



Ministerstvo práce a sociálních věcí

odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení

**Doporučený postup č. 2/2017
pro sociální část Center duševního zdraví**

Určeno pro: Poskytovatelé dotčených sociálních služeb a ostatní subjekty,
kteří budou realizovat Centra duševního zdraví
Kraje a Magistrát hlavního města Prahy

Datum platnosti: 3. červenec 2017

Datum účinnosti: 3. červenec 2017

Vypracoval: odbor 22

Počet stran: 11

Obsah

Úvod do problematiky	3
1. Výchozí principy – role case managementu	4
2. Kompetence pracovníků CDZ – sociální část.....	8
3. Kritéria pro výklad základních činností sociální části CDZ v rámci sociální rehabilitace .	10

Úvod do problematiky

Strategie rozvoje psychiatrické péče schválená ministrem zdravotnictví v roce 2013 počítá s postupným zavedením nového pilíře poskytování služeb osobám s duševním onemocněním. Jedná se o centra duševního zdraví, kterých by postupně mělo vzniknout celkem sto, aby bylo rovnoměrně pokryto území České republiky moderní sítí ambulantních a terénních služeb. Základem centra duševního zdraví je tým, který je schopen poskytovat zdravotní i sociální služby. Poskytování zdravotních služeb musí být vždy v souladu s platnou legislativou. Sociální služby se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č.108/2006 Sb.“ a poskytují se na základě registrace. **Za sociální službu poskytovanou v rámci CDZ je zde považována sociální rehabilitace (dle § 70 zákona o sociálních službách).**

V roce 2016 byl ve Věstníku č.5/2016 Ministerstva zdravotnictví zveřejněn *Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví* (dále jen „CDZ“). Kapacitně tento standard definuje pro sociální část CDZ 9 sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách na 100 tisíc obyvatel. V případě spádového regionu s menším počtem obyvatel nebo registrovaných pacientů nesmí počet sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách klesnout pod 7 (7 úvazků je považováno za nepodkročitelné minimum). Při samotném vzniku CDZ nesmí být tento počet menší než 4 úvazky, přičemž na 7 úvazků musí stoupnout do 3 let provozu CDZ.

Zatímco zdravotní část CDZ bude třeba vybudovat s využitím kapacit psychiatrických nemocnic fakticky od začátku, sociální část CDZ je již v rámci ČR z části zajištěna existujícími sociálními službami (převážně skrze druhy sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách), a to z 30 % oproti normativu a z 50 % oproti nepodkročitelnému standardu.

Cílem tohoto materiálu je kvalifikovaně popsat sociální část týmu – zásady práce, kompetence pracovníků i typologii základních činností v souladu s platnou legislativou.

Předložený materiál je v souladu s jinými platnými dokumenty, jako je Strategie reformy psychiatrické péče, Standard poskytování služeb v Centrech duševního zdraví, Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016 - 2025. I terminologicky autoři navázali na existující a schválené dokumenty ze sociálně zdravotního pomezí v oblasti péče o duševní zdraví.

Nyní zpracované řešení – tedy popis fungování sociální části CDZ v rámci sociální rehabilitace je adekvátní pro přechodné období do roku 2020, kdy by mělo vzniknout prvních 30 CDZ. Nicméně lze očekávat, že výsledky fungování CDZ mohou mít i dopad na změny v legislativě. Po přechodném období se dále plánuje rozšířit doporučený postup o doplnění příkladů dobré praxe.

1. Výchozí principy – role case managementu

Mnohonásobné potřeby lidí s chronickým průběhem onemocnění s výraznými sociálními dopady může efektivně naplnit pouze dobře koordinovaný tým složený z pracovníků různých profesí.

Tento přístup se ve světě uplatnil ve službách typu ACT (Asertivní komunitní léčba), ICM (Intenzivní case management), AOT (Asertivní tým).

Autoři Standardu CDZ se inspirovali především holandským modelem známým jako FACT (Flexibilní asertivní komunitní léčba) a komunitním systémem služeb v italském Triestu.

Pro zajištění efektivní péče a podpory pro osoby se závažným duševním onemocněním je nutné věnovat pozornost i organizačním aspektům fungování těchto týmů.

Z tohoto pohledu je klíčové:

1. Zajistit dobré propojení zdravotní a sociální části týmu.
2. Mít účinný systém alokace kompetencí a odpovědností v rámci týmu i navenek (zde se osvědčil systém case managementu).
3. Zajistit kompatibilitu zdravotních a sociálních intervencí týmu kvůli vzájemné zastupitelnosti a kontinuitě práce s klientem.

Základem CDZ je vždy multidisciplinární tým, který tvoří kromě psychiatra a psychologa především sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách spolu s psychiatrickými (popř. všeobecnými) sestrami.

Sociální pracovníci a psychiatrické (popř. všeobecné) sestry tedy logicky musejí mít kompatibilní kompetence v takzvaných *klíčových dovednostech*. Jedná se o první kontakt s klientem, individuální práci metodou psychosociální/psychiatrické rehabilitace, schopnost zastávat roli case managera v rámci týmu a kompetence při zvládnutí naléhavých situací včetně zhoršení zdravotního stavu a systematické práci s rodinným prostředím.

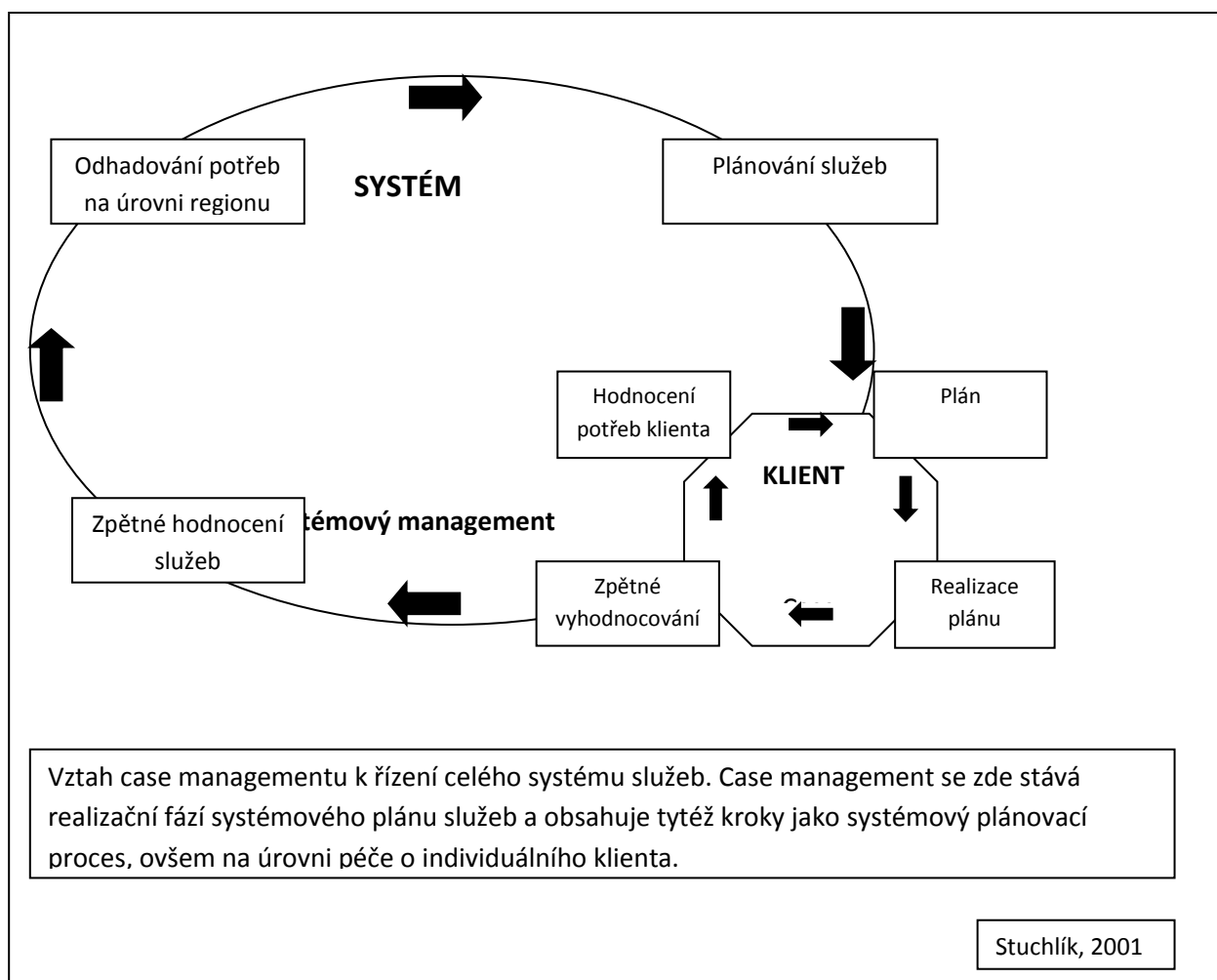
Case management jako metoda práce, role case managera

Zásadní význam case managementu v sociální práci popisuje Probstová (*in Matoušek & Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005*).

Mezi základní prvky case managementu patří (*Stuchlík, 2001*):

- přehled o potřebách a schopnostech klientů,
- plánování péče,
- uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
- monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Tyto prvky jsou v souladu s principy dobré praxe individuálního plánování dle zákona č. 108/2006 Sb.



Systém case managementu reaguje na zásadní problémy, které jsou spojeny s poskytováním služeb závažně duševně nemocným. Case manager je zprostředkovatelem služeb, ví koho kontaktovat, zpřehledňuje tak systém. Case manager je se svými klienty v dlouhodobém kontaktu, a proto je schopen zajistit kontinuitu služeb, které klient využívá. Zároveň je schopen (díky dlouhodobému kontaktu a mapování potřeb) pro klienta zajistit komplexnost služeb tak, aby klient využíval všechny služby, které jsou dostupné a jsou pro něj přínosné a zbytečně nečerpal služby, které nepotřebuje. Individuální práci s klientem je case manager schopen klientovi zajistit i individuální přístup při plánování a využívání služeb. Case manažer se také velmi dobře orientuje v rodinné situaci klienta a podporuje proces zotavení celého rodinného systému. Výhody, které case management přináší, by se daly shrnout do následujících bodů:

- Dostupnost
- Kontinuita
- Koordinace
- Přizpůsobivost
- Výkonnost – efektivita

Zásady case managementu:

- **Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii**

Diagnóza může být stigmatizujícím prvkem, který nic nevyovídá o klientových potřebách, o jeho zkušenostech a o jeho cílech do budoucna.

- **Podstatný je vztah klienta a case managera**

Vztah by měl být na partnerské úrovni. K této úrovni je třeba se dopracovat, neboť pracovník vstupuje do vztahu zákonitě v roli silnějšího. Vztahu také významně pomáhá jeho dlouhodobost, kdy se vytváří prostor pro oba účastníky vztahu, aby se poznali nejen jako poskytovatel služeb a klient, ale i jako lidé.

- **Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí**

Profesionál by měl respektovat klientova rozhodnutí. Měl by je respektovat i v případě, že je považuje za riskantní pro klienta. Měla by existovat jasná dohoda s klientem o situacích, kdy pracovník klientovo rozhodnutí respektovat nebude (např. v situacích, kdy si klient chce ublížit nebo ohrožuje své okolí).

- **Asertivita intervencí**

Pracovník by měl klientovi nabízet služby asertivně, měl by mít přehled o jeho potřebách, měl by znát klientovo sociální okolí, kontaktovat klienta v jeho přirozeném prostředí, aby byl schopen reflektovat případná skrytá rizika, která klient nemusí „vidět“, a poté o nich s klientem hovořit, nabízet mu službu, která by pomohla klientovi tuto situaci řešit.

- **I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat**

Pracovník by měl vycházet ze silných stránek (schopností, dovedností), které klient má, respektive které mu zůstaly zachovány. Tento princip orientovaný na zotavení (recovery) je v současných službách péče o duševní zdraví nepostradatelný.

- **Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoliv překážka**

Case management vychází z předpokladu, že pokud je klientovi v komunitě dostupný zdroj, který je schopen saturovat jeho potřeby, je to lepším řešením, než využití profesionálních služeb. Např. proč by měl klient trávit svůj volný čas v centru denních aktivit, pokud je členem sportovního oddílu, kde je spokojen, chodí do knihovny a má přátele, se kterými je schopen vyrazit do kavárny.

- **Podpora zotavení rodinného prostředí**

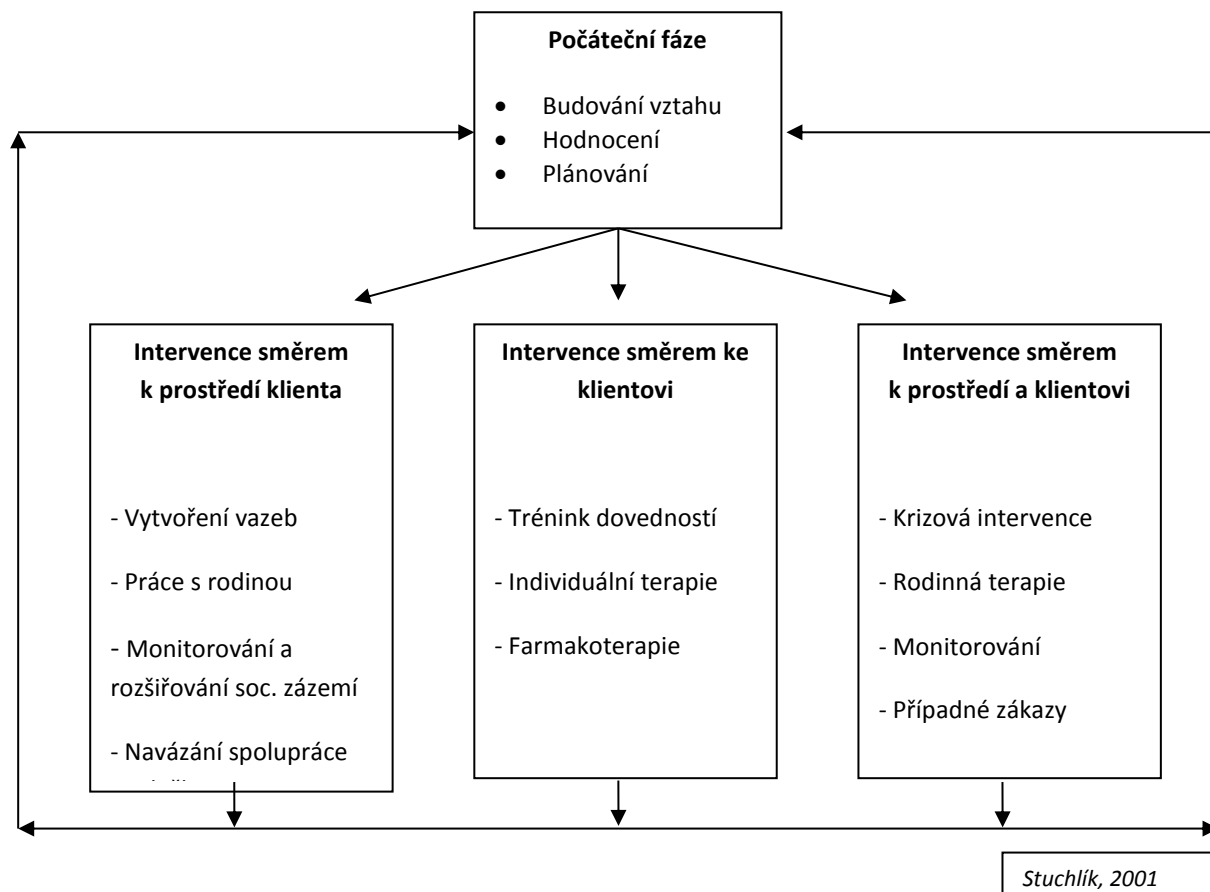
Většina intervencí by měla být poskytována tak, aby vedla nejen k zotavení samotného klienta, ale i zotavení celého rodinného systému. Pokud dojde k nastartování změn uvnitř rodiny např. změny postojů či komunikace, je větší šance, že rodina podpoří i změny vedoucí k zotavení nemocného člena rodiny.

- **Multidisciplinární spolupráce**

Multidisciplinární tým je efektivním nástrojem poskytování péče, umožňuje předávání zkušeností, a kontinuitu práce. Součástí práce jsou nutně týmové porady, které umožňují flexibilně koordinovat činnosti jednotlivých profesí v zájmu klienta a spolu s ním plánovat postup spolupráce.

Úkoly case managementu:

Case management tradičně zahrnuje pět základních funkcí (hodnocení, plánování, advokacii, vazbu (terapeutický vztah) a monitoring (Scott a Lehman in Thornicroft a Szmukler, 2001).



Ve schématu jsou znázorněny úkoly, které plní case managementový tým. Všechny tyto úkoly může plnit pouze case managementový tým nebo může zajišťovat jen některé služby a zbylé zprostředkovávat - ovšem mimo „počáteční fáze“. Úkoly spojené s počáteční fází jsou jedním z hlavních úkolů case managerů, tzn. navázat vztah s klientem, společně zmapovat klientovy dovednosti, schopnosti, představy, potřeby. A na základě tohoto mapování stanovit cíle, tzn. plánovat. Plánování intervencí a podpory by mělo vycházet z reálných cílů, měla by být jasná kompetence a odpovědnost klienta a pracovníka (popř. pracovníků – s jasně delegovanými pravomocemi a úkoly), mělo by být definováno, jak se pozná, že cíl (potřeba) je naplněn a měl by být připojený časový harmonogram plánu a jednotlivých úkolů. Ze schématu je také zřejmé, že intervence nejsou prováděny izolovaně, ale že spolu úzce souvisí, byť jsou ve schématu formálně rozděleny na intervence k prostředí, ke klientovi a ke klientovi a prostředí. Také je zřejmé, že všechny intervence a úkoly se po svém provedení vrací zpět k bodu hodnocení a dalšího případného plánování.

Psychosociální rehabilitace

Proces cílený na zlepšení fungování vážně psychiatricky nemocných lidí, aby mohli bydlet, pracovat a trávit volný čas v prostředí dle svého vlastního výběru a s co nejmenší možnou mírou odborné péče (Anthony, 1990).

Cíle rehabilitace

- praktické zařazení duševně nemocných lidí do samostatného života mezi zdravými lidmi s potřebnou mírou nezávislosti a odpovídajícími schopnostmi a dovednostmi
- cílem je naplňování běžných sociálních rolí (zaměstnanec, rodič, kamarád, soused aj.)

Psychosociální rehabilitace má propracované pracovní postupy, které jsou kompatibilní s rolí sociálního pracovníka/pracovníka v sociálních službách i psychiatrické sestry.

2. Kompetence pracovníků CDZ – sociální část

Personál zajišťující sociální služby spádového regionu se 100 000 obyvateli:

Personál zajišťující sociální služby - nejméně 4,0 úvazky při vzniku CDZ, dále pak min. 7 úvazků.

Standardní personální zajištění je 9,0 úvazku na 100 000 obyvatel.

Z toho:

Sociální pracovník^{1,2,3}

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006 Sb..

Sociální pracovník je plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu, může pracovat samostatně, účastní se multidisciplinárních porad. Zastává zpravidla roli case managera v rámci týmu. Je vhodné, aby se kontinuálně vzdělával nad rámec § 111 zákona č. 108/2006 Sb. v oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním. Část pracovníků by se mělo dále specializovat – např. na pracovní rehabilitaci nebo práci s lidmi s duálními diagnózami (komorbidita duševní nemoci a závislosti).

Pracovník v sociálních službách^{2,3}

- kmenový zaměstnanec CDZ, člen multidisciplinárního týmu
- splňuje podmínky výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb.

¹ Minimálně ½ úvazků pracovníků zajišťující sociální služby jsou sociální pracovníci.

² Jeden z pracovníků splňující kvalifikační kritéria dle § 116 nebo § 110 zákona č. 108/2006 Sb. pracuje nejméně na 0,5 úvazku v roli peer konzultanta. Jedná se o kmenového zaměstnance CDZ a člen multidisciplinárního týmu, který má vlastní zkušenost s onemocněním z okruhu SMI, stabilizovaný zdravotní stav.

³ Jeden z pracovníků splňující kvalifikační kritéria § 116 nebo § 110 zákona č. 108/2006 Sb. se zabývá problematikou zaměstnávání osob se SMI. Preferována je metoda IPS (Individual placement and support), u níž byla prokázána účinnost při uplatnění na běžném pracovním trhu na rozdíl od jiných forem pracovní rehabilitace. Tato metoda spočívá v individuální a dlouhodobé podpoře uživatele na pracovním místě dle jeho preferencí u běžného zaměstnavatele. Na rozdíl od podporovaného zaměstnávání není služba IPS časově omezená a pracovník je členem multidisciplinárního týmu.

Pracovník v sociálních službách je členem týmu. Jeho kompetence jsou vymezené zákonem č.108/2006 Sb. Složitější agendu vykonává pod vedením vedoucího týmu CDZ.

Pozn:

Význam Peer konzultanta

Zařazení těchto expertů do týmů je vhodné z řady důvodů. Zahraniční zkušenosti s peer konzultanty ukazují, že jejich zapojení do rehabilitačního procesu zvyšuje adherenci klienta k celému procesu, což je samo o sobě zásadní. Dále se ukazuje, že zapojení peer konzultantů zvyšuje subjektivní spokojenost klientů se službami. Přínos mají i ve vnitřním fungování multidisciplinárních týmů složených z řady profesionálů. Přinášejí jiný pohled na problematiku, kterou ostatní členové týmů mívají tendenci nazírat skrze paradigmaty svých původních profesí, kdežto peer konzultant věci nazírá optikou svého vlastního příběhu a osobní zkušenosti s podobnými situacemi. Nezabývá se tedy symptomy a dysfunkcemi. Posiluje tak sebevědomí klientů a tím plní také destigmatizační funkci, což je v prostředí České republiky velmi žádoucí. Jak ukazují výzkumy, přítomnost peer konzultantů v rehabilitačním procesu zlepšuje sociální integraci a fungování (Klein *et al.*, 1998; Chinman *et al.*, 2001; Yanos *et al.*, 2001; Forchuk *et al.*, 2005; Nelson *et al.*, 2006; Huxley *et al.*, 2005; Lawn *et al.*, 2008), snižuje jejich problémy se zneužíváním návykových látek (Klein *et al.*, 1998; Davidson *et al.*, 2012) a zvyšuje jejich stabilitu v zaměstnání a při studiu (Ochocka *et al.*, 2006; Repper & Carter, 2011). V neposlední řadě pak mají vliv na vnitřní kulturu multidisciplinárních týmů, ve kterých posilují přístupy orientované na zotavení.

Kompetenční tabulka – sociální část CDZ

		sociální pracovník	pracovník v sociálních službách pod vedením
Kompetence	Výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti		
	Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu		
	Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím		
	Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů		

3. Kritéria pro výklad základních činností sociální části CDZ v rámci sociální rehabilitace

Z řady důvodů je vhodné, aby všechny služby sociální části CDZ byly zajištěny v rámci jednoho druhu registrované služby. Jako nejvhodnější se pro tento účel jeví služba sociální rehabilitace § 70 zákona č.108/2006 Sb.

Pro potřeby CDZ zahrnujeme pouze základní činnosti poskytované formou terénní a ambulantní (lůžková část CDZ musí mít podle Standardu péče poskytované v Centrech duševního zdraví povahu zdravotní služby).

CDZ je službou určenou osobám se závažným duševním onemocněním nebo osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, a existuje riziko rozvoje tohoto onemocnění.

Vzhledem k potřebě komplexní péče podporující zotavení rodinného systému je důležitou součástí též úzká spolupráce s rodinou klienta a blízkým okolím.

V následujícím přehledu specifikujeme základní činnosti sociální rehabilitace tak, aby byly v souladu s potřebami cílové skupiny.

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- a) Činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob
- b) Intervence, jejichž poskytování vede ke zvládnutí složitých životních situací včetně zhoršeného zdravotního stavu
- c) Intervence posilující rodinné prostředí v období zhoršení zdravotního stavu
- d) Intervence podporující zotavení rodinného systému a zahájení následného úzdravného procesu
- e) Činnosti vedoucí k předcházení zhoršení zdravotního stavu
- f) Podpora v oblasti partnerského soužití a bezpečného sexuálního života
- g) Podpora vedoucí k posílení rodičovských kompetencí
- h) Podpora a informování týkající se života s duševním onemocněním
- i) Aktivizační činnosti upevňující motorické, psychické a sociální schopnosti a dovednosti
- j) Podpora obnovení a získání sociálních rolí a aktivit smysluplných v kontextu osobního příběhu uživatele
- k) Podpora vytváření individuálních strategií pro překonávání důsledků a dopadů duševní nemoci do běžného života
- l) Podpora udržení motivace
- m) Zplnomocňování k odpovědnosti k sobě samému a společnosti

Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování

- a) Nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů
- b) Nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování
- c) Nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti
- d) Nácvik finančního hospodaření
- e) Nácvik základního ovládnání informačních technologií a internetové komunikace
- f) Nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostředí
- g) Nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- a) Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a sociálním prostředím, podpora při dalších aktivitách sociálního začleňování osob
- b) Aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí
- c) Doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, k dalším poskytovatelům služeb, do chráněného zaměstnání, na zájmové aktivity a doprovázení zpět
- d) Nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky
- e) Nácvik chování v různých společenských situacích
- f) Nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi
- g) Vyhledávání osob, které nejsou v kontaktu se službami, vlivem duševní nemoci se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, mohou ohrožovat sebe nebo své okolí
- h) Opakované kontaktování těchto osob s cílem navázat kontakt a zajistit adekvátní péči
- i) Spolupráce se sociální sítí těchto osob za účelem zabezpečení základních potřeb a bezpečného soužití v komunitě

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- a) Informační servis a zprostředkovávání služeb
- b) Poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod
- c) Vyhledávání, mapování, koordinace zdrojů v okolí uživatele
- d) Práce s rodinou a blízkým okolím uživatele, podpora rodinných rolí
- e) Podpora při vzdělávání a pracovním uplatnění
- f) Podpora při vyhledání a udržení vhodného a finančně udržitelného bydlení
- g) Podpora při využívání zdravotních, sociálních, právních a dalších služeb
- h) Podpora zapojování uživatele do komunity