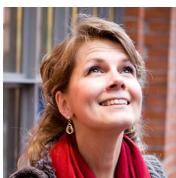


PŘEDVÁNOČNÍ ČÍSLO našeho bulletinu se bude tentokrát věnovat reformě psychiatrické péče. Toto téma je nyní pro mnoho organizací nanejvýš aktuální. Kvůli reformě prochází řada služeb mohutnou transformací a poskytovatelé se učí na věc dívat z hlediska multidisciplinární péče. Své zkušenosti a pohledy na tuto problematiku nám v rozhovorech odkryly **PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková**, ředitelka Centra Anabell, a **Bc. Zuzana Fišarová**, vrchní sestra Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.



Pohled

JANY SLADKÉ ŠEVČÍKOVÉ

Reforma psychiatrické péče sociální optikou

Jak byste charakterizovala reformu psychiatrické péče?

Účelem reformy je omezení hospitalizace ideálně jen na nezbytné a akutní případy, aby mohla péče probíhat v přirozeném prostředí. S tím se samozřejmě pojí dostatečné zajišťování ambulantních a terénních služeb. Cílem reformy je také změna způsobu, jakým se na pacienta díváme. Nechceme o něm hovořit jako o nemocném či neschopném, protože pracujeme s člověkem, který je schopný a má moc pracovat se svou situací a žít plnohodnotný život i přes svou diagnózu. Rozhodně v rámci reformy také zaměřujeme velkou pozornost na naplňování práv těch, kteří čerpají psychiatrickou péči. Významným prvkem reformy je i multidisciplinarita, tedy komplexní spolupráce řady resortů pro lepší efektivitu těchto služeb.

Jak vypadá multidisciplinarita v praxi? Jaké resorty se zapojují?

Nejdůležitější je spolupráce zdravotního a sociálního resortu, důležitá je ale i oblast vzdělávání. Multidisciplinarita je dobře

vidět na vznikajících *centrech duševního zdraví* (CDZ), kde se právě tyto oblasti služeb prolínají a kde péče velmi hezky funguje. V ČR existuje již 21 CDZ a do roku 2022 bychom jich měli mít dokonce 30. Také v rámci reformy péče o duševní zdraví vznikla např. pracovní skupina, která se zaměřuje na individuální přístup k pacientům a meziresortnost při poskytování péče. Je třeba, aby se naše resorty navzájem respektovaly a shodly se, že prioritou má být co nejlepší život pacienta s ohledem na jeho stav a možnosti.

Ve Vaší organizaci Anabell také v rámci reformy zavádíte změny, které mimo jiné rozšíří Vaši cílovou skupinu. Co bylo pro přípravu důležité a jak se k plánům postavil Váš pracovní tým?

Jsem moc ráda za své kolegyně, které mi v tom pomáhaly. Chápou, že ve společnosti existuje poptávka po našich službách a že situace rodin nemocných je mnohdy zoufalá, na odbornou pomoc musí čekat často v řádu měsíců a neví, co v mezidobí dělat. U skutečně akutních

Pohled

ZUZANY FIŠAROVÉ

Reforma psychiatrické péče zdravotní optikou

Když se řekne psychiatrická reforma, co Vás napadne jako první?

Změna prostředí, změna vztahů mezi pacienty a zdravotnickým personálem. Podpora komunitní psychiatrické péče již během hospitalizace.

Co si pod tím představit konkrétněji?

Jde o změnu přístupu v myšlení. Oproti tzv. „starému způsobu myšlení“ nyní pacient nemusí být zcela vyléčený, aby se mohl vrátit do domácího prostředí. Domů může jít jako stabilizovaný s přímou podporou terénního týmu v domácím prostředí. Na Psychiatrickém klinice pracuji už dlouho, přes 20 let. Víím, že změnit způsob práce a vůbec myšlení lidí je velmi těžké, ale motivací by mohl být prospěch pacienta, zlepšení kvality jeho života.

Jak se daří tuto novou myšlenku zavádět do praxe?

Složitě, ale s podporou vedení kliniky, předností prof. Rabocha a především přimáčky MUDr. Ireny Zrzavecké, jsme dokázali vytvořit a postupně realizovat pilotní

projekt. Důležitým faktorem je podpora a přímá účast docenta MUDr. Martina Anderse, který se osobně angažuje a motivuje nejen mne ke změnám...

Myšlenku a nový způsob práce se nám podařilo rozšířit mezi týmy na celé klinice, začali jsme s pacientem pracovat jinak než dřív. Dříve se u člověka hodnotily viditelné věci, zaměřené na zdravotní stav pacienta, v rámci psychiatrické reformy nyní hodnotíme také funkční schopnosti. Hodnocení má v kompetenci primární sestra. Počáteční proces hodnocení probíhá u akutně hospitalizovaných pacientů co nejdříve po přijetí, poté průběžně každých 7 dní, hodnotí se funkční schopnosti a pro stanovení deficitu potřeb používáme tzv. „kola života“. Hodnocení provádí sestra spolu s pacientem.

„Kolo života“ obsahuje oblasti jako zdraví, rodina, peníze, vztahy, bydlení, volný čas, práce. Pacient sám určuje, jaký má v jednotlivých oblastech deficit. Hospitalizovaným mnohdy chybí kontakt s rodinou, často se vyskytuje také problematika nevyhovujícího bydlení. Na počátku



případů se systém o pacienta postará, ale jedna návštěva mnoho neřeší a návazná péče pak chybí úplně. Náš tým jsme zapojili do vzdělávání, a co se týče terapeutické péče, rozšířili jsme jej o nové kolegy.

Co byste na závěr vzkázala ostatním poskytovatelům sociálních služeb, kteří se rozhodnou se vydat stejným směrem?

Hlavně nepodcenit veškeré přípravy. Je důležité znát problematiku multidisciplinarity, aby Vás nezaskočily citlivé oblasti jako ochrana osobních údajů při předávání informací o pacientovi mezi jednotlivými resorty. Nadřízení musí taky vědět, jak svůj tým zaškolit a zavést nový systém, cesta se nemůže hledat až

potom. Resorty je třeba předem ujednotit a jasně rozdělit úlohy, protože doposud to fungovalo všude jinak a pracovalo se všude jiným způsobem.

PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková zakladatelka a ředitelka Centra Anabell, od roku 2002 jediného poskytovatele sociálních služeb pro osoby s poruchami příjmu potravy a jejich blízké v ČR. Současně také supervizorka a lektorka, inspektorka kvality sociálních služeb. Od roku 2018 působí v rámci reformy péče o duševní zdraví v ČR a angažuje se ve zvyšování kvality péče a naplňování lidských práv osob s psychiatrickými diagnózami. Působí jako manažerka kvality MZ ČR pro Psychiatrickou nemocnici Brno a pro Dětskou psychiatrickou nemocnici Velká Bíteš.

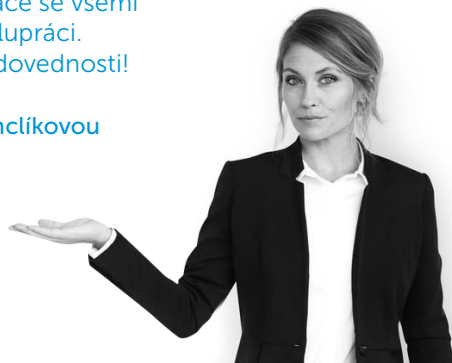
Bud'te s námi o krok napřed!

V rámci přípravy na změny v zákoně o sociálních službách (108/2006 Sb.) od nového roku poskytujeme **odborné konzultace** k tématům **efektivní organizace a efektivní služby**. Efektivní organizace zahrnuje **strategické plánování, problematiku HR (fungující organizační strukturu) a jasný finanční plán** pro získání potřebných finančních prostředků.

Při odborných konzultacích o efektivní službě se věnujeme především **koncepci jednotlivých služeb**, kterou definujeme směr poskytovaných služeb na další 3 roky. Spolupracujeme s Vámi na **zavedení systému dopadové evaluace služeb** a na **efektivním řešení finančního a personálního zajištění** s ohledem na Vaše poslání a cíle i na cílovou skupinu klientů.

Nově také připravujeme workshop **Firemní fundraising v praxi**, který se zaměřuje mimo jiné na jednání s velkými firmami. S námi bezesbytku ovládnete zásady komunikace se všemi jejími specifiky při žádosti o finanční dar či spolupráci. Pojd'te do toho a získejte s námi neocenitelné dovednosti!

Písemně či telefonicky kontaktujte Kateřinu Brunclíkovou **E katerina.brunclikova@sanek.cz, T 733 755 817**, která Vám poskytne bližší informace a ráda se s Vámi osobně setká.



hospitalizace bývá spokojenost v určitých oblastech okolo 30 procent. Do dotazníku se doplňuje komentář, jak by se daný problém dal ovlivnit, jestli to pacient vůbec cítí jako deficit dané potřeby, zda něco chce změnit, jestli s tím lze něco udělat. Dříve se tyto věci většinou řešily až po ukončení hospitalizace, někdy k řešení už ani nedošlo. Pacienti mezi své potřeby někdy zařazují i nereálné věci, které řešit nelze, zdravotník je zde proto, aby pomohl se smysluplným zadáním a reálnými možnostmi pomoci.

Zdravotnictví má svou povinnou hierarchii, vše musí být zdokumentováno papírově. „Kolo života“ je tedy znázorněno papírovou formou, pacient dostane podklad s instrukcí a má možnost promyslet si vše před rozhovorem se zdravotníky. Zdravotník/primární sestra vyhodnocuje získané údaje na škále „GAF“, spolu s pacientem pak deficit potřeb analyzují – co je a co není realizovatelné. Na daném základě se pacientovi plánují aktivity na míru. V nabídce aktivit kliniky je nácvik sociálních dovedností, trénink kognitivních funkcí, canisterapie, režimová terapie apod.

Na rozdíl od jiných pracovišť byl na naší klinice zapojen do procesu „Kola života“ veškerý personál, nejen staniční sestry. Pacienti mají s provozním personálem mnohdy užší a spontánnější vztah než s lékaři, se kterými nejsou v kontaktu tak často. Zdravotníci v přímé péči mají mnohdy podprahový cit, důvěru a hlavně na pacienty mají čas „tady a teď“, zcela přirozeně.

V Praze do procesu „Kola života“ zapojili veškerý personál, nejen staniční sestry apod., jako v jiných zařízeních, kde může jít zbytečně a neefektivně pouze o pocit vlastní důležitosti. Pacienti mají s provozním personálem mnohdy užší a spontánnější vztah než s lékaři, se kterými nejsou

v kontaktu tak často. Zdravotníci v přímé péči mají mnohdy podprahový cit, důvěru a hlavně na pacienty mají čas „tady a teď“, zcela přirozeně.

Samozřejmě se i na naší klinice najdou profesionálové, kteří nejsou zastánci reformy. Zatím je stále nedostatečná osvěta, ruku v ruce s velkou silou stigmatizace. Předsudky mají dokonce i mladí lékaři i zdravotníci různých oborů bez ohledu na délku praxe. Stále se stává, že pacienti si nechávají dávat na nemocenské lístky tzv. krycí razítka, aby nebyla znát psychiatrická diagnóza, lidé se stydí,



stejně tak zaměstnavatelé mívají k takovému zaměstnancům mnohdy nerovnocenný přístup.

VFN spolupracuje s neziskovou organizací Fokus (Praha, Podskali), se kterou máme smlouvu v rámci navazování komunitní péče. Princip je v tom, že se jednou týdně scházíme s týmem komunitních služeb přímo na našem oddělení. Jedná se o komunitní terénní službu, jejíž pracovníci poskytují lidem podporu v jejich prostředí, ... dochází s nimi na úřady apod. Pokud má i zdravotnický personál dostatečné informace a osvětu o práci terénního týmu

Představujeme novou ředitelku

Vážené kolegyně a kolegové, přátelé
dovolte mi, abych Vás informoval o změně na pozici ředitele **SANEK Ponte**.

Historie organizace začíná konzultantskou skupinou Alef, posléze prací pod křídly organizace SANEK až k současnému spolku SANEK Ponte.

V průběhu těch 20 let, kdy jsem organizaci vedl, jsme realizovali mnoho užitečných projektů, a tak přispěli k rozvoji konkrétních organizací i neziskového sektoru jako celku.

Po zralé úvaze jsem nyní dospěl k tomu, že je čas vedení organizace předat dál. Jsem přesvědčen, že pravou osobou pro převzetí vedení organizace a její další rozvoj je Kateřina Brunclíková, která mě od 1. ledna 2020 v pozici vystřídá.

Přeji Katce i SANKu Ponte hodně úspěchů a těším se na Vás v mé (staro)nové roli konzultanta.

Mgr. Petr Konečný, ředitel



Vystudovala jsem obor Sociální politika a sociální práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity a obor Speciální pedagogika pro učitele na Pedagogické fakultě. Doposud jsem působila v SANEK Ponte jako odborná konzultantka a evaluátorka. Dlouhodobě působím na pozici manažerky v oblasti strategického plánování a procesního řízení. V oblasti sociálních služeb se zaměřuji na jejich efektivitu, a to zejména prostřednictvím jejich dopadů. Poskytuji odborné konzultace, jak k nastavení služby, tak k celkovému fungování.

Mgr. et Mgr. Kateřina Brunclíková, DiS.

Aktuální projekty

- **TAČR/ZČU:** aplikační garant projektu Efektivní marketing jako nástroj konkurenceschopnosti a udržitelného rozvoje neziskových organizací poskytujících sociální služby
- **Evaluace OPZ 022:** Dotyk II, o.p.s.
- **Evaluace OPZ 48:** Dotyk II, o.p.s.
- **Koučování managementu:** Pestrá společnost, Magdaléna o.p.s.
- **Evaluace OPZ 064:** DaR – Centrum pro dítě a rodinu
- **Evaluace OPZ 071:** Cesta pro rodinu
- **Evaluace OPZ 064:** Spolek NUDZ
- **Hodnocení a odměňování pracovníků:** Iskérka o.p.s.
- **Konzultace ke SQSS, metodiky evaluaci sociálních služeb:** Centrum sociálních služeb Ostrava
- **Firemní fundraising v praxi:** Oblastní charita Znojmo
- **Audity organizací v rámci Neziskovky roku:** NROS



a komunitních služeb, umí již při hospitalizaci pacienta lépe informovat, motivovat jej. Vždy se ctí rozhodnutí pacienta, zda se pracovníky komunitních služeb chce, nebo nechce mluvit, nikdo není k navázání spolupráce nucený. Na základě důvěry, vybudované s pacientem při hospitalizaci, může zdravotnický personál podat veškeré informace, i o tom, že není nutné tohoto druhu pomoci využít, ale také pacient ví, co by mu spolupráce přinesla. Při návštěvách je vyhrazen časový prostor na to, aby pracovníci Fokusu chodili přímo mezi pacienty, se kterými spoluprací již navázali – zjišťují jim informace, přijdou za nimi s tím, co pro ně mohou udělat. Tato setkání probíhají za účasti zdravotníků z oddělení, což je velmi důležité pro kontinuitu i důvěru ke společné práci. Postupem času vyvstala také potřeba mluvit s pracovníky Fokusu o pacientech, které už zdravotníci oddělení dlouho neviděli. Stává se, že se hospitalizace opakují, postupně však takové případy začínají ubývat, přestože často již takoví pacienti získali tzv. nálepku někoho, komu již nelze pomoci, opakovaně totiž pacienty motivujeme ke spolupráci, a to nese větší úspěšnost. Přínosné je to tak i pro práci a pohled samotných zdravotníků, kdy jim praxe potvrzuje, že jejich práce má smysl a vidí pozitivní postup i výsledky.

Co byste vzkázala sociálním a zdravotnickým pracovníkům?

Aby se více potkávali spolu, přímo v nemocnicích. Pracovníci Fokusu u nás

chodí přímo na akutní oddělení. Sociální pracovníci ve službách běžně nevidí, jak jejich klient vypadá a jedná při příjmu do nemocnice v akutním stavu. Jinak se poté chápe i případná nutnost použití omezovacích prostředků atd. Ne každá nezisková organizace má na své zaměstnance nároky na vzdělání a praxi. Ve zdravotnictví je to nutnost, když chce někdo pracovat na určitém oddělení a pozici, musí mít příslušné vzdělání, specializaci, kompetence. Pracovníci komunitních psychiatrických služeb často nevnímají problematiku práce zdravotníků. Někdy jim nejsou známe účinky léků, pojmy, diagnózy. Přikláníla bych se k možnosti vzdělávání týmů zdravotníků a sociálních pracovníků napříč profesemi na podobné odborné úrovni. Nadřízení musí také vědět, jak svůj tým zaškolit a zavést nový systém, cesta se nemůže hledat až potom. Resorty je třeba předem ujednotit a jasně rozdělit úlohy, protože doposud to fungovalo všude jinak a pracovalo se všude jiným způsobem.

Rehospitalizací ubývá, přestože si pacienti nesou z minulosti nálepku někoho, komu již nelze pomoci. Díky opakované motivaci těchto pacientů jsme docílili větší úspěšnosti v zapojení do komunitních služeb.

Bc. Zuzana Fišarová
vrchní sestra Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Pracuje s pěti týmy lůžkových oddělení (120 lůžek), ambulancí a třemi denními stacionáři. V rámci reformy péče o duševní zdraví v ČR působí jako metodik Multidisciplinárního

Myšlenka na závěr

„Každý, kdo shromažďuje vodu z hor a přivádí ji k sobě nebo kdo pije z pramenů, sám se stane mračnem dávajícím vodu. Naplň tedy hlubiny svého nitra, aby tvá země nasákla vláhou z vlastních studánek. Nuže, kdo hojně shromažďuje, hojně čte a snaží se porozumět, ten se naplňuje. A kdo se naplnil, může dávat vláhu jiným.“

Přejeme Vám, abyste si ve ztišení adventního času odpočali od všednosti, bohatě načerpali vláhu do své duše a získali novou sílu do dalších měsíců pro sebe i své blízké.