

Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné



Monika Dudová

ABSTRAKT

Předložený článek tvoří sumarizaci diplomové práce, která pojednává o procesu formování multidisciplinárního týmu, který se stává nástrojem péče v oblasti péče o duševně nemocné, a to v rámci transformace psychiatrické péče z institucionální sféry do komunitně orientovaných služeb. Multidisciplinární spolupráce by se v moderním pojetí komunitně orientovaných psychiatrických služeb měla stát poskytovatelem komplexnějších, kvalitnějších a efektivnějších služeb pro osoby s duševním onemocněním.

Teoretická část tvoří informační rámec pro vymezení základních pojmů z oblasti duševních poruch, komunitní psychiatrie, popis současného stavu péče o duševně nemocné a přináší poznatky z chystaných kroků reformy v oblasti poskytování psychiatrických služeb. Empirická část mapuje proces tvorby multidisciplinárního týmu v nově vzniklém Centru duševního zdraví, novém nízkoprahovém pilíři transformace psychiatrických služeb, a přináší pohled všech profesionálů týmu na proces formování týmu, vzájemnou spolupráce, zapojení peer pracovníka a současně mapuje bariéry, které brání optimálnímu fungování multidisciplinární spolupráce.

ABSTRACT

Submitted article presents a summary of the diploma thesis focused on the process of formation of multidisciplinary team, which becomes an instrument of care to services dealing with mental illness treatment in the frame of the transformation of psychiatric care from institutional to community services. In mental health community-based services as we know them today, multidisciplinary cooperation should provide more complex and effective help for people with mental illness.

The theoretical part of the thesis consists of informative overview, stating the basic terms in the field of mental disorders and community psychiatry, and the description of state-of-arts in caring about mentally ill. It also brings new information about planned reforms in the area of providing psychiatric services. The empirical part maps the process of putting the multidisciplinary team together in the newly established Centre of mental health, a new low-threshold pillar of transformation of psychiatric services. In addition, it shows views of all professionals from the team on the team development, mutual cooperation, and involving a peer consultant and it maps the barriers keeping multidisciplinary cooperation from optimal functioning as well.

ÚVOD

Od roku 2013 probíhá na území České republiky psychiatrická reforma, která má nastolit novou éru v poskytování psychiatrické péče osobám s duševním onemocněním. Transformace v této oblasti přináší dělení péče do čtyř základních pilířů. Vedle tradičních psychiatrických ústavů s plánovanou redukcí lůžek, psychiatrických ambulancí a psychiatrických oddělení nemocnic, vznikne nový, v tuzemském prostředí ojedinělý koncept tzv. Center duševního zdraví. Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) vzniknou jako nový nízkoprahový pilíř pro osoby se závažným duševním one-



mocněním (SMI), který bude dostupný v komunitním prostředí, mimo velké psychiatrické instituce, a kde oproti nim bude poskytována péče velmi individuální.

Strategie reformy psychiatrické péče (MZ, 2013) počítá se vznikem jednoho CDZ na přibližně 80 až 100 tisíc obyvatel, které mají za úkol zajistit efektivní poskytování služeb duševního zdraví v dané komunitě. Nástrojem CDZ je pak multidisciplinární tým, který se stane poskytovatelem zdravotně-sociálních služeb, a tak přispěje k nastolení nového způsobu péče o duševní zdraví.

Psychiatrie je finančně poddimenzovaným medicínským oborem a do jeho rozpočtu jde pouze zlomek celkového objemu peněz Ministerstva zdravotnictví ČR (přibližně 2,5–2,9 % z celkového rozpočtu). Transformace psychiatrické péče by tak měla přispět nejen k navýšení rozpočtu pro oblast psychiatrie, ale zejména by se se strukturálními změnami měla dostat do popředí sociální práce v celé její šíři. Duševní onemocnění nezasahuje pouze jedince samotného, ale přesah má do rodinných vztahů, pracovně-právních záležitostí a zároveň do celé komunity. Sociální práce je tedy efektivním nástrojem, jak podpořit jedince s psychickou poruchou v jeho přirozeném prostředí, které zahrnuje veškerou síť sociálních vztahů, a napomoci mu tak k úzdravě mimo velké psychiatrické nemocnice.

Psychiatrická reforma a s ní spojený vznik nového nízkoprahového pilíře přináší rozvoj multidisciplinární spolupráce v přirozeném prostředí osob s duševní poruchou, a přináší tak komplexnější a provázanější nabídku služeb. Tato reforma by též měla přispět k destigmatizaci psychicky nemocných osob, ale zároveň celého oboru psychiatrie a sociální práce. Nová dekáda v poskytování služeb duševního zdraví klade velký důraz na sociální práci jako elementární způsob poskytování psychosociální pomoci této cílové skupině a jejich rodinám, jako prostředku naplňování lidských práv, psychosociálních potřeb, a to s důrazem na individualitu a lidskou důstojnost.

SYSTÉM PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Česká republika je zemí s chybějícím vládním programem péče o duševní zdraví. Tato situace je dána nesystematickým zřizováním psychiatrických institucí, nerovnoměrným rozmístěním psychiatrických ambulancí a absencí komunitních služeb (Raboch, 2012). Koncepce oboru psychiatrie (dále jen Koncepce, PS ČLS JEP, 2008) podotýká, že obor psychiatrie je velmi zanedbaným oborem a dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá. Jak se dále v Koncepci (2008, str. 3) píše: „základními kameny diferencovaného přístupu k prevenci, terapii a rehabilitaci u duševních poruch je systém propojené péče ambulantní, lůžkové a komunitní.“ I přes částečnou zastaralost Koncepce doposud nedošlo k propojení služeb, avšak s nastolenou psychiatrickou reformou by mělo dojít ke změnám i na státní úrovni.

Hlavním cílem psychiatrické reformy (MZ, 2013) je zvýšení kvality života osobám s duševním onemocněním. Za ještě nadřazenější cíl celé strategie psychiatrické reformy můžeme označit naplňování lidských práv osob s duševním onemocněním, a to co v nejširším pojetí. Dílčí cíle změn popsané ve Strategii reformy psychiatrické péče (MZ, 2013) můžeme členit následovně: zvýšení kvality psychiatrické péče, omezení stigmatizace osob s duševním onemocněním a zároveň oboru psychiatrie, zvýšení spokojenosti uživatelů služeb psychiatrické péče, zefektivnění této péče, zvýšení pl-

nohodnotného začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti, zvýšení provázanosti sociálních, zdravotních a návazných služeb a podpora humanizace psychiatrické péče.

Změny v poskytování psychiatrické péče představují naději pro včasnější a efektivnější léčbu, ale také pro zachycení tzv. skryté nemoci, která je na poli duševního zdraví vysoká. Vedle péče medicínské stojí služby sociální, které se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který kategorizuje služby na sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Dále například Mahrová (2008) přináší dělení služeb pro osoby s duševním onemocněním následovně — socioterapie, sociální práce, farmakoterapie, psychoterapie, režimová terapie, ergoterapie a volnočasové aktivity, zátěžové programy. Dalším příkladem dělení služeb pro duševně nemocné přináší Matoušek (2011), a to dle toho, v jaké fázi onemocnění jsou služby zapotřebí. Rozlišuje služby potřebné v akutní fázi — ústavní péče v psychiatrických lůžkových zařízeních, ambulantní léčba (psychoterapie a farmakoterapie) a denní stacionář, a dále na služby v období remise onemocnění — podporované bydlení, terapeutická práce s rodinou, podporované zaměstnávání, patientské kluby nebo krizová intervence.

Dělení služeb pro duševně nemocné je velmi nejednoznačné a liší se v návaznosti na jednotlivé autory. Úkolem profesionálů v multidisciplinárních týmech Center duševního zdraví je vytvářet komplexní síť těchto služeb a ty propojovat s klienty dle jejich individuálních potřeb a požadavků. Poskytované služby by měly však být místně, personálně a finančně dostupné, což se v některých částech země nemusí zcela dařit.

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY

Jak již bylo zmíněno, psychiatrická reforma přinese zásadní změny — dojde k vytvoření nového nízkoprahového pilíře, a to Centra duševního zdraví. Ústředním „nástrojem“ CDZ jsou multidisciplinární týmy, které budou operovat řadou profesionálů ve vzájemné kooperaci. Provoz CDZ bude probíhat v režimu 24/7¹, pro nepřetržitě dostupnou pomoc. Jak uvádí Strategie (2013), při dodržení stanoveného kritéria jedno CDZ na sto tisíc obyvatel, je optimální složení týmu následující:

- Psychiatr (1–2 úvazky),
- Klinický psycholog (2 úvazky),
- Psychiatrická sestra (13 úvazků),
- Sociální pracovník (10 úvazků; třetina z tohoto počtu může být zastoupena zdravotně-sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách).

Tyto služby pak mohou dle potřeby doplnit odborníci z oborů dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, poruchy příjmu potravy nebo adiktologie. Zdravotně-sociální služby poskytované výše zmíněnými pracovníky budou dostupné nejen v místě CDZ, ale též budou poskytovány v přirozeném prostředí klienta. Do terénu pak bude vyjíždět mobilní terénní tým složený z několika pracovníků multidisciplinárního týmu a zároveň bude k dispozici nepřetržitě krizové centrum.

1 Sedm dní v týdnu, 24 hodin denně.



Jak již bylo zmíněno, za stěžejní element v poskytování komplexní psychiatrické péče lze považovat multidisciplinární tým. Pokud bereme na vědomí, že duševní porucha není způsobena pouze fyziologickými změnami, ale že se jedná o onemocnění mnohofaktorové, musíme stejným způsobem přistupovat k její léčbě. Úzdruva z nemoci nemůže nastat, pokud na nemocného budou působit stejné vlivy, které onemocnění způsobily, popřípadě další problémy, které během nemoci vyvstaly. Komplexní pomoc nastává ve chvíli, kdy je nemocný v péči několika odborníků, kteří spolu úzce spolupracují a společně s klientem tvoří nejvhodnější podmínky k úzdruvě. Základním principem poskytování kvalitní multidisciplinární péče je orientace na podporu zotavení (*recovery*) jedince v jeho přirozeném prostředí a s důrazem na jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Takto nastavený tým pak operuje s metodami jako je case management, CARE a psychosociální rehabilitace, modely péče ACT a FACT nebo například využívá techniky krizové intervence a psychoterapie.

CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vzorkem pro výzkumné šetření byl zvolen fungující tým Centra duševního zdraví pro Prahu 8. Vzhledem k faktu, že mezioborová spolupráce v daném CDZ je ojedinělým příkladem v našich podmínkách v dané době, byl výběr vzhledem k okolnostem jasný. Neopomenutelným faktem je také to, že vybrané CDZ je pod záštitou největší psychiatrické nemocnice ČR a řadí se mezi první vzniklá Centra poskytující péči nemocným v komunitních podmínkách.

Vzhledem k charakteru výzkumného šetření a jedinečnosti zkoumaného vzorku bylo cílem zmapovat proces tvorby multidisciplinárního týmu, jeho fungování — specifika a možná rizika týmové spolupráce a bariéry, které brání optimálnímu fungování v komunitní péči o duševně nemocné. Vedlejším cílem je zhodnocení spolupráce s peer konzultantem, jako nově vznikající pozic v oblasti péče o duševní zdraví. Za hlavní výzkumnou otázku lze považovat následující: Jakým způsobem funguje multidisciplinární tým v komunitní péči pro duševně nemocné? Pro získání dat byly využity kvalitativní techniky, a to polostrukturované individuální a společné rozhovory a dále *focus group*.

VÝSLEDKY

SPECIFIKA MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

Práce multidisciplinárního týmu je označována jako komplexní, celistvá, mezioborová spolupráce, která rozšiřuje pohledy na práci s klienty. Spolupráce a kombinace profesionálů v daném týmu nabízí klientům dostupné služby ošetřující zdravotně-sociální potřeby, a tím přispívá k ošetření celkového stavu klienta. Opakovaným tématem je sdílená zodpovědnost a možnost konzultovat s ostatními pracovníky v týmu. Zjednodušením, které tato forma spolupráce přinesla, je možnost nahlížení do obou vykazovacích databází, jež rozšiřuje možnosti ke sdílení informací. Sloučení



zdravotnický a sociálně orientovaných týmů rozšířilo pohled na práci s klientem, zejména pak při kombinaci stylů práce zdravotníků a sociálních pracovníků, kdy dochází k propojení „striktnější a asertivnější“ a „citlivější a konstruktivnější“ struktury práce.

Kombinace obou přístupů a možnost konzultace pohledů na péči přináší efektivnější výsledky v dosahování *recovery* klientů. Možnost vzájemného učení se od ostatních profesí nabízí ucelenější pohled na klienta a efektivnější řešení krizových situací, zejména pak zmírnění sociálních a zdravotních dopadů nemoci. Spojení dvou fungujících týmů a s tím související setkávání rozdílných metod práce přináší postupné vytváření hranic služby. Lze předpokládat, že střet názorů na poskytovanou péči je výsledkem toho, že se spojily dva dobře fungující týmy a v současné době musí hranice a postupy uceleného týmu vytvářet. Dalším předpokladem je fakt, že pokud vstupují pracovníci do multidisciplinárního týmu bez předchozí zkušenosti práce v týmu, je snazší nastavit metody práce, popřípadě strukturu fungování celého týmu.

VZTAHY TÝMU S OKOLÍM A VNĚJŠÍ PODMÍNKY PRÁCE

Problematickou oblastí je nejednoznačnost postavení CDZ v systému sociálních psychiatrických služeb. Stěžujícím faktorem pro práci týmu je neinformovanost ostatních institucí o poskytovaných službách Centra a z toho vyplývající nutnost je obhajovat a prosazovat. Vzhledem k tomu bylo apelováno na nutnost vytyčení kompetencí, práv a povinností CDZ a s tím související vznik standardů práce multidisciplinárního týmu a jednotlivých členů. Lze předpokládat, že budování pozice v síti služeb napomůže rozšíření povědomí o CDZ.

Přítěžujícím faktorem je stávající legislativa v oblasti bytové politiky, kdy klienti nemají možnost vymanit se ze sítě pobytových služeb zpět do běžného života. Tato zatěžující socioekonomická situace klientů přináší obavu o zacyklení klientů v síti služeb. Nejasné místo v systému ztěžuje navazování spolupráce s PN Bohnice, jakožto největším „zdrojem“ klientů, ve kterém nejčastěji dochází k prvotnímu kontaktu s klientem a předjednání následné spolupráce s CDZ. Za výhodu tohoto týmu by se dala považovat dobrá lokace, která částečně usnadňuje legitimaci při kontaktu s institucemi v okolí a s osobami zainteresovanými do řešení situace klienta. Navazování spolupráce s rodinami by usnadnilo vzdělávání v rodinné terapii, zejména pro efektivnější práci s rodinou, která je častým zdrojem problémů klienta nebo naopak má zájem na řešení situace nemocného.

CÍL PRÁCE S KLIENTEM

Cíl práce s klientem je vykládán každou profesí jinak, avšak za cíl považují stav, kdy je klient v přirozeném prostředí bez potřeby pobytových služeb; celostní úzdravu a udržení nebo zlepšení jeho stavu. K dosahování *recovery* užívá každá profese v týmu jiné metody a pohled na úzdravu by se měl více sjednotit. K propojení metod péče by přispělo společné vzdělávání (např. v rodinné terapii) nebo vzdělávání z opačné oblasti působení (zdravotníci v sociální oblasti a naopak). Zdravotníkům by pomohlo lépe pochopit sociální dopady nemoci na jedince, sociálním pracovníkům nahlédnout do



fyziologických dějů nemoci. Optimální je provázanost a vzájemné učení se od ostatních profesionálů a kombinace jejich přístupů.

Opakovaným tématem bylo nejasné ukončení spolupráce s klientem. V tuto chvíli není potřeba dělat opatření, jelikož počet klientů nepřesahuje kapacitu Centra. V současnosti probíhá ukončení spolupráce nejvíce z toho důvodu, že se klient odstěhoval mimo spádovou oblast CDZ, nebo samovolně přestal docházet, a tím spolupráce skončila. Lze předpokládat, že s rozšířením sítě Center bude snadnější předávání klientů do péče a vytvoří se kritérium pro ukončení spolupráce. Další kritickou oblastí je chybějící síť návazných služeb, do kterých by mohl tým klienta předat ve chvíli, kdy využívá pouze dílčí část služeb týmu a nepotřebuje více profesionálů najednou. Tým by tak měl prostor věnovat více pozornosti ostatním členům komunity, a mohl by přispět k prevenci v cílové populaci.

KOMPETENCE PRACOVNÍKŮ V TÝMU

Došlo k rozšíření kompetencí zdravotníků, kteří mají možnost věnovat se nejen svému oboru, ale využívat metod sociální práce. Zejména zdravotníci se setkávají s neznalostí case managementu, tuto novou roli se stále učí. Case manager distribuuje a koordinuje péči a přebírá část zodpovědnosti za klienta, zejména z toho důvodu, že disponuje nejširšími informacemi o klientovi. Za jádro multidisciplinárního týmu je považován terénní tým, který je hybnou silou práce v komunitě. K rozšíření služeb poskytovaných v terénu by přispělo navýšení počtu psychiatrů alespoň o jednoho, který by kromě výjezdů do terénu měl možnost zastupovat současného lékaře v době jeho nepřítomnosti, a přibyla by možnost konzultace na stejné profesní úrovni. Určité nejasnosti vyvstaly v oblasti odlišného financování jednotlivých členů. Rozdílné finanční podmínky přispívají k hierarchickému vnímání jednotlivých profesí a s tím spjaté odlišné vnímání kompetencí. Jak již bylo zmíněno výše, kompetenci v rozhodování má celý tým.

Lékař a psychologové by měli být primárně k dispozici pro konzultace pro tým. Optimální počet členů v týmu by neměl přesáhnout 15 osob, takto velký tým zajišťuje užší spolupráci a efektivnější sdílení informací. Možným omezením by mohlo být zavedení krizových lůžek, zejména z toho důvodu, že část týmu bude poskytovat péči u lůžka a nebude mít čas vyjíždět do terénu, popřípadě poskytovat služby v běžném provozu. Každý jedinec v týmu by si měl určit vlastní hranici ve vztahu s klientem, zda může například nabídnout volnočasovou aktivitu o víkendu nebo přinést nepotřebné oblečení pro rozdání mezi klienty. Zde by mohlo vyvstat riziko, že se vztah profesionála s klientem posune za hranici profesního života do soukromé sféry a mohlo by dojít k nežádoucímu využívání této situace ze strany klienta. V případě potřeby je nutné řešit nejasnosti při překročení hranic na supervizi nebo na poradách. V této profesi je však tak vysoká míra profesionality, že setkání s tímto problémem prakticky odpadá. Problematickým bodem je absence jednoho vedoucího týmu, který by určil kompetence jednotlivých členů, delegoval práci, zastupoval tým navenek a měl finální slovo při rozhodování, zejména v situacích, kdy má tým nejasnosti. Potřebou pro optimální fungování je možnost spolupracovat s externími profesionály, kteří by mohli do týmu docházet dle potřeby klientů (adiktolog, poradentství pro oblast zaměstnávání apod.).

DISKUSE A ZÁVĚR

Proces změn v psychiatrické sféře přinese mnoho dalších požadavků, jak by správně měla vypadat spolupráce na komunitní úrovni. Pouze praxe ale ukáže, jak péče o duševně nemocné může v těchto podmínkách fungovat. Každý nově vznikající tým bude čelit různorodým podmínkám, na které by se měl brát ohled a dle nich týmy formovat. Zejména záleží na rozsahu spádové oblasti, od čehož se odvíjí zastoupení různých profesionálů v týmu, na počtu fluktuujících a stálých klientů nebo například na osobnostním nastavení každého člena týmu. Pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče musí tým cílit k vyváženosti zdravotních a sociálních služeb, za předpokladu dobré koordinace poskytovaných služeb, a k asertivnímu přístupu ke klientům na základě vytvořeného profesionálního vztahu s klientem.

Péče o pacienty se závažným dlouhodobým duševním onemocněním může být ztížená rezistencí na léčbu psychofarmaky, rozvojem dalších symptomů nemoci, rozvojem duální diagnózy nebo zhoršující se adaptabilitou do společnosti. Všechny tyto elementy přinášejí nároky na tvorbu legislativních změn, které alespoň zčásti zabezpečí dodržování práv osobám s duševním onemocněním, a to zejména u těch jedinců, u kterých jejich stav vyžaduje nepřetržitou péči, která by jinak byla poskytována v tradičním (zastaralém) systému na odděleních psychiatrických nemocnic. Legislativní změny v oblasti bytové politiky a sociální pomoci by efektivně napomohly k prevenci vyloučení nemocného ze společnosti a usnadnily by jim cestu k zotavení v oblasti kvality života.

Je zapotřebí opustit zastaralý způsob péče o duševně nemocné, kdy byly sociální a psychosociální potřeby nemocných opomíjeny na úkor potřeb biologických. Tyto změny v poskytování péče o duševně nemocné si žádají zaměřit se na sociální práci jako na způsob, skrz který dojde k naplňování nejrůznějších psychosociálních lidských potřeb. Při zanedbání těchto potřeb může docházet k rozvoji duševních potíží a v důsledku toho nemůže dojít k plnému zotavení jedince. Sociální práce je tak efektivním nástrojem pro péči o duševní zdraví.

Způsoby a metody poskytování kvalitní péče osobám s duševní poruchou, zejména osobám se závažným duševním onemocněním, a to v komunitních podmínkách, jsou stále nevyjasněnou oblastí. Práce v komunitních podmínkách představuje nové téma, kterému je zapotřebí se pozorněji věnovat. Primárně je žádané vzdělávat pracovníky v multidisciplinárních týmech z oborů sociální práce, krizové intervence, ošetrovatelství a naučit je, jak efektivně využívat případové vedení, individuální plánování nebo komunikační dovednosti, které jsou neodmyslitelným atributem vytváření kvalitního vztahu s klienty. Práce profesionálů v multidisciplinárních týmech je velmi komplexní a žádá si teoretickou i praktickou průpravu pracovníků, která by měla začínat již na vysokých či vyšších odborných školách. Dalším aspektem úzce souvisejícím se vzděláváním pracovníků, kteří vstupují do psychiatrické oblasti a pečují o osoby s duševními poruchami, je potřeba praktického vhledu do toho, co komunitní péče znamená.

Při zavádění nových Center duševního zdraví je nutné sledovat efekt a kvalitu poskytované péče. Na jedné straně jde o pracovníky, kteří péči poskytují — tedy vytvořit určitý rámec poskytovaných služeb integrovaný v legislativě, popsat kompetence jednotlivých profesionálů a standardů poskytované péče, což současně musí doprovázet evaluace ze strany klientů. Nutností tedy je vytvoření metodik a standardů práce



multidisciplinárního týmu, a to zejména tak, aby odrážely praktickou zkušenost již vzniklých týmů CDZ. Nedílnou součástí by měla být supervize pro pracovníky týmů, která by měla efektivně posloužit jako nástroj kvality poskytovaných služeb.

Je důležité zmínit, že změny, které čekají tuzemskou psychiatrickou sféru, jsou zásadní v péči o duševní zdraví. Transformace služeb z tradičních pobytových nemocnic do komunitně orientovaných center se může zdát náročná ve svých dílčích krocích, ale lze se inspirovat v západoevropských a severských zemích, kde se tento způsob poskytování služeb osobám s duševním onemocněním osvědčil, a aplikovat ho do tuzemských podmínek. Jedná se o velké změny nejprve v legislativní sféře, kde je zapotřebí zakotvit péči o duševní zdraví jako jeden z nejdůležitějších cílů směřování státu, a posléze tyto změny provést v nižších sférách — od snížení lůžek v psychiatrických nemocnicích po edukaci a podporu profesionálů, kteří přímo poskytují pomoc a péči nemocným jedincům a jejich nejbližším. Zefektivnění a zjednodušení administrativních záležitostí by mělo přinést ukotvení Center duševního zdraví v legislativě.

Nutností je přispívat k destigmatizaci celého oboru psychiatrie a sociální práce, jelikož chystaná reforma spočívá též v řešení sociálních otázek za pomoci metod sociální práce, nikoli pouze zdravotnickými prostředky, jako tomu bylo doposud. Stigma duševní nemoci může být příčinou zacyklení duševně nemocných v síti psychiatrických služeb, které nemají prostor pro podporu nemocného ve znovunalezení důstojného místa ve společnosti. Na tomto místě můžeme věřit, že si s sebou do budoucna duševní porucha neponese stigma, ale naopak vzroste v populaci povědomí o tom, jaké je žít s nemocí, a tím se posunout skrze destigmatizaci ke vzájemné podpoře. Zdravotní a sociální práce musí razit společnou cestu na stejné úrovni. Jedině tímto způsobem může dojít k úzdravě nejen klienta a jeho blízkého okolí, ale i k úzdravě celospolečenského vnímání duševní nemoci.

ZDROJE

- DUDOVÁ, Monika. 2017. *Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné*. Diplomová práce. Praha: Katedra sociální práce, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova. Vedoucí práce Eva Dragomirecká. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/178675>
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR (MZ). 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. www.reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.WOCyhTvyjb0>.
- PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P. (PS ČLS JEP). 2008. *Koncepce oboru psychiatrie: 1. revize 2008*. www.rpkk.cz. [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>.
- RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu*. [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf.