skupinách zpracovali kazuistiku, kde společně věnovali čas a úsilí zjišťování základních informací a potřeb klientů. Je položena otázka: ***„Jaké domény při práci s klientem zjišťujeme?“*** Během vzájemné spolupráce účastníků na kazuistikách bylo zjištěno, že se všichni pracovníci zaměřují na stejné, případně podobné informace, které následně slouží k zajištění potřebných služeb a pomoci svým klientům. Jedná se o následující domény – zdravotní a rodinná anamnéza, věk, historie léčby, náhled na zdravotní stav, finance a finanční gramotnost, je/není invalidní důchod, bydlení, rodina (děti), zájmy z osobního života, historie a současnost školního vzdělání a zaměstnání, dovednosti, schopnosti, podpůrná síť – formální i neformální zdroje, omezení svéprávnosti, je/není opatrovník, zranitelnost (nálady), drogová závislost, trestní minulost, péče o sebe a domácnost, sebepoškozování, potřeby a přání. Další otázka se prolíná do prvního setkání: ***„Jaké nástroje používáme při spolupráci s klientem?“*** Mapovací nástroje jsou nedílnou součástí spolupráce s klientem/pacientem. Jedná se o dotazník (interní – vytvořený pro danou službu), formulář pro výpis dlužníků (kvůli exekucím), kreslené mapy, škály, dotazníkové šetření, specifické dotazníky, anamnestické dotazníky, kreativní a škálovací techniky/dotazníky, rozhovory, pozorování v terénu, zjišťování informací od formálních i neformálních zdrojů, znalecký posudek a další.

S účastníky jsme se také zaměřili na následující otázku: ***„Co potřebuji od ostatních v síti?“*** Účastníci se shodují na tom, že je vždy důležité vzájemně si ujasnit komunikační toky, tedy vymezení si toho, co, kdy, jak může být mezi jednotlivými službami předáváno. Pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí a je někdy obtížná vzájemná spolupráce a komunikace, jelikož mají tzv. „svázané ruce“. Každá služba má jiné

možnosti předávání informací. Také tam, kde je více oddělení (např. v nemocnicích), je náročnější komunikace. Klienti mohou být na různých odděleních a předávání informací s ohledem na mlčenlivost a GDPR je mnohdy při dobré a kvalitní spolupráci náročné. **Účastníci se shodují na tom, že by bylo vhodné vytvořit si jednotnou komunikační dohodu s ohledem na danou službu, s respektem k mlčenlivosti a GDPR – jak a jaké informace mohou/nemohou být vzájemně předávány.**

Při diskuzi se účastníci shodují také na tom, že **individuální plánování je vhodný nástroj k hodnocení/přehodnocení klientovy situace**. Ne vždy se o individuálním plánování dozvídají pracovníci MěÚ, kteří by se (dle slov účastníků) rádi spolupráce účastnili. Dobrá praxe při individuálním plánování vychází z práce v přirozeném prostředí. Vhodným a potřebným nástrojem dobré spolupráce při práci s klientem bývá podle účastníků **případové setkání**, kterého se účastní jednotliví zástupci organizací a řeší možnosti a postupy při zlepšování životní situace klienta. Při vzájemné spolupráci je také důležité brát ohledy na zapojení **formální a neformální podpůrné sítě**, jelikož neformální síť (rodina) se ne vždy chce či může do spolupráce při zajišťování lepší kvality života klienta/pacienta účastnit.

Účastníci se při zpracování kazuistiky a průběžné diskuzi věnují otázce: ***„Co v síti chybí?“*** Podle účastníků je nedostatek následných služeb, kdy je klient v chráněném bydlení a následně by se potřeboval ve své situaci posunout dál, avšak přichází palčivý problém v podobě bytové problematiky – nedostatek sociálních bytů, podporovaného bydlení. Problém je shledán také v chybějícím azylovém domě. Účastníci by pro svou práci potřebovali mimo jiné více specialistů z řad psychiatrů, psychologů, zubařů a dalších odborníků. Bývají dlouhé objednací termíny a naplněné kapacity.

Závěrečná část pojednává o **výstupech z druhého setkání**. ***Klady vzájemné spolupráce:*** Z výše uvedených informací vyplývá, že jednotliví účastníci shodně zpracovávají stejné či podobné životní domény, které jsou nezbytné pro zajištění kvalitních služeb při práci s klientem. Mezi zásadní nástroje při řešení a hodnocení klientovy situace patří individuální plánování a případové setkání. ***Nedostatky vzájemné spolupráce:*** Mezi nedostatky lze zařadit náročné předávání informací mezi jednotlivými službami. Shoda panuje na vytvoření jednotné komunikační strategie při předávání informací s ohledem na zachování bezpečí a soukromí klienta (GDPR, mlčenlivost). Nedostatky pro zajištění plynulé spolupráce jsou shodně zaznamenány také při bytové problematice, kdy chybí sociální a podporované bydlení a při nedostatku odborníků (psychiatři, psychologové, zubaři). Vyjmenované body mohou být výstupem a doporučením pro multidisciplinární spolupráci.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Účastníci se věnovali jednotlivým fázím a základním dimenzím psychosociální rehabilitace, analýze sociální sítě a kazuistikám ze své praxe s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Sepsány byly základní životní oblasti, které se při práci s klienty mapují a došlo ke shrnutí a doplnění různých mapovacích nástrojů, které pomáhají tyto oblasti naplnit. V závěru byly shrnuty kladné a záporné stránky vzájemné spolupráce. Jedná se o přínosné body multidisciplinární kooperace.

6.5 Metodika sběru dat – část 2.

Setkání pracovní skupiny č. 3 přineslo účastníkům přiblížení a možnost seznámení se s různými podpůrnými nástroji v krizových situacích. V případě, že pracovník pracuje s klientem, který se nachází

před/v/po krizi, je důležité, vhodné a přínosné vytvořit krizový plán, který před krizí zajišťuje prevenci relapsu, v případě probíhající krize ošetření situace a potřebnou pomoc a v situacích po krizi máme s klientem možnost sepsat, co se stalo, jak krize probíhala, co pomohlo/nepomohlo, na co se příště zaměřit, koho oslovit apod.

Třetí setkání pracovní skupiny nese název **Metodika sběru dat** a vede ho lektorka paní Bc. Michaela Formánková. **Cílem dnešního setkání** je seznámení s podpůrnými nástroji pro případ krizových situací. Účastníci během setkání pracují ve skupinách s Plánem časných varovných signálů (viz popis níže).

Úvod dnešního setkání přináší mapování krizových situací, kdy paní lektorka klade otázku: ***„Jakým způsobem mapujete situaci?“*** Účastníci se shodují, že mají vlastní krizové plány. Paní lektorka účastníkům přináší dva podpůrné nástroje – Krizovou kartu, Plán časných varovných příznaků. **Krizová karta** zahrnuje zjišťování od klienta, jak se u něho samotný stav krize zjišťuje, jaké jsou varovné příznaky, které krizi předcházejí – co je spouštěčem, jak jednat v případě propuknutí krize apod. Krizová karta se tvoří v případě, kdy krize zatím nenastala nebo v případě, kdy krize již proběhla a pro případnou další krizi vytvoříme preventivní postup. **Plán časných varovných příznaků** je nástroj, který podporuje to, co je zdravé a funkční a soustředí se na prevenci – co funguje, co pomáhá, příznaky, jak je vidí klient, příznaky, jak je vidí ostatní, co mám udělat já, co mají udělat ostatní. Tento plán obsahuje rozdělení podle barev na zelenou (je mi dobře), žlutou (počátek krize), červenou (krize) a společně s klientem ošetřujeme všechny barvy (fáze krize).

Další přínosná otázka třetího setkání zní: ***„Jaké jsou silné a slabé stránky Vašeho mapování?“*** Účastníci se shodují na následujících bodech týkajících se **(1) mapování situace.**

- Nutnost spoléhat se na pravdivost informací od klienta, když není jeho souhlas s kontaktováním blízkých osob, pomáhajících subjektů, lékařů apod. Pokud není souhlas, může dojít ke zkreslení informací.
- Vzájemné kontaktování mezi jednotlivými službami v případě předávání klienta ze služby do služby. Nutný souhlas klienta, který není vždy poskytnut.
- Vzájemné kontaktování mezi jednotlivými službami, pokud klient vyhledá pomocnou službu sám a je navázána spolupráce. Limit účastníci shledávají v tom, když klient nedá souhlas s kontaktováním již spolupracující služby.

Řešením je nastavení pravidel pro spolupráci PRACOVNÍK vs. KLIENT, mít možnost kontaktovat alespoň jednoho člověka v případě obtížné, krizové situace. Další limit se týká **(2) obtíží s kompetencemi**, kdy pro jednotlivé spolupracující subjekty je v některých případech náročné vzájemně uchopit, kam sahají kompetence jedné strany a kam kompetence druhé strany. Je nutné a potřebné vyjasnění vzájemných kompetencí, kdo a s čím může klientovi pomoci (nejen v krizových situacích). Účastníci shledávají ***řešení*** v nastavení multidisciplinárních setkání, případových setkání či dohodnutých individuálních setkání v případě potřeby.

V neposlední řadě se věnujeme **zranitelnosti a silným stránkám klienta, zaměřujeme se na Matici silných stránek**. Zranitelnost je vnímána jako vnitřní limit na straně klienta, který může být překážkou pro jeho následující uplatnění, samostatnost, rozvoj. Při spolupráci s klientem je potřeba věnovat se silným stránkám. Paní lektorka na setkání představuje Matici silných stránek. JSEM – základní osobní kvality, vlastnosti, charakter, MÁM – podpora okolí, materiální a sociální zdroje, PŘEJI SI – co si doopravdy přeji, přání a touhy, UMÍM – dovednosti, schopnosti, talenty, VÍM, ZNÁM - moje zkušenost se sebou, s tím, co se mi stalo a jak vnímám svět.

V závěru setkání se účastníci dělí do dvojic a zpracovávají **Plán časných varovných příznaků**. Plán může odrážet přání klienta a čím více se klient dostává do červené barvy, tím více může být krize zaslepená přáním. Účastníci se také shodují, že je rozdíl v tom, kdyby plán s klientem tvořil MěÚ a kdyby nezisková

organizace. MěÚ mívá striktnější pravidla, která by se mohla v plánu odrazit. V uvedeném plánu je těžká vlastní reflexe klienta, kdy se řeší, co by mu mohlo pomoct. Klient si zvládne říct o pomoc, ale není si jist, co pro předcházení relapsu může udělat on sám. V případě tvoření plánu je důležité, aby byl s klientem navázán vztah, důvěra. Klient je poté více otevřený. Jedná se o dlouhodobý proces, který potřebuje dostatek času a nabízení vhodných otázek, co pro danou situaci může klient udělat sám. Plán je důležitý pro zplnomocnění klienta. Je důležité myslet na silné stránky klienta a na okolní zdroje. Nehledat důvody, proč to nejde, ale hledat způsoby řešení. V případě aplikování různých podpůrných nástrojů je potřebné, abychom nástroje, které používáme, implementovali také sami na sebe – zkusit si projít a vyplnit uvedený plán.

Závěrečná část pojednává o **výstupech z třetího setkání**. Z jednotlivých bodů vyplývá, že velkým limitem pro mapování klientovy situace je poskytování souhlasu klienta s informováním spolupracujících subjektů, s kontaktováním blízkých osob, s kontaktováním lékařů. Účastníci se shodují na stanovení pravidel pro vzájemnou spolupráci s klientem, aby byla alespoň jedna osoba, kterou lze v případě potřeby kontaktovat. Dalším bodem je práce s kompetencemi, kdy účastníci potřebují vědět a společně si vyjasnit kompetence – kde jsou hranice spolupracujících subjektů. Multidisciplinární setkání, případová setkání, individuální setkání považují za řešení. Účastníci se také shodují, že vzájemná spolupráce mezi jednotlivými zapojenými subjekty funguje a chválí si dobrou praxi. Při práci s klientem je vždy nutné zaměřit se na zranitelnost a silné stránky klienta, které klienta posouvají v jeho situaci vpřed. Jedním z posledních výstupů je Plán časných varovných příznaků, který byl pro mnohé účastníky novým a velkým přínosem. Se zájmem si ho v rámci cvičení vyzkoušeli a rádi ho budou implementovat v jejich praxi. Vyjmenované body mohou být opět výstupem a doporučením pro multidisciplinární spolupráci.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Účastníci se seznámili se dvěma podpůrnými nástroji – Krizová karta, Plán časných varovných příznaků. Zaměřili se na mapování situace, Matici silných stránek a zranitelnost při práci s klientem. Dnešní pracovní skupina přinesla opět větší propojení v rámci multidisciplinarity, kdy si jednotliví účastníci chválí společná setkání.

6.6 Sdílení vlastních zkušeností

Setkání pracovní skupiny č. 4 se týkalo sdílení vlastních zkušeností. Účastníci měli možnost přinést do skupiny příběhy z vlastní praxe, přičemž následně získali zpětnou vazbu i různé možnosti řešení. V některých situacích je také potřebné umět si říct, že jsme jako pracovníci, pomáhající služba udělali maximum a další kroky nejsou v našich kompetencích, možnostech – vyčerpaly se všechny možné postupy k řešení/vyřešení obtížné situace.

Čtvrté setkání nese název **Sdílení vlastních zkušeností** a vede ho lektorka paní Bc. Michaela Formánková. **Cílem dnešního setkání** je rekapitulace a shrnutí uplynulých dvou setkání, aby měli účastníci ucelený přehled, který je možný využít nejen pro dnešní setkání, ale také v rámci své praxe. S účastníky jsme si dali za cíl zjistit: ***„Jaké jsou limity a silné stránky v rámci funkčního systému spolupráce?“***

Primární **limit v rámci funkčního systému spolupráce** shledávají účastníci v nedostatku ubytovacích zařízení. Cílí se na chráněná bydlení, ze kterých jsou lidé propuštěni, avšak nemají dostatečné kompetence a schopnosti, aby mohli fungovat ve vlastním bytě, následné kroky vedou na ubytovnu. Domněnkou je, že lidé by měli chráněné bydlení opustit se schopnostmi samostatného života, avšak praxe je dle účastníků jiná. Důležitá je návazná služba v podobě podporovaného bydlení, kde bude

záštitou osoba, která bude pomocnou rukou v případě např. praktických věcí. Podporované bydlení přináší také limit v podobě nedostatečné kapacity. Jedná se o palčivý problém v mnoha službách – panuje shoda. Neméně důležitý limit vnímají účastníci v dostatku volného času u klientů. Je potřeba klienty aktivizovat, zapojovat do běžného života, mluvit o důležitosti kvalitního naplnění života.

Silné stránky v rámci funkčního systému spolupráce – zde se opět ukazuje velká provázanost služeb. Spolupracující subjekty o sobě vzájemně ví. Během setkání si předávají bližší informace o náplni práce a možnosti pomoci a podpory, což všichni hodnotí kladně.

Další přínosný bod dnešního setkání: ***„Jak probíhá proces při návratu člověka do běžného života z pobytové služby?“*** Nezbytná je spolupráce s klientem, klíčovým pracovníkem, důležitá je také podpora externí v podobě lékaře, psychologa, rodiny apod. a v neposlední řadě plán podpory. Pro uvedený proces je stěžejní propojit všechny zmíněné body, aby byl člověk dobře připraven na návrat do běžného života. Mezikrokem je tréninkový byt, který umožňuje nácvik běžných denních činností – obsluha pračky, vaření, udržování čistoty. Přípravy mohou trvat 3-4 měsíce. Pokud se člověk snaží o návrat z nemocnice do běžného života, probíhá příprava a nácvik již v nemocnici. Je potřeba dostatečná příprava a zjištění kompetencí – někdo je kompetentní k tomuto životnímu kroku, někdo méně, někdo vůbec. Někdy se může ztrácet naděje a přichází začarovaný kruh v podobě cigaret-alkoholu-trávení volného času v posteli. Při spolupráci s klienty je důležité pracovat s nadějí. Budování důvěry a udržování naděje může mít ve spolupráci s klientem velkou sílu a podporu pro řešení obtížných situací.

V neposlední řadě jsme se dnes s účastníky zaměřili na následující otázky: ***„Jaké riziko při dosahování kvalitní spolupráce s klientem může být v mapování vnitřních limitů u klientů? A jak se to dá mapovat?“*** Když známe limity a silné stránky, víme, s čím a na čem pracovat, co posílit apod. Při mapování vnitřních limitů je důležitý *čas*, poznat daného člověka, navázat spolupráci, *důvěru*. Důležitá jsou také *psychologická vyšetření* – my jako pracovníci bychom rádi klienta posunuli někam dál, avšak kompetence klienta na tento krok nemusí být dostačující. Účastníci zmiňují také různé kreativní techniky, které přináší limity a silné stránky. Je přínosné, když klienti tyto věci vidí napsané či nakreslené na papíru, mají možnost lepší a větší představivosti a doplnění celkové situace. V neposlední řadě nesmíme zapomenout *na dodržování nastavené medikace*, kdy je potřebná mimo jiné dostatečná informovanost klienta/pacienta o užívání nezbytných léků. V tomto bodě je důležitá citlivost, najít rovnováhu. Například při opětovném vysazování medikace je potřeba trpělivost, čas, vysvětlování (proč, co, jak). Ne vždy je klient kompetentní, nerozumí tomu, proč je nutné léky brát, nerozumí tomu, co se vlastně děje. Spolupráce je poté velmi náročná. Při fungování v domácím prostředí se účastníci shodují na možnosti řešení v podobě domácí péče.

Další blok dnešního setkání přináší **kazuistiky z vlastní praxe.** Všechny přednesené kazuistiky ukazují na začarovaný kruh, kdy je zajištěna velká pomoc a podpora, avšak ze strany klienta nemusí být kompetence, chuť, vůle cokoliv měnit nebo prostředí nezajišťuje dostatečné podmínky pro návrat do běžného života (viz bytová problematika). V této chvíli je dle účastníků možná potřebné přijmout, že klientovy kompetence, schopnosti, ochota řešit situaci či podmínky prostředí nepřináší řešení nastalé situace. Také kompetence a možnosti pracovníků dosáhly svého maxima. Účastníci se shodují, že ne všechny situace musí mít řešení, někdy člověk zůstává v podpůrném systému vlastní vinou, někdy kvůli nedostačujícím podmínkám pro návrat, které nejsou v souvislosti s finančními či jinými podmínkami možné naplnit.

Závěrečná část pojednává o **výstupech ze čtvrtého setkání**. Z jednotlivých bodů vyplývá, že velkým a palčivým problémem je bytová problematika, přičemž limit v rámci funkčního systému spolupráce shledávají účastníci v nedostatku ubytovacích zařízení. Zaměřujeme se také na proces týkající se

návratu člověka do běžného života z pobytové služby. Kdy se ukazuje důležité a přínosné vytvářet přechodové plány (např. z nemocnice do běžného života). V neposlední řadě se věnujeme rizikům při dosahování kvalitní spolupráce s klientem v rámci mapování vnitřních limitů u klientů. Výstupem je čas, důvěra, psychologické vyšetření zaměřené nejen na onemocnění, ale také na kompetence daného klienta, kreativní techniky a dodržování nastavené medikace. Silné stránky v rámci funkčního systému spolupráce nechávám záměrně na úplný závěr výstupů dnešního setkání, jelikož se opět ukazuje velká provázanost služeb. Spolupráce mezi jednotlivými subjekty funguje, došlo k opětovnému předávání informací o pomáhající službě. Vyjmenované body mohou být opět výstupem a doporučením pro multidisciplinární spolupráci.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. V úvodu proběhla rekapitulace a shrnutí uplynulých dvou setkání. S účastníky jsme se podívali na limity a silné stránky v rámci funkčního systému spolupráce, na proces při návratu člověka do běžného života z pobytové služby a na rizika při dosahování kvalitní spolupráce s klientem. Účastníci vnímají pracovní setkání jako přínosná, dochází ke vzájemnému poznávání služeb a možnému prohlubování případné spolupráce, možnost sdílení. Pracovníci se shodují, že jsme my jako pracovníci důležitým nástrojem při spolupráci s klientem – musíme pracovat také sami na sobě a pečovat sami o sebe. Dnešní setkání přineslo mnoho zajímavých témat z praxe a navázání a propojení vztahů v rámci multidisciplinarity.

6.7 Case management

Setkání pracovní skupiny č. 5 přineslo účastníkům seznámení s metodou Case management a práci na různých kazuistikách. V rámci setkání účastníci získali teoretické poznatky týkající se metody Case management, zabývali se tím, co je Case management, jaké jsou jeho zásady a přínosy. Během setkání pracovali účastníci s kazuistikami, měli možnost přicházet s nápady, doplněním, vlastními zkušenostmi.

Páté setkání nese název **Case management (CM)** a vede ho lektorka paní Mgr. Věra Pinkasová. **Cílem dnešního setkání** je představení a bližší seznámení s metodou Case management, která je při práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním důležitá. Paní lektorka přinesla jasnou a výstižnou osnovu zabývající se následujícími body – Co je Case management?, zásady a přínosy Case managementu, efektivita, průběh Case managementu a mnoho dalších podstatných informací, ke kterým se průběžně během dnešního setkání dostaneme. Cílem setkání je zaměřit se také na zpracování a sdílení kazuistik, které přináší možnost získat stejné/podobné či jiné úhly pohledu, odlišné názory a různorodé možnosti řešení situace.

Case management je metoda, která přináší komplexní řešení problémů klienta. Jedná se o koordinovanou péči, kdy jejím cílem je posilování kompetencí klienta, aktivizování vlastních zdrojů při řešení situace (např. rodina, přátelé) a nastavení efektivního poskytování služeb. Case management přináší dlouhodobou, intenzivní a kontinuální podporu klienta. Case manager je pracovník, který může působit v oblasti sociální i zdravotní, je to jakýsi průvodce celým procesem řešení situace. Pracovník mapuje nejen psychické potřeby, ale také fyzické, sociální a spirituální, tedy význam a smysl. V rámci Case managementu hovoříme také o multidisciplinární spolupráci, která je nezbytným pojmem při zajišťování komplexní péče o klienta – propojuje sociální, zdravotní a další potřebné služby při zajišťování potřeb i přání klienta. Při seznamování a popisování metody CM se dostáváme k otázce: ***„Co je důležité umět popsat při spolupráci s klientem?“*** – **Proč** je klient u nás ve službě? **Na čem** spolupracujeme? Tedy znát důvod spolupráce a jasnou zakázku. Všichni klienti jsou komunitní. Musíme si uvědomit, že klient není součástí pouze jedné služby, která mu pomáhá, ale je potřeba umět zapojit v rámci komunitní spolupráce i další

pomáhající služby. Na závěr prvního bodu osnovy se opět dostáváme k diskuzi ohledně vzájemné spolupráce mezi jednotlivými službami. Spolupráce na Rychnovsku funguje, probíhá vzájemná pochvala. Pro zajištění kvalitní spolupráce je vždy nutné dostatečně a včas vyjasnit si mezi sebou kompetence, které má konkrétní spolupracující subjekt (nezisková organizace, úřad, psychiatrická nemocnice apod.) – říct si, co je/není v mých kompetencích při řešení situace, při poskytování pomoci/kontroly.

Mezi základní **zásady Case managementu** patří asertivita, flexibilita, práce s motivací (je důležité, aby chtěl klient na řešení své situace pracovat sám, jinak jde změna těžko), zaměření na silné stránky klienta, do řešení situace zapojovat okolí klienta. Case manager by měl znát sociokulturní prostředí. Dalším bodem jsou **přínosy Case managementu**, kdy se zaměřujeme na časovou a finanční úsporu – předcházíme tomu, aby nedocházelo k dublování služeb a řešení zakázky bylo rychlejší; na kvalitnější poskytování služeb – poskytování komplexní podpory; na minimalizaci chybných rozhodnutí – dochází ke vzájemné spolupráci různých profesí; na aktivizaci klienta – klient je aktivně vtažen do řešení své situace. Dnešní setkání přináší také základní pojem Case managementu – **Flexibilní asertivní komunitní léčba (FACT)**. Jedná se o fungující model CM, který pro svou práci využívají multidisciplinární týmy pomáhající lidem se zkušeností s duševním onemocněním.

Dalším z neopomíjených a velmi důležitých bodů je **průběh Case managementu:** 1) hodnocení potřeb klienta, 2) vytvoření plánu, 3) realizace plánu, 4) zpětné vyhodnocování. Při zajištění pomoci a kvalitní spolupráce je důležité mít zmapované potřeby klienta a až následně tvořit plán. Realizace plánu nemusí být přímá cesta. S klientem je vytvořen plán, avšak ne vždy se ho podaří naplnit. Je tedy potřebné domluvit zpětné vyhodnocování, co se podařilo/nepodařilo naplnit, proč, jaká se zvolí další cesta při řešení situace. Je nutné si uvědomit, že nejsme odpovědni za výsledek spolupráce. ***Naším úkolem je, aby při spolupráci, při naplňování zakázky a řešení situace či daného problému proběhla metoda CM správně.*** Jako case manageři pro zajištění kvalitní a komplexní spolupráce bychom měli naplňovat strategické myšlení, organizační a komunikační dovednosti a schopnost motivovat lidi na vzájemnou spolupráci a řešení nastalé situace.

V další části setkání se věnujeme **kazuistice**. Účastníci ve skupinách zpracovávají kazuistiku, kdy se jedná o dlouhodobou spolupráci s klientkou. ***Prvním úkolem*** bylo popsat nepříznivou sociální situaci, proč by měla být klientka v naší službě, zmapovat základní informace, jaké informace chybí a jaké informace by účastníci pro další spolupráci potřebovali. Při řešení jednotlivých úkolů došlo ke stanovení základních domén – základní informace o klientce, zdravotní stav, spolupráce s ambulantním psychiatrem, časová posloupnost, vztahy, hygiena, zaměstnání, volný čas, finance, podpůrná síť (rodina, přátelé), sebeobsluha, sebepéče, zaměstnání/škola, význam, smysl. Vždy je potřebné zjistit základní informace důležité pro vstup do služeb, zjistit, zda klientka spadá do naší cílové skupiny či nikoliv. ***Druhým úkolem*** je sestavit plán, co budou účastníci v roli case managera v dané situace dělat, jaký je další postup a případné řešení dané situace. Je vhodné zmapovat všechny zdroje klientky – formální (např. ambulantní psychiatr), neformální (např. rodina) a kdo by mohl být do spolupráce zapojen a není. Dále je vhodné zaměřit se na silné stránky klientky, o jaké silné stránky se můžeme při plánování další spolupráce opřít. Například jak klientka zvládá hospodařit s financemi, jak je gramotná na PC, zda zvládá navazovat i jiné vztahy než pouze rodinné apod. Vždy je nutné si uvědomit, že řešení každé situace je individuální, každý z nás je jiný a potřebuje individuální přístup. V případě popisované kazuistiky došli účastníci k závěru, že by bylo dobré svolat případové setkání. **Případová setkání mohou být dobrým a efektivním nástrojem při řešení situace.**

Během dnešní pracovní skupiny se také blíže setkáváme s otázkou: ***„Co se vyplácí při vyjednávání (s klientem, s jinou pomáhající službou apod.)?“*** Při vyjednávání nám mohou být užitečné následující body: být oblečen přiměřeně danému prostředí; umět se srozumitelně představit a vysvětlit, proč přicházíme; umět nejen poslouchat, ale i naslouchat; chovat se podle společenských pravidel, ale asertivně; je důležité umět klienta a jeho situaci popsat úplně a pravdivě; oslovit zdroje pomoci a dohodnout konkrétní formu pomoci, která je přijatelná a zvládnutelná pro všechny strany; sestavit časový plán a kdo ponese odpovědnost při dosahování kroků vedoucích k řešení situace; na závěr je důležité vše zrekapitulovat – co se dohodlo, zda všichni všemu rozumí.

Další část setkání přináší opět **cvičení** pro přiblížení teoretického bloku. Kdy si účastníci mají možnost vyzkoušet konkrétní situaci při vyjednávání – např. *„Jak byste s opatrovníkem domluvil/a, aby dal klientovi více peněz na cigarety?“* Účastníci si uvedené cvičení zkoušeli prostřednictvím modelových situací.

V posledním bloku dnešního setkání se účastníci věnují následujícím bodům: ***„Kdo kontaktuje tým?“, „Zakázka z prostředí“, „Co je dobré zvážit, aby fungovala dobrá spolupráce?“*** V případě kontaktování týmu se můžeme setkat například s kontaktováním ze strany rodinných příslušníků či jiné blízké osoby, ze strany sociálního odboru či jiného poskytovatele sociálních služeb, ze strany ambulantního psychiatra, ze strany psychiatrické nemocnice. Při spolupráci s klientem je nezisková organizace považována spíše za prevenci – ***sociální prevence***, sociální odbor je považován spíše za kontrolu – ***sociální kontrola***. V případě stanovení zakázky klienta při vzájemné spolupráci je důležité uvědomovat si, o jakou zakázku se jedná – zakázka vyslovená, zakázka skrytá. Klient sdělí svoji zakázku, např. *„Chci si najít práci.“* – ***zakázka vyslovená***. Během naplňování zakázky zjistíme, že práce je nalezená, nic nebrání tomu, aby klient do práce začal docházet, ale on najednou nechce. Objeví se zde ***zakázka skrytá***, kdy klient nechce být sám, chce společenské kontakty, chce mít vyplněný volný čas, ale neuměl si o to říct. Navazování vztahu s klientem může trvat i několik měsíců, přičemž vybudovaná důvěra může přinést rozklíčování těchto dvou zakázek. Poslední otázka, kterou se účastníci během setkání zabývali: ***„Co je dobré zvážit, aby fungovala dobrá spolupráce?“*** Jedná se též o nezbytný bod pro dobrou a efektivní spolupráci s klientem a dalšími pomáhajícími/kontrolními subjekty. Zaměřujeme se na to, proč byl case manager kontaktován, zda a jaké informace jsou požadovány, zda hovoříme o pomoci či kontrole, zda jsou v okolí důležití lidé, kteří mohou klientovi pomoci při řešení situace. Na závěr tohoto bloku se účastníci zamýšlejí nad **cvičením „Péče o vztahy“**, kdy se zaměřují na uvědomění si, kteří lidé v jejich okolí jsou pro ně důležití a jaké věci účastníci udělají pro posílení některého z těchto vztahů.

Závěrečná část tohoto zápisu pojednává o **výstupech z pátého setkání**. Jednotlivé body zahrnují přiblížení metody Case management, kdy se účastníci věnují nejen teoretickým poznatkům, ale také praktickým cvičením v podobě zpracování kazuistiky, cvičení zaměřené na konkrétní situace při vyjednávání a cvičení týkající se vztahů a péče o ně. Jedním z výstupu dnešního setkání je jasné stanovení toho, zda klient spadá do naší cílové skupiny, proč je klient u nás ve službě a na čem spolupracujeme, tedy stanovení zakázky. Dalším důležitým výstupem je, že naším úkolem není odpovědnost za výsledek spolupráce, ale naším úkolem je, aby při spolupráci, při naplňování zakázky a řešení situace či daného problému proběhla metoda CM správně. Opět se ukazuje, že účastníci shodně stanovují základní domény při spolupráci s klientem (základní informace o klientce, zdravotní stav, spolupráce s ambulantním psychiatrem, časová posloupnost, vztahy, hygiena, zaměstnání, volný čas, finance, podpůrná síť (rodina, přátelé), sebeobsluha, sebepéče, zaměstnání/škola, význam, smysl apod.). V rámci multidisciplinární spolupráce se ukazuje jako vhodný nástroj případové setkání, jenž může být dobrým a efektivním nástrojem při řešení klientovy situace. V neposlední řadě se věnujeme tématu

vyjednávání při spolupráci s klientem nebo další pomáhající službou. Účastníci se shodují, že při vyjednávání funguje empatie, naslouchání, přizpůsobení jazyka a řeči klientovi, vzhled, nechat na sebe kontakt, domluva s klientem – jak to chce udělat/zvládnout, neodsuzovat. V rámci dobré spolupráce s klientem je při navazování vztahu důležité ujasnit si, zda se jedná o sociální prevenci a pomoc či sociální kontrolu. Každý orgán ve spolupráci zastává svou roli nezbytnou pro zajištění všech potřeb a přání klienta, ať už se jedná o roli pomáhající či roli kontrolní. Účastníci opět shodně konstatují, že oblast Rychnovska se vyznačuje dobře navázanou spoluprací, kdy je občas potřebné vzájemné ujasnění si, kam sahají kompetence jednoho a kam kompetence druhého spolupracujícího subjektu.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Proběhlo představení a bližší seznámení s metodou Case management, která je při práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním velmi důležitá. Účastníci měli možnost pověnovat se obecnému přiblížení metody Case management, získat ucelený souhrn o zásadách a přínosech CM, efektivitě a průběhu CM. Účastníci dostali odpovědi na mnoho zajímavých a potřebných otázek pro zajišťování kvalitní spolupráce – nejen při spolupráci s klientem, ale také při spolupráci s dalšími pomáhajícími a kontrolními subjekty. Velká a nezbytná součást dnešního setkání pokryla kazuistická část, která přinesla účastníkům nejen možnost pracovat na kazuistice, ale také provázání pracovních vztahů mezi účastníky při skupinové práci.

6.8 Individuální plánování

Setkání pracovní skupiny č. 6 přineslo účastníkům seznámení s Individuálním plánováním a práci na různých kazuistikách. V rámci setkání měli účastníci možnost získat teoretické poznatky týkající se Individuálního plánování, zabývali se tím, co je nepříznivá sociální situace, zaměřili se na jednání se zájemcem o službu, vymezení cíle spolupráce, definování smlouvy spolupráce, hodnocení spolupráce, přijímání/odmítání zájemců o službu. Během setkání probíhala práce s kazuistikami.

Šesté setkání pracovní skupiny nese název **Individuální plánování (IP)** a vede ho lektorka paní Bc. Eva Donátová. **Cílem dnešního setkání** je představení a bližší seznámení s Individuálním plánováním, které je nezbytnou součástí při práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Paní lektorka přinesla jasnou a výstižnou osnovu zabývající se uvedenými body – co je Individuální plánování, přiblížení Zákona 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb., vymezení základních pojmů (nepříznivá sociální situace, jednání se zájemcem o službu, smlouva o spolupráci, hodnocení spolupráce, stanovení cíle spolupráce) a mnoho dalších potřebných informací týkajících se práce se zájemci o službu/s klienty. Cílem dnešního setkání je zaměřit se také na zpracování a sdílení kazuistik, které přináší možnost získat stejné, podobné či jiné úhly pohledu, jiné názory a různorodé možnosti řešení nastalé situace.

Úvodem se účastníci zaměřují na zodpovězení otázky: ***„Kdy začíná individuální plánování?“*** IP začíná již prvním kontaktem, tedy spoluprací se zájemcem o službu. Ptáme se, zda spadají do cílové skupiny, zjišťujeme, zda se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. **IP začíná zjišťováním NEPŘÍZNIVÉ SOCIÁLNÍ SITUACE.** Nepříznivá sociální situace je klíčovým momentem pro zahájení spolupráce. Člověk není z jakéhokoliv důvodu schopen zajistit si různé životní oblasti tak, jak by chtěl či potřeboval. Je důležité zjišťovat: ***„Proč nás člověk oslovil?“*** Prvním bodem při navazování spolupráce je mapování situace, kdy zjišťujeme následující domény: péče o sebe, o domácnost, zda zájemce dochází k lékařům, zda někdy řešil nějaké onemocnění, dotazujeme se na oblast bydlení – má stálé bydlení, má bydlení, které je ohroženo ztrátou, dále zaměstnání – zda pracuje/nepracuje, z jakého důvodu nepracuje, finanční oblast – příjem (pokud nepracuje – dávky, legálně/nelegálně) a v neposlední řadě volný čas a jeho

využití (má/nemá prostředky, umí/neumí najít aktivitu, která by ho bavila, zaujala). Někteří lidé s pracovníky komunikují hned, někdo potřebuje delší čas na navázání důvěry. Je také rozdíl, zda nás osloví sám zájemce a je motivovaný ke změně nebo službu osloví někdo z blízkých. Při mapování sociální situace je nutné mapovat i to, zda a jak člověk řešil svou situaci dříve – blízké okolí, služby s nižší mírou podpory – až poté služby s vyšší mírou podpory (např. služby pro seniory – nejprve terénní služby, následně domy s pečovatelskou službou).

Další směřování vede k otázce: ***„Jak dlouho mapujeme situaci?“*** Je to velmi individuální. Například v azylových službách je mapování dlouhodobější i krátkodobé, záleží na situaci. Někdy může probíhat mapování pouze jeden konkrétní den, kdy člověk přijde, jelikož potřebuje zajistit základní životní potřeby – jídlo, nocleh, hygienu. Není tedy datováno, do kdy má být situace zmapována (obvykle 3-4 schůzky). Na základě mapování nepříznivé sociální situace zjistíme, zda člověk spadá do našich služeb, zda je naší cílovou skupinou. Je potřeba sociální situaci zjistit a zapsat. Když zjistíme, že člověk patří do naší cílové skupiny, dalším krokem je: ***„Jaké služby můžeme poskytnout, jakou pomoc nabídnout a zajistit?“*** Stanovujeme **CÍL SPOLUPRÁCE** – na čem budeme s klientem spolupracovat. Cíl spolupráce (osobní cíl, individuální cíl apod.) může být někdy náročně definovatelný. Cíl volíme podle potřeb klienta (hlavní/dílčí cíle, krátkodobé/dlouhodobé cíle, kompenzační cíle, rozvojové cíle apod.) a stanovujeme ho nejlépe na dobu různě dlouhou podle potřeb klienta. Když člověk spadá do naší cílové skupiny a zjistíme, jaké služby, jakou pomoc mu můžeme nabídnout, poskytnout, uzavíráme smlouvu, která vychází z cíle spolupráce a z nepříznivé sociální situace. **SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY** by měla být uzavřena po zmapování situace. Některé subjekty (například úřad) smlouvy o spolupráci neuzavírají. Smlouva by měla splňovat následující kritéria: měla by být specifická a souviset s cílem spolupráce, stanovená podle individuálních potřeb jedince. Může být písemná (vždy, když je služba placená) i ústní. Dalším krokem je tvorba **INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU** (někdy nazýván jako plán péče, osobní plán, plán podpory apod.), který plánujeme společně s klientem, plán by měl být tvořen s ohledem na cíl a možnosti, a v neposlední řadě je důležité zaznamenat vyhodnocení plánu. Obsah individuálního plánu zahrnuje: cíl, výtah z nepříznivé sociální situace, kroky, kdo a co bude dělat, termíny, rizika a plán (co dělat, když se něco stane), frekvence poskytování služby (kdy a co se bude dělat, kdy bude revize). Především u pobytové služby bývá stanoven i konkrétní čas (např. 16:00 hygiena) a pokud není přítomen pracovník, který měl činnost vykonat, je nutná náhrada. Nejedná se o problém klienta, ale problém na straně pracovníka, pomáhající služby. Plán je vhodné stanovovat do budoucnosti a směřovat ho ke stanovenému cíli. Cíl musí být navázaný na nepříznivou sociální situaci – služba má pomáhat při řešení nepříznivé sociální situace. Je potřeba vždy vycházet z toho, co klient nezvládá sám a podívat se společně na to, v čem je klient kompetentní. Posledním nezbytně důležitým bodem je **HODNOCENÍ IP** (jak hodnotit a jak často hodnotit). Hodnocení přichází: po splnění cíle, každý půl rok, každé 3 měsíce (záleží na konkrétním cíli). V praxi se hodnotí: podle změny nepříznivé sociální situace, při změně cíle, pokud nevede cesta k naplnění cíle. Je potřeba, aby byla stanovena minimální frekvence hodnocení IP a stanovit, kdo řekne, kdy se bude hodnotit. V souvislosti s hodnocením IP vzniká otázka: ***„Co je při hodnocení důležité?“*** Kroky – když se neplní, tak proč; termíny – zda jsou splnitelné; kdo – zda je člověk, který byl určen pro splnění kroku, osobou kompetentní ke splnění. Při hodnocení je nutné vrátit se opět k nepříznivé sociální situaci. Když někdo neví, jak zhodnotit IP, je potřeba si vzít nepříznivou sociální situaci a znovu ji projít, popsat a na základě toho vyhodnotit IP. Podívám se, zda se situace někam a nějak posunula (někdy situace stojí, nehýbe se), situace by se neměla zhoršovat. Pokud stanovený cíl není vnitřním cílem klienta, půjde hůře k jeho naplnění, nemusí být přesvědčený k jeho zlepšení, k jeho řešení (může se jednat o pseudocíl, pseudozakázku a naplnění cíle se nebude dařit). Výstupem z hodnocení IP je, zda pokračuje IP dál, zda dojde ke změně IP či změně smlouvy nebo k ukončení služby – cíl je naplněn, klient spadá pod jinou službu.

Diskuze: Někdy narážíme na limity člověka – ne vždy lze spoléhat na jeho schopnosti, ale někdy je vhodné využít prostředí (sehnat peníze na péči, sehnat člověka, který s klientem bude hovořit o smrti). V tuto chvíli se nepracuje na tom, aby se zvýšily kompetence klienta, ale pracuje se na zlepšení kvality života prostřednictvím zajištění dalších služeb (např. dovoz jídla domů).

Následující část se bude věnovat ***„Přidělování klíčového pracovníka ke klientovi"***. Tento bod je pro každou službu individuální. Je také potřeba zohlednit aktuální kapacitu služby i klíčových pracovníků a zohlednit kompetence klíčového pracovníka (každý pracovník může být odborníkem v určitého oblasti – např. insolvence). Měla by být stanovena míra toho, jak je náročná spolupráce s klientem.

Dalším cenným bodem je spolupráce klienta s více službami, tedy když je ***„klient klientem více služeb"***. V případě, pokud má klient zajištěnou spolupráci s více pomáhajícími službami a je vytvořeno více IP, které nemusí být v souladu, může docházet ke kolizím. Je potřeba ošetřit, aby nedocházelo k duplicitní spolupráci, aby se klient neztrácel v IP v jednotlivých službách. **Řešením by bylo, aby se jednotlivé služby se souhlasem (informovaný souhlas) klienta domluvily na vzájemné spolupráci při řešení klientovy situace.** Může se jednat o případová setkání (případová konference), společná schůzka, trojstranné a vícestranné dohody – smluvně dané, že si služby mohou předávat informace (nad rámec zákona o sociálních službách) – je stanovené, kdo a co bude dělat, v jaké frekvenci, jaké informace, kdo a komu bude předávat, někdy zapojení i rodinných příslušníků (stran mohlo být zapojeno více). Ne vždy o sobě služby vzájemně ví. Vzniká otázka: *„Jak takovou situaci ošetřit?"*

Závěrečná část pojednává o **výstupech z šestého setkání**. Individuální plány tvoříme vždy společně s klientem, je potřeba plánovat tak, aby bylo dosahováno cíle spolupráce, je potřeba pravidelné hodnocení a je potřeba zaznamenávat. Individuální plány je potřeba tvořit podle aktuální situace klienta, cíl se může upravovat v průběhu spolupráce (na začátek lze mít zjednodušený cíl spolupráce a následně společně komunikovat obsáhlejší a náročnější cíl). Pokud klient spolupracuje s více službami, má všude sestaven IP – **se souhlasem klienta je vhodná spolupráce mezi jednotlivými službami.** IP může mít grafickou podobu, která by mohla být pro klienta přijatelnější formou. Tam, kde funguje multidisciplinarita, je dobré se scházet a mít upravené, kdo a co může sdílet v daném prostoru a mít z toho zaznamenaný výstup, aby nevznikl šum ve spolupráci. V rámci spolupráce jednotlivých služeb je vhodné si vyjasnit, zda je nutné vždy a vše sdílet (např. klient je uživatelem návykových látek – je potřeba sdílet, jak se klientovi daří odvykání!?). Je vhodné, když se do spolupráce zapojuje zdravotní služba (náročnější sdílení informací – jiné předávání informací sociální služba x sociální služba, zdravotní služba x zdravotní služba, zdravotní služba x sociální služba) – ujasnit si, jaké informace mohou být sdílené (informovaný souhlas klienta). V závěru je potřeba říci, že ne vždy je možné člověka do služeb přijmout. Může se stát, že bude naplněná kapacita (nutné hlásit registrujícímu orgánu), člověk nebude spadat do naší cílové skupiny nebo když byl člověk již dříve klientem, ale v uplynulých 6 měsících byl sankčně vyřazen ze služeb.

Cíl dnešního setkání se podařilo naplnit. Proběhlo představení a bližší seznámení s Individuálním plánováním, které je při práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním nezbytnou součástí. Účastníci měli možnost seznámit se s tím, co je Individuální plánování, došlo k přiblížení Zákona 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb., také k vymezení základních pojmů (nepříznivá sociální situace, jednání se zájemcem o službu, smlouva o spolupráci, hodnocení spolupráce, stanovení cíle spolupráce). Dnešní setkání opět přineslo mnoho zajímavých témat z praxe a propojení dalších vztahů v rámci multidisciplinarity.

6.9 Shrnutí pro oblast Rychnovska

Při vzájemném sdílení zjišťujeme velkou míru využitelnosti mapovacího nástroje GAF, který je považován za stěžejní nástroj při případném předávání klienta/pacienta mezi jednotlivými službami a vhodným a důležitým nástrojem pro vzájemnou spolupráci. Účastníci přináší shodu, že je žádoucí, aby docházelo ke stanovení GAFu u všech klientů/pacientů. Během vzájemné spolupráce jednotlivých účastníků na kazuistikách bylo také zjištěno, že se všichni pracovníci zaměřují na stejné nebo podobné doplňující informace, které následně slouží k zajištění potřebných služeb a potřebné pomoci svým klientům. Účastníci souhlasně uvádějí následující domény – zdravotní a rodinná anamnéza, věk, historie léčby, náhled na zdravotní stav, finance a finanční gramotnost, je/není invalidní důchod, bydlení, rodina (děti), zájmy z osobního života, historie a současnost školního vzdělání a zaměstnání, dovednosti, schopnosti, podpůrná síť (formální i neformální zdroje), omezení svéprávnosti, je/není opatrovník, zranitelnost (nálady), drogová závislost, trestní minulost, péče o sebe a domácnost, sebepoškozování, potřeby a přání.

V rámci výstupů docházíme k závěru, že velkým limitem pro mapování klientovy situace je poskytování souhlasu klienta s informováním spolupracujících subjektů, s kontaktováním blízkých osob, s kontaktováním lékařů. Účastníci se shodují na potřebnosti stanovit pravidla pro vzájemnou spolupráci s klientem, tedy aby bylo možné v případě potřeby kontaktovat alespoň jednu osobu blízkou a stanovit pravidla (se souhlasem klienta) pro vzájemné předávání informací mezi jednotlivými službami. Dalším stěžejním bodem pro zajištění dobrého multidisciplinárního propojení je práce s kompetencemi, kdy účastníci potřebují vědět a společně si vyjasnit kompetence – kde jsou hranice spolupracujících subjektů. Za řešení považují multidisciplinární setkání, případová setkání a individuální setkání.

Vždy je nutné si uvědomit, že řešení každé situace je individuální a každý z nás potřebuje individuální přístup. V rámci kazuistických setkání dochází účastníci k tomu, že případová setkání mohou být dobrým a efektivním nástrojem při řešení situace. Je důležité, aby si pracovníci nejprve ujasnili, zda klient spadá do jejich cílové skupiny, dále proč je klient u nich ve službě a na čem spolupracují, tedy stanovení zakázky. Úkolem pracovníků není odpovědnost za výsledek spolupráce, úkolem je, aby při spolupráci, při naplňování zakázky a řešení situace či daného problému proběhla metoda Case management správně.

Závěrečná část pro oblast Rychnovska pojednává o Individuálním plánování, přičemž plány tvoříme vždy společně s klientem. Je potřeba plánovat tak, aby bylo dosahováno cíle spolupráce, je potřeba pravidelné hodnocení a je potřeba zaznamenávat. Individuální plány tvoříme podle aktuální situace klienta. Cíl se může upravovat v průběhu spolupráce (na začátek lze mít zjednodušený cíl spolupráce a následně společně komunikovat obsáhlejší a náročnější cíl). Pokud klient spolupracuje s více službami, má všude sestaven IP, se souhlasem klienta je vhodná spolupráce mezi jednotlivými službami. IP může mít grafickou podobu, která by mohla být pro klienta přijatelnější formou.

Rychnovsko je zajištěno v mnoha směrech dobrou a kvalitní multidisciplinární spoluprací. Několikrát během setkávání zazněla pochvala na provázání jednotlivých služeb a vzájemnou spolupráci. Je potřeba si též uvědomit, že někdy potřebu klienta/pacienta nedokážeme naplnit a nabízí se možnost zasíťování – nabídnout služby jiné organizace, někoho dalšího, kdo může lidem pomoci.

Všechny vytyčené otázky, úvahy a cíle byly plnohodnotně zodpovězeny a naplněny.

6.10 Spolupracující organizace

PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, z.s.
PFERDA z.ú.
ASPEKT z.s.
DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU
PPP a SPC KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE (RYCHNOV NAD KNĚŽNOU)
MĚSTSKÝ ÚŘAD RYCHNOV NAD KNĚŽNOU
MĚSTSKÝ ÚŘAD DOBRUŠKA
PN HAVLÍČKŮV BROD
OLÚ ALBERTINUM ŽAMBERK
NÍZKOPRAHOVÉ DENNÍ CENTRUM PRO LIDI BEZ DOMOVA ZASTÁVKA
DOMOVY NA ORLICI, p.o.

Mgr. Veronika Řepková

7 OBLAST TRUTNOVSKA

Abstrakt: Příspěvek se věnuje práci s osobami s duševním onemocněním na Trutnovsku. Konkrétně výstupům z pracovních skupin, které měly za cíl podporu multidisciplinárního přístupu v práci s duševně nemocnými. V rámci Trutnovska se již účastnice pracovní skupiny znaly a uvítaly především možnost vzájemného setkávání s cílem sdílení zkušeností a načerpání nových poznatků nejenom prostřednictvím teorie, ale především vlastní prožité sebezkušenosti.

První podkapitola: Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností. Cílem bylo představit metodiky sběru dat využívaných v práci s klientem. Sdílet vlastní praxi i zkušenosti.

Druhá podkapitola: Metodika sběru dat – část 1- Cílem bylo seznámit účastníky s metodikou sběru dat prostřednictvím sebezkušenostních technik.

Třetí podkapitola: Metodika sběru dat – část 2- Cílem bylo zaměření na důležitost jazyka směrem k tomuto tématu i zaměření na skupinovou práci v rámci Bálintovské skupiny.

Čtvrtá podkapitola se věnuje potřebám účastnic ve vztahu k sociální práci i k systémové síti kolem Case managera.

Pátá podkapitola: Case management seznamuje účastníky s metodou Case managementu, důraz je rovněž zaměřen na sebezkušenost, a to osobní participací na nácviku tematických modelových situací.

Šestá podkapitola: Individuální plánování se věnuje teoretickým východiskům i otázkám, které v praxi vyvstávají.

Klíčová slova: *multidisciplinarita, sdílení zkušeností, sebezkušenost, Case management, individuální plánování*
(10pt)

7.1 Představení dostupných metodik, rešerše, sdílení vlastních zkušeností

V úvodu pracovní skupiny byl účastnicím vysvětlen záměr projektu: ***Podpora procesů reformy péče o duševní zdraví***, který realizuje Královéhradecký kraj. Jednou z aktivit projektu je ***podpora multidisciplinárního přístupu v práci s lidmi s duševním onemocněním***, v jejímž rámci budou probíhat pracovní skupiny.

Nejčastější očekávání účastnic pracovní skupiny: Vzájemné setkávání, sdílení zkušeností

Možnost získat nové informace, dovzdělat se

Vzájemné vyjasnění kompetencí

Sladění pracovních postupů: potřebujeme se vzájemně znát, jakým způsobem pracujeme, v čem se shodujeme, a v čem se naopak lišíme.

V rámci teoretické části lektorka Martina Vobořilová účastníky poutavě seznámila se základy individuální práce, skupinové práce i systémem komunitní péče. V druhé části se zaměřila na hodnocení situace a potřeb a představila mapovací nástroje.

Dotazník CAN, GAF, HONOS i model Majory Gordon, který mapuje 12 životních oblastí. Účastnice sdílí vlastní praxi s mapovacími nástroji. ***Důležitý podnět***: otázka kvality překladu a důraz na dovysvětlení daných položek mapovacích nástrojů srozumitelnou a empatickou formou danému klientovi.

Skupina se shoduje na důležitosti a vhodnosti respektujícího přístupu ve vztahu ke klientovi.

Dále se skupina věnuje otázkám: jaké informace potřebujeme při práci s klientem vědět, kdy je vhodné se na dané otázky ptát atd.? Skupina se shoduje na důležitosti navázání vztahu s klientem, empatii i důležitosti

vhodně používaného jazyka. Dále se shoduje, že není nutné se v rámci každé služby ptát na vše. Tento fakt souvisí s otázkou předávání informací.

Otázka předávání informací navázaná na povinnou mlčenlivost: jak a komu dané informace předávat. Otázka rovněž u klientů s omezenou svéprávností.

Odpolední část byla zaměřena již na samostatnou práci účastnic menších pracovních skupinek se zaměřením na ověření konkrétního mapovacího nástroje. Tato část byla reflektována jako velice zajímavá a inspirativní.

V závěru probíhala reflexe zkušeností při použití jednotlivých mapovacích nástrojů. Jak se nám s nástroji pracovalo, zda se nám podařilo získat potřebné informace s jejich nabytou znalostí atd.

Pracovní skupině se podařilo naplnit cíl spojený především se vzájemným poznáním účastnic, sdílení jejich zkušeností i předání základů spojených s teorií dostupných metodik mapovacích nástrojů v oblasti duševního zdraví.

7.2 Metodika sběru dat – část 1

Druhé pracovní setkání pod vedením lektorky Martiny Vobořilové bylo zaměřené na metodiku sběru dat, ale tentokrát nikoliv prostřednictvím teoretických poznatků, nýbrž prostřednictvím sebezkušenosti. (Účastnice se společně dohodly na povinné mlčenlivosti).

Po skončení formální části setkání již následovala prezentace ***účastnic prostřednictvím následujících otázek:***

Co dělám nejraději?

Čeho si na sobě cením?

Moje vášeň je?

Čím mohu obohatit druhé?

Co jsem dokázala překonat?

Na co jsem hrdá?

Každá z účastnic hodila hrací kostkou a na základě pořadí vrženého čísla se ostatním představila. Následně probíhala krátká debata a reflexe shrnující pocity, myšlenky, tužby a nejistoty účastnic. Zajímavým momentem pro práci s klientem bylo vzájemné poskytnutí zpětné vazby k jednotlivým

prezentacím účastnic a možnost nahlédnout sebe sama prizmatem jiných lidí. Sebezkušenost vedla účastnice k diskuzi nad tím, jakým způsobem vést dialog mezi case managerem (klíčovým pracovníkem) a klientem, a jaké užitečné mapovací otázky v dialogu pokládat, abychom mohly být klientům v jejich nepříznivé životní situaci co nejvíce nápomocny.

Skupina se shoduje na důležitosti vytvoření respektujícího, bezpečného a klidného prostředí, v němž nejsme při práci s klientem rušeni. Podstatné empatické naslouchání a postupné navazování vztahu. Dále vysvětlení významu, proč daný mapovací nástroj používáme, tzn. proč se na dané otázky ptáme. Mapování vždy přizpůsobujeme individuálním potřebám klienta jako jedinečné lidské bytosti s vlastní integritou. Platí, že pro dobrý plán potřebujeme znát co nejvíce informací, zároveň není nutné vše zjistit na začátku spolupráce.

Další zážitková aktivita spočívala v individuální aktivitě: ***Hvězda potřeb.*** Každá z účastnic zpracovala zadanou aktivitu dle momentální situace, poté odevzdaly splněné úkoly lektorce. K zpracovaným úkolům se účastnice vrátily po skončení čtvrtého společného setkání.

Posléze již navazovala ***kazuistická část***, kterou přednesla jedna z přítomných opatrovnic. Jednalo se o společného klienta s navazující sociální službou – mladého muže s traumatizujícm prožitkem těžkého a složitého dětství. Aktuálně se léčí s duální diagnózou, avšak bohužel, s opakujícím se selháváním v léčbě a ve své životní roli. U klienta dochází k častým relapsům a recidivám onemocnění, jejímiž následky jsou návraty k jeho hospitalizaci. Pro klienta je obtížné dodržování stanovených pravidel, což bylo důvodem pro ukončení pobytu v rámci dvou chráněných bydlení. V ubytovacích zařízeních či noclehárnách se opakoval stejný model selhávání. Opatrovnice pokládá otázku, jaká další možná varianta bydlení přichází v úvahu, neboť klient zanedlouho ukončí hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Prostor je ponechán společné diskusi a doptávání se ostatních účastnic. Skupina se shoduje na preferenci pracovat i nadále s nadějí a podporovat názor opatrovnice klienta, jejímž záměrem je pokusit se zajistit sociální byt, kde by mohl klient s podporou terénních služeb bydlení zvládat.

Další práce skupiny již spočívala v ***práci s připravenými kazuistikami ve skupinách***. Následovalo rozdělení účastnic do dvou skupin, kdy v každé skupině byly na základě losu rozděleny role, jež jsou zastoupeny v kontextu multidisciplinarity při práci s klienty se zkušeností s duševním onemocněním: psychiatr, psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník, peer konzultant a klient. Každá skupina tak pracovala s kazuistikou, kterou si účastnice předem připravily. Úkolem každé skupiny bylo zmapování potřeb daného klienta. Ilustrativní kazuistika se týkala např. muže využívající pobytovou sociální službu s touhou osamostatnit se a žít v pronajatém bytě bez dalších spolubydlících. Cílem skupiny bylo zmapovat jeho náročnou sociální situaci ve všech oblastí, např. zdraví, bydlení, vztahy, volný čas. Společně promyslet, navrhnout a zkonzultovat různé možnosti řešení.

Úkolem bylo zkusit si mapování jiné profesní role i vzájemnou spolupráci. Této skupinové práci byl ponechán dostatečný časový prostor. Po jejím skončení byly kazuistické příběhy nejen prezentovány, ale zároveň mohly zúčastněné ženy reflektovat své pocity, postřehy i vše, co k danému tématu promýšlely.

Cíl pracovní skupiny byl naplněn. Při závěrečném zhodnocení se účastnice vyjadřovaly pozitivně, dané setkání považovaly za přínosné zejména s přispěním jejich osobní zkušenosti. Společná setkání napomohla rovněž ke shodě na formulaci principů nosné komunikace s klienty. *Řešené kazuistiky ukázaly, že základní umění je v rozhovoru, jehož východiskem je kladení užitečných mapovacích otázek, jejichž pomocí lze navázat a rozvíjet vztah. Civilní a přátelské prostředí, nepředsudečné a empatické naslouchání přispívá ke klientově důvěře a bezpečí. Velmi důležitým aspektem naší multidisciplinární práce je společné hledání perspektiv, jak žít navzdory duševnímu onemocnění kvalitní život.*

7.3 Metodika sběru dat – část 2.

První část této pracovní skupiny byla opět zaměřena na vlastní zkušenost účastnic. Po úvodním „kolečku“ s tematickým zaměřením na emoce účastnic byla otevřena dnešní pracovní skupina s následným cvičením: „**Zážitek úspěchu“ -** byl ponechán dostatečný časový prostor na zamyšlení a vyplnění pracovního listu. Cílem cvičení bylo vybavit si moment úspěchu. Co se stalo? Jaký to mělo pro účastnice význam? Proč to fungovalo? A lze zkušenost využít v budoucnu? *V rámci sdílení účastnice reflektovaly důležitost uvědomění momentu úspěchu, důležitost malých krůčků i důležitost práce se silnými stránkami atd. Všechna zmiňovaná fakta jsou podstatnými prvky case managementu.*

Následující teoretická část byla věnována **tématu komunikace** ve vztahu ke sběru dat.

Jazyk a myšlení jsou spojené nádoby. Změnou jazyka měníme myšlení, a tím, co říkáme, zároveň otevíráme prostor pro naději.

Účastnicím byly představeny **principy jazyka zotavení.**

- Jedinečnost každého člověka
- Nic o nás bez nás
- Zaměření na silné stránky
- Důležitá srozumitelnost
- Nejsme soudci, jsme pomáhající profesionálové
- Zásada používat nestigmatizující jazyk

Skupina si klade otázku, co můžeme my, jako profesionálové, v kontextu tohoto tématu udělat:
Účastnice se shodují, že je nutné a žádoucí komunikovat srozumitelně a otevřeně, šířit povědomí o problematice duševního zdraví, aktivně se zapojovat do dění a probíhajících změn, sledovat a sdílet aktuální informace.

V další části se pracovní skupina seznámila se skupinovou metodou řešení problému tzv. **Bálintovskou skupinou**: (cílem této skupinové práce je zaměření na vztah s klientem nikoli na problém)

Stručné vymezení pěti fází:

0: Výběr případu z nabídnutých

1: Seznámení – protagonista mluví volně o svém případu bez přerušení ostatními

2: Otázky a odpovědi: skupina se doptává, protagonista odpovídá

3: Dojmy, pocity, obrazy, asociace, metafory, fantazie – protagonista mlčí

4: Postup – protagonista mlčí, ostatní odpovídají na otázku: Co bych já udělal(a) na jeho místě, v jeho situaci?

5: Závěr – protagonista vyjádří svůj pocit ze sezení, může okomentovat nápady a postřehy ostatních, sdělit, zda nějaký postřeh doporučení využije.

Účastnice se ve skupinové práci věnují konkrétní kazuistice.

V rámci 4. fáze skupina přináší celou řadu námětů. Uvádíme pouze ty, jenž jsou využitelné i v oblasti jiných kazuistik:

např: najít společné téma hovoru, získat důvěru, více síťovat, více spolupracovat s rodinou, edukovat, poskytovat informace, více pana X poznat, nabídnout schůzky v terénu, zajistit pravidelné užívání léků, práce s křikem, pokusit se prosadit medikaci, dávat zpětnou vazbu, klást důraz na to, co má klient rád, zkusit udělat na schůzce něco jinak (např. Nabídnout kávu a sušenku), motivovat k náhledu (rozhovor, brožura), peer náhodné setkání, případová konference - přizvat i zdravotníky z psychiatrické nemocnice.

Hlavní protagonistka kazuistiky vidí podněty jako přínosné (především uspořádání případové konference i pokusit se udělat schůzku jinak).

Po reflexi Bálintovské skupiny následovalo opět cvičení: **„Matice silných stránek“** a téma mapování prostředí: („Kruh sociální sítě“), jako důležité téma při práci s klienty. Skupina reflektovala jako velice přínosné vyzkoušet si dané nástroje každý sám na sobě. Vždy následovala krátká reflexe a zamyšlení nad možností využití daných nástrojů v praxi (v konkrétní práci s klienty).

7.4 Sdílení potřeb ve vztahu k síti

Tato pracovní skupina byla věnována otázkám: Co potřebuji k práci s osobami s duševním onemocněním? Co potřebuji od ostatních v síti? Co mohu ostatním nabídnout?

Účastnice zmiňují následující níže uvedené body.

Co potřebuji k práci s osobami s duševním onemocněním?

- Důvěru klienta a jeho blízkých, důvěrný vztah
- Vzdělání, informace, porozumění
- Empatii (nacítění se, odhad situace)
- Vzbudit zájem zaměstnanců o téma
- Zbavit se strachu z neznáma a zbavit strachu své zaměstnance
- Vědomí, že v tom nejsem sama
- Zbavit se pocitu, že nejsem poslední instancí
- Slušnost a rovnocenný přístup odpovídající schopnostem klienta
- Naučit se doptávat na pocity
- Být co nejméně za experta/expert je klient
- Zaměřovat se na silné stránky
- Vztahování se k sobě
- „Fojtíčkovo pravidlo: piš zápisy tak, jako když Ti stojí klient za zády“.
- Dostatečné personální obsazení a odpovídající finanční ohodnocení
- Fungující kooperující zdravotní a sociální systém
- Podporující krajskou politiku
- Porozumění kolegů „somatiků“
- Větší PR a propagaci služeb
- Vrátit (pracovat na) prestiž mojí práci

Co potřebuji od ostatních v síti?

- Aktivní sdílení informací
- Poradit
- Sounáležitost
- Trpělivost
- Vzájemnou podporu/ocenění
- Respekt ke specifikům a cílové skupině
- Trpělivost a chuť naslouchat
- Odpouštět a poučit se z chyb
- Prevenci

Co mohu nabídnout/nabízím ostatním v síti?

- Informace
- Aktivní síťování
- Prohlídky/stáže
- Svoje služby
- Prostory pro vzdělávání, setkávání
- Společný lobbing
- Diskuse a konzultace
- Psychoterapii
- Aktivní přístup (k různým oblastem)

Závěr pracovní skupiny byl zaměřen opět na vlastní zkušenost zúčastněných. Lektorka se vrací k Hvězdě potřeb, kterou si zúčastněné kolegyně vyplňovaly v rámci prvního setkání. Byl ponechán prostor na vlastní zamyšlení: kde jsme v oblasti svých potřeb dnes atd. Společné sdílení: jaké to pro nás bylo? Jak můžeme využít při práci s klienty?

Důležité vždy vizualizovat úspěchy, ne pokaždé je klienti vidí, závisí na společném vyladění, pro někoho může být i stresující, žádný nástroj není univerzální, zásadní je vždy výklad od pracovníka k dané technice….

Někdy je pro klienty obtížné zvládnout i z našeho pohledu „úspěch“. Podstatné je v souvislosti s tímto tématem styl jazyka, který používáme, jak s klientem hovoříme i jak sdílíme jeho příběh.

Často řešená otázka při práci s klienty je otázka motivace: Jedna z technik, která je používána spíše v terapeutické rovině, ale je považována za velmi přínosnou, je technika „zázračných otázek“.

7.5 Case management (případové vedení)

V rámci této pracovní skupiny se lektorka Věra Pinkasová věnovala tématu case managementu. Tato metoda se snaží přinášet komplexní řešení nepříznivé sociální situace klienta. Case management je specifická práce s lidmi s duševním onemocněním. Je založena na pevném partnerském vztahu mezi

pracovníkem a klientem, soustředí se především na jeho silné stránky. Podpora klienta je přizpůsobena jeho individuálním potřebám. Významná je práce s motivací i zapojování sociálního okolí klienta a hledání vhodných přirozených zdrojů.

Nové teoretické poznatky se týkaly následujících oblastí:

Co je to case management

Historie case managementu

Zásady case managementu

Přínosy case managementu

Modely case managementu

Efektivita case managementu

Úkoly case managera

Dovednosti a schopnosti case managera

V průběhu teoretické části byl ponechávána vždy dostatečný prostor pro dotazy, vzájemnou reflexi i předávání zkušeností.

Součástí bylo i předání zajímavých odkazů https://sebevrazdy.cz/, https://nepanikar.eu/

Po teoretické části následoval již prostor pro skupinovou práci nad tématem mini kazuistik, které si pro nás lektorka připravila.

Nad každým krátkým příběhem jsme přemýšlely o tom, co již o daném klientu víme, co bychom potřebovaly vědět, jaké jsou jeho silné stránky, jaké má přirozené zdroje ve svém okolí, co je důležité si ujasnit, jakou navrhujeme další spolupráci. Na každý příběh jsme se tak snažily nahlížet ve všech oblastech týkajících se zdraví, práce, vztahů, bydlení i volného času. Využívány byly dosavadní zkušenosti účastnic a prostor byl věnován i vzájemnému obohacení a sdílení zkušenosti druhých.

Poslední část setkání byla věnována modelovým situacím. Skupina byla rozdělena do dvojic. Každý člen dvojice si vylosoval jednu modelovou situaci, poté následovalo vzájemné hraní rolí a reflexe: co nám v dané situaci fungovalo, co bylo důležité - např. uvítání, ocenění, měly jsme připravené varianty..., atd.

Účastnice vnímaly setkání jako přínosné, pozitivně reflektovaly teoretickou část i část zážitkovou a možnost osobně si vyzkoušet rozmanité praktické situace hraním modelových situací.

7.6 Individuální plánování

Lektorka Eva Donátová otevřela pracovní skupině téma individuálního plánování. Účastnice tak mohly sdílet vzájemné zkušenosti z praxe v souvislosti s tímto tématem. Všechny zúčastněné mají s individuálním plánováním bohaté zkušenosti.

Opakovaně se objevovalo téma, jak vysvětlit klientům, proč individuální plán vytváříme, k čemu je důležitý. Zaznívaly zkušenosti, že klienti tématu nerozumí a plánovat nechtějí. Je proto na nás téma vhodně uvést a vysvětlit. Rovněž pracovníci musejí danému tématu porozumět. Téma: jak individuální plán vhodně nastavit, aby pomohl. Mnohdy individuální plánování vede k frustraci pracovníků. Cítí beznaděj a bezmoc. Je proto nutné s tímto tématem stále pracovat. *Pracovníci by měli mít stále na paměti, že individuální plány nemusejí být pouze rozvojové, ne vždy je možná při řešení nepříznivé*

sociální situace v životě klienta změna. Někdy může být cílem udržení nebo případně nezhoršení dané situace. Pokud ke zhoršení musí dojít, tak takovým způsobem, aby klient stále mohl žít v co možná nejvíce důstojných podmínkách.

Pracovní skupina se shoduje, že je dobrou praxí zapojení opatrovníků do individuálního plánování. IP nejenom jako opatrovníci podepisují, ale jsou při plánování přítomni. Skupina se shoduje na tom, že pokud mezi klientem a opatrovníkem panuje vztah vzájemné důvěry, je možné, aby opatrovník zastával rovněž funkci koordinátora v rámci case managementu. Opatrovníci tuto roli vnímají jako důležitou a prospěšnou. Zároveň však poukazují na své časové možnosti. Z důvodu velkého počtu opatrovanců si nejsou jisti, že budou moci tuto funkci vykonávat.

Skupina si pokládá otázku vhodného nastavení počtu klientů. Počet je dobré nastavit v závislosti na mapování nepříznivé sociální situace klientů. Je velký rozdíl, zda je klient v pobytovém zařízení nebo zda žije v přirozeném prostředí a potřebuje ve své životní situaci plnou podporu.

Při individuálním plánování je vždy stěžejní vycházet z popisu nepříznivé sociální situace a zdravotní situace. Pokud to povaha dané sociální služby dovoluje, je dobré nespěchat. *Individuální plán je možné vnímat jako určitou cestu, kdy je nutné definovat překážky na straně klienta i limity na straně služby.* Pokud dobře zmapuje nepříznivou sociální situaci klienta a zároveň si uvědomíme, že cíl nemusí být jenom rozvojový, může být i kompenzační a udržovací, může to být pro pracovníka a vzájemnou spolupráci velmi uklidňující. Je dobré vždy definovat cíle tak, aby je mohl klient dosáhnout. Důležitá je rovněž krátkodobost cíle, aby byl klient motivován k další případné změně.

V rámci sociálních služeb máme velký prostor v rámci konkrétního nastavení IP. Individuální plán může mít nejrůznější podobu. V multidisciplinární spolupráci je vhodné, aby se na IP podílely všechny zúčastněné služby, a v případě opatrovníka také opatrovník, který rovněž může zastávat funkci koordinátora. Je to velmi důležitá funkce, jež může napomoci předcházet zdvojování služeb i možným komunikačním nedorozuměním.

Klient může IP podepsat, ale není vhodné jej k podpisu nutit.

Každý IP musí být pravidelně hodnocen. V průběhu hodnocení je opět důležité dobře zmapovat nepříznivou sociální situaci, co se změnilo, co je jinak. Co se podařilo naplnit, případně proč se dané cíle naplnit nepodařilo. Revizi IP provádíme pravidelně po splnění cílů, poté, co nastane změna nebo nejpozději za období jednoho roku. Každá služba má období revize nastaveno jinak dle podstaty své služby. Je dobré si opakovaně uvědomovat, že cíl si stanoví klient nikoliv služba.

Jako příklad dobré praxe je zmiňována možnost využít online prostor pro vzájemné setkání. Ne vždy je možné, aby se osobně sešli pracovníci ze všech potřebných služeb.

V závěru se pracovní skupina vrací k tématu síťování, shoduje se, že na Trutnovsku je vytvořená dobrá síť služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, zároveň by však mohla být lepší spolupráce především s praktickými lékaři. Lékařům mnohdy chybí čas a hlavně informace. Skupina se shoduje, že e-mailová cesta předání informací není příliš funkční. Téma se pokusí předat Řídící pracovní skupině v oblasti komunitního plánování ve Městě Trutnov, aby toto téma nezapadlo. Jedna z možností je vytvořit stručné adekvátní informace k dané cílové skupině spolu s uvedením kontaktů. Tyto informace by poté byly distribuovány do ordinací praktických i odborných lékařů. V zájmu propagace se skupina shoduje na jejím vhodném zaměření – nejen na samotné lékaře, nýbrž také na zdravotní sestry, které jsou s pacienty rovněž v kontaktu, a mnohdy mají časový prostor k získání obsáhlejších informací, na jejichž základu mohou doporučit klientům další příhodné zdroje podpory.

7.7 Shrnutí pro oblast Trutnovska

Multidisciplinární spolupráce v rámci práce a podpory klientů s duševním onemocněním je na Trutnovsku dobře nastavena. Účastnice pracovní skupiny se již před zahájením setkání znaly a v rámci skupiny tak mohly pracovní vztahy na základě case managementu více prohloubit. Systémová síť okolo case managera je tak větší a stabilnější. Dobrá znalost této systémové sítě pomáhá nejen při plánování pomoci klientům, ale i pro systém se může stát důležitým zdrojem informací.

Účastnice všechna setkání v rámci pracovní skupiny vnímaly jako přínosné, pozitivně reflektovaly teoretickou část, a především možnost vzájemného bližšího poznání a zasíťování. Jako obohacující zkušenost vnímaly praktická zaměření pracovních skupin s možností nácviku celé řady sebezkušenostních technik. Díky těmto technikám tak mohly zúčastněné ženy reflektovat své prožitky, zkušenosti a myšlenky, které budou moci implementovat do své každodenní sociální práce. Vlastní zkušenost tak může být využita pro lepší porozumění a nacítění v individuální práci s klienty se zkušeností s vážným duševním onemocněním.

7.8 Spolupracující organizace

CDZ RIAPS Trutnov

Kontaktní centrum RIAPS

Most k životu Trutnov

Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež Shelter RIAPS

Městský úřad Vrchlabí

DD Tmavý Důl

Domov pro seniory Vrchlabí

Barevné domky Hajnice

Městský úřad Trutnov

Městský úřad Dvůr Králové nad Labem

Městský úřad Hostinné

Charita Trutnov

Mgr. Lucie Skalská

8. ZÁVĚR (celkový)

Z jednotlivých setkání skupin vyplývá, že je v Královéhradeckém kraji kvalitní a dobře navázaná multidisciplinární spolupráce. Účastníci se shodují, že je potřeba vyjasnění si kompetencí – říct si hranice jednotlivých služeb, respektive říct si, co je a co už není v mých kompetencích při řešení situace a při poskytování pomoci/kontroly. Je také nutné vymezit si komunikační toky neboli předávání informací a vytyčení si toho, co, kdy, jak může být předáváno mezi jednotlivými službami. Pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí a je někdy obtížná vzájemná spolupráce v případě nemožnosti sdílet potřebné (klient neudělí souhlas s informováním dalších osob). Každá služba má jiné možnosti předávání informací. Účastníci se shodují na tom, že by bylo vhodné vytvořit jednotnou komunikační dohodu s ohledem na danou službu s respektem k mlčenlivosti a GDPR, jak a jaké informace mohou/nemohou být vzájemně předávány.

V rámci tématiky mapovacích nástrojů bylo zjištěno, že by bylo vhodné vytvořit jednotný nástroj pro všechny spolupracující služby. Přínos je vnímán v usnadnění předávání klienta/pacienta mezi jednotlivými službami a vhodným a důležitým nástrojem pro vzájemnou spolupráci. Účastníci se shodují na mapovacím nástroji GAF.

Z jednotlivých setkání vyplývá, že velkým a palčivým problémem je bytová problematika, nedostatek sociálních bytů, podporovaného bydlení, přičemž limit v rámci funkčního systému spolupráce shledávají účastníci v nedostatku ubytovacích zařízení. Účastníci vnímají palčivý problém při návratu člověka do běžného života z pobytové služby. Klient/pacient může zůstat mezi službami, jelikož není návazná služba, kam by bylo možné člověka navázat. Jako nutnost se ukazuje vytvářet přechodové plány, kdy člověk přechází například z nemocnice do běžného, domácího života. Účastníci by pro svou práci potřebovali mimo jiné více specialistů z řad psychiatrů, psychologů, zubařů. Bývají dlouhé objednací termíny a naplněné kapacity.

Do budoucna by bylo určitě více než žádoucí v podobných setkáních pokračovat a vyladit skutečnosti zjištěné v rámci těchto pracovních skupin, což by bylo přínosné jak pro klienty, tak pro pracovníky služeb.