

Principy a metody sociální práce s osobami v rané fázi psychotického onemocnění: rozhovor se sociálními pracovníci ze specializovaného multidisciplinárního týmu¹

Ondřej Krupčík a Marie Kuklová

Mezi hlavní cíle probíhající reformy péče o duševní zdraví patří zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, zvýšení efektivity péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté nemoci, zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších navazujících služeb nebo zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování lidí s duševním onemocněním. Jedním z prvků reformy je i projekt Včasné Intervence u Závažných Duševních Onemocnění (VIZDOM), který je realizovaný Národním ústavem duševního zdraví. Iva Stoklasová a Lucie Vojtková pracují na projektu VIZDOM jako sociální pracovníci. V tomto rozhovoru odpovídají na otázky zaměřené na jejich projekt, cílovou skupinu, aktivity a služby, kterým se věnují a které nabízejí, nebo kompetence, které si pro práci musely osvojit.

Můžete nám představit, co děláte?

Iva Stoklasová (IS): Jsme multidisciplinární terénní tým, který se zaměřuje na včasné detekce a včasné intervence u závažných duševních onemocnění. Služba je založená na předpokladu, že čím dříve se problémy s duševním zdravím začnou řešit, tím větší jsou šance na celkovou úzdravu. Nemoc se může rozvíjet řadu let ještě předtím, než se naplno projeví. Proto se zaměřujeme na včasnou detekci a poskytování podpory i lidem, kteří sami ještě příznaky duševního onemocnění nepocítují, ale jsou v riziku jejich rozvoje — například u nich došlo k výraznému poklesu globálního fungování. Při cílené a včasné podpoře lze důsledky onemocnění minimalizovat — člověk s příznaky duševního onemocnění nemusí ztratit práci, školu, nemusejí být vážně narušeny jeho vztahy, ať už s rodinou, nebo přáteli. Tomu všemu se snažíme s kolegy zdravotníky předcházet. Ještě nedávno byl přímo součástí našeho týmu i psychiatr, aktuálně tvoří tým dva sociální pracovníci a dva psychologové.

Kolik týmů včasné intervence v ČR existuje?

Lucie Vojtková (LV): V rámci pilotní fáze zavádění služeb včasné detekce a včasné intervence aktuálně fungují v České republice od dubna 2019 celkem tři týmy, náš působí na Praze 8, další je v Plzni a jeden v Blansku. V jiných týmech jsou zastoupeny také odbornosti psychiatra a zdravotní sestry, do našeho týmu se bohužel nepodařilo

¹ Tento rozhovor je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem „Včasné Intervence u Závažných Duševních Onemocnění“, který je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a Státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost. www.vizdom.cz



najít sestru a psychiatr se nám odstěhoval mimo Prahu. Nicméně s poskytovateli zdravotní péče intenzivně spolupracujeme.

Pro jakou cílovou skupinu je služba určena?

IS: Pracujeme s lidmi od 16 do 60 let, to je velké rozpětí a zároveň jedna z velkých výhod našeho projektu. Služeb, které nabízejí podporu nezletilým, není mnoho. Naše práce je asertivní, to znamená, že klienty také aktivně vyhledáváme. Může se jednat o osoby ve zvýšeném riziku, nebo ty, kteří si nemocí procházejí, ale nemají uspokojivou léčbu.

Jak si můžeme představit vašeho klienta, máte nějakého tzv. „typického“ klienta?

LV: Většinou zavolá někdo z rodiny s tím, že u blízkého člověka se něco zvláštního děje. Často se nápadně projeví změna chování, rodina té situaci nerozumí a potřebuje se zorientovat. Většinou bývají vystrašení a vyvolává to v nich otázky, na které hledají odpověď. Potřebují tu zkušenost integrovat a taky slyšet, co můžou udělat, aby se situace zlepšila.

Například včera jsme mluvili s tatínkem, který má nezletilého syna. Ten se stáhnul z veškerých aktivit, které před tím dělal. Dříve sportoval a měl různé zájmy. Nyní aktivity přerušil a podle tatínka jen sedí u počítače a nechce jít ven. Někdy je výrazně smutný, někdy má naopak přebytek energie. Ve škole to zvládá, ale nechce tam chodit. Otec neví, co má dělat.

Jaká je role sociálního pracovníka v takové situaci? Jak postupujete?

LV: S klienty se setkáme, mapujeme situaci a většinou nabízíme doprovázení po dobu, než se jejich situace stabilizuje. Náš úkol je dobře zmapovat, co se vlastně děje, a případně poradit, na koho dalšího se obrátit. Záleží na tom, jestli se jedná o dospělého člověka, rodinu nebo o dítě. Také záleží na tom, o jaký problém se jedná — jestli jde o člověka v riziku, nebo se u něho onemocnění projevilo už dříve.

Jako sociální pracovníci s klienty například chodíme na úřady a pomáháme klientům řešit finanční podporu. Doprovázíme je k lékařům nebo pomáháme obstarat jiné běžné aktivity. Když je potřeba, komunikujeme se školou. Můžeme zařizovat podporu bydlení, když třeba nemají kam jít z hospitalizace. Děláme sociální rehabilitaci.

Často se setkáváme s klienty v krizi a v podstatě poskytujeme krizovou intervenci. Jsme tak trochu diagnostici, provádíme mapování, případně používáme diagnostické nástroje. Samozřejmě nám nejde o podrobnou diagnostiku a stanovení diagnózy, ale musíme se zorientovat v psychickém stavu klienta. Máme také roli marketingového manažera a jsme tak trochu lektoři, děláme workshopy pro studenty a učitele. Je to pestré...

Jsou nějaké kompetence, které jste si kvůli práci v projektu musely osvojit?

IS: Člověk se musí učit pořádku, ať už pracuje jako sociální pracovník, doktor nebo jako výzkumník. Když to vztáhnou k mým předchozím zkušenostem, je pro mě nová především práce na detekčních aktivitách. To znamená, že chodíme do škol, děláme workshopy. Kontaktujeme lékaře, informujeme je o naší službě, snažíme se o destigmatizaci.



Nová je pro mě také zkušenost s klienty v první epizodě onemocnění. Přístup těchto klientů je dost specifický, obvykle nejsou zvyklí spolupracovat a dostávat podporu, nejsou zvyklí, že by měli někomu něco říkat a podobně. U klientů, kteří mají delší zkušenost, je to jiné.

Důležité je také efektivně spolupracovat a zastupovat se v rámci týmu. Nemáme týmového vedoucího, všichni do určité míry děláme všechno a musíme to umět.

V rámci projektu jste také absolvovaly výcvik zaměřený na včasné intervence, byl pro vás užitečný?

IS: Ano, výcvikem jsem prošla, byl fajn. Jednotlivé semináře a workshopy vedli odborníci v daných oblastech. Výcvik byl zaměřený spíše sociálním směrem, pro mě jako sociálního pracovníka to bylo spíše připomenutí nebo opakování. Podle mě měl větší přínos pro lékaře, případně zdravotní sestry. V rámci jejich profese se obvykle neseťkají s tím, co je případové vedení, podporované zaměstnávání nebo se v takové míře nevěnují kontinuální práci s rodinou. Jde o pohled orientovaný spíše na člověka a jeho situaci než symptomy a diagnózu. Pro nás zase bylo nové seznámení s diagnostickými nástroji, které jsou běžně využívány v psychiatrii.

Výcvik nám také dal prostor k tomu, abychom se na začátku projektu mohli seznámit a naladit na společnou vlnu. Ten půlrok udělal opravdu hodně. Mohli jsme se stmelit a poznat, kdo jak funguje, reaguje nebo jaký má případně názor. To bylo bezvadné a myslím si, že to byl největší přínos celého výcviku.

Jaké jsou podle vás výhody multidisciplinární spolupráce?

LV: Když se sejdou čtyři profesionálové a každý má nějaký svůj pohled, vede to ke komplexnímu náhledu na situaci. V konečném důsledku to má přínos především pro klienty.

IS: Důležité je také rovnoměrné rozložení sil. Pokud to srovnám s multidisciplinární prací v předchozím zaměstnání, kde byl psychiatr k dispozici, ale pouze na 0,2 úvazku, je to rozdíl. Neměl kapacitu s námi jezdit do terénu. V našem týmu jsme měli psychiatra na 0,5 úvazku a bylo to skvělé, byl ochotný s námi opravdu vyjet. A to byla velká výhoda — byli jsme mobilní a měli k dispozici psychiatra. I když teď v týmu není, za dobu spolupráce s ním jsme se od něj hodně naučili a čerpáme z toho i nyní.

LV: Několikrát jsme také uvažovali, jestli při představování klientům říkat, kdo má jakou profesi, jestli je to pro klienty důležité. Můj názor je, že ve školách a při workshopech to bylo užitečné. Přišlo mi fajn, když studenti věděli, že mezi námi sedí lékař, byli zvědavější. Je to potřeba také v situaci, kdy klient potřebuje vědět, co se s ním děje po zdravotní stránce. V takovém případě je potřeba, aby se vyjádřil lékař nebo zdravotník. V další práci podle mě není nutné jednotlivé profese explicitně rozlišovat. Všichni se stavíme spíše do sociálně-terapeutické role bez ohledu na profesi.

Napadají vás naopak nějaká úskalí multidisciplinárního přístupu?

IS: Vždy záleží na tom, jak se pracovníci namíchají. Každý může být protivný, ať už je sociální pracovník, nebo lékař. Zároveň se domnívám, že lidé, kteří mají zájem o multidisciplinární práci, musí být nějak nastavení a měli by respektovat jiné profese. Všichni bychom měli znát svoje hranice a limity a být ochotní o nich komunikovat s ostatními profesemi. Různé profese mnohdy mají odlišné názory a jde o to najít



nějaký střed. Je to o postupném sladění a myslím, že je to téma pro každý multidisciplinární tým.

Jsou nějaké aktivity, na kterých jako sociální pracovnice obvykle nepracujete?

LV: Například psychoedukace — ty většinou dělá naše psycholožka. Jde o to klientům objasnit důležité aspekty nemoci — o co jde, co to znamená a k čemu to může vést. Například může jít o otázku, jestli a jak souvisí schizofrenie s užíváním návykových látek. To jsou konkrétní informace, které se týkají dané nemoci.

IS: V týmu děláme také diagnostiku. Dříve to byla doména psychiatra, dnes ji obvykle dělají psychologové ve spolupráci s námi.

Jaké diagnostické nástroje používáte a proč?

LV: Používáme nástroje, které slouží k vyhodnocení rizika rozvoje psychotického onemocnění, nebo posouzení jeho závažnosti. Nástroje administrujeme kvůli možnosti evaluace projektových aktivit, ale také kvůli další práci s klientem. Například pro zhodnocení rizika psychotického onemocnění používáme nástroj CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*), který je užitečný pro první zorientování v situaci. Většina lidí, kteří nás kontaktují, má jiné než psychotické obtíže — obvykle úzkosti nebo deprese, nebo je u nich naopak onemocnění rozvinuté a trvá delší dobu. V tom se potřebujeme zorientovat a rozlišit, jestli člověk patří do naší cílové skupiny. Především v situaci, kdy nemáme informace od lékaře. Dále používáme nástroje určené pro hodnocení fungování jako GAF (*Global Assessment of Functioning*) a HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) nebo AQoL (*The Assessment of Quality of Life*) pro hodnocení subjektivně vnímané kvality života.

V jakém podílu jsou mezi vašimi klienty zastoupeni lidé, kteří už byli zachyceni systémem psychiatrické péče, resp. ti, kteří se s psychiatrií setkávají poprvé?

IS: Myslím, že klienti s již stanovenou diagnózou, převážně z Psychiatrické nemocnice Bohnice, tvoří většinu, třeba 70–80 %. Potom byla velká část klientů ze škol — převážně s úzkostmi, těch bylo třeba 20 %. Ti podle CAARMS nespádali do skupiny osob s rizikem rozvoje psychózy. Nějakou dobu jsme s nimi pracovali, maximálně dva měsíce, a pak je předali na psychoterapii.

A co klienti v první epizodě psychotického onemocnění, s těmi se nesetkáváte?

LV: Máme klienty, u kterých nebylo pochyb, že jsou psychotičtí. Akorát rodina, nebo oni sami neměli sílu to dotáhnout k hospitalizaci. Potom jsme přišli my a tenhle krok se odehrál. Ale klienti v první epizodě se k nám obvykle nedostanou. Asi to souvisí i s nižší gramotností v oblasti duševního zdraví a neochotou vyhledat odbornou pomoc ve chvíli, kdy se nemoc začíná projevovat.

S jakými subjekty a institucemi spolupracujete na detekčních aktivitách, o kterých jste mluvily?

IS: S týmem často navazujeme kontakt s praktickými lékaři a psychiatrickými ambulancemi. Oslovujeme také klinické psychology. V rámci středních škol poskytujeme informace studentům a také učitelům, byli jsme přednášet také na vysoké škole. Na-

vštěvujeme pedagogicko-psychologické poradny. Spolupracujeme s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a Centrem duševního zdraví na Praze 8. Oslovovali jsme sociální služby, úřad pro Prahu 8, požární sbor nebo krizová centra. Využíváme také Facebook a máme webové stránky.



Jak si můžeme představit navazování spolupráce například s ambulancí lékaře?

IS: Klasicky to vypadá tak, že do ambulancí dojdeme, zaklepeme na dveře, poprosíme sestru, nebo přímo lékaře, krátce se představíme a předáme jim letáky. Má to buď lepší, nebo horší výsledek. Do škol jsme posílali e-maily s informacemi, kdo jsme a co můžeme nabídnout. Školy se nám postupně ozývaly s tím, že by workshopy uvítaly. Totéž jsme dělali se sociálními službami, úřadem, nebo poradnami. Případně jsme je s kolegy navštívili osobně.

Kolik subjektů jste oslovili? Jak velká část z nich s vámi spolupracuje?

LV: Kontaktovali jsme zhruba 80 praktických lékařů z Prahy 8. Dále asi 50 psychiatrů, včetně dětských, nejen z Prahy 8. Oslovili jsme asi 30 sociálních služeb včetně knihoven a úřadu. Celkem 5 krizových linek a center a 15 středních škol. Užší spolupráci máme především s doktory, jejichž pacienty máme v péči. Třeba 10 % lékařů, které jsme oslovili, s námi aktivně spolupracují. Školy jsou aktivní asi z poloviny.

Proč s vámi, jako se specializovanou službou, nespolupracuje více lékařů?

IS: Mám jednu zajímavou zkušenost. Po delší době jsem opakovaně navštívila konkrétní lékařku. Byla ráda, že mě vidí a říkala, že už nějaké lidi posílala. Ale jsme si skoro jisti, že nezavolali. Pravděpodobně mají strach. Jedna věc je dostat leták a dozvědět se, že tady vám pomůžou. Něco jiného je situaci řešit, ať už ze strany klientů, nebo rodičů.

Já si myslím, že když je to vhodné, ti lékaři letáky pacientům dávají, nebo předají alespoň telefonní číslo. Ale možná neovlivní to, jestli se daný člověk ozve, nebo ne. Také se nám stávalo, že nám volaly matky třeba osmiletých, desetiletých dětí, ale těm, kromě nějakého základního poradenství a doporučení jiných služeb, nemáme jak pomoci.

Co je obvykle výsledkem vašeho kontaktu s jiným zařízením? Je to například dohoda na tom, že když se v ordinaci objeví člověk, který splňuje určitá kritéria, lékař se s vámi spojí a situaci řešíte společně?

LV: Cílem a tím, o co podle mě usilujeme nejvíce, je představení našeho týmu osobně. Aby lidé, se kterými možná někdy později budeme v kontaktu, tušili, kdo jsme a co děláme. Jde nám o to říct, že fungujeme v daném regionu a jsme schopní řešit určité spektrum problémů. Vysvětlíme jim, že když nám zavolají, telefon zvedne Iva, nebo Lucie, které zrovna stojí před nimi. Živý osobní vstup může rozhybat další spolupráci. U lékařů je cílem také ujištění, že pro ně nejsme konkurencí, ale nabízíme přidanou podporu k běžné psychiatrické péči, že jsme kolegové pracující na stejném cíli — tj. pomoci člověku, který má duševní onemocnění. Podobně je to i na školách. Třeba na jednom gymnáziu se nám to povedlo docela dobře. Pravidelně se nám ozývají s tím, že vědí o někom, kdo by potřeboval naši službu a mohl z ní profitovat.



Jak pracujete s otázkou asertivity v detekčních aktivitách, ale i v práci s klienty?

IS: Jsme aktivní i asertivní, při navazování kontaktů to jinak nejde. Předáme letáky, opakovaně se připomínáme...

LV: Pokud jde o klienty, je to velké téma — do jaké míry být asertivní. Snažíme se pracovat asertivně. Chodíme klepat na dveře lidem, o kterých si někdo myslí, že by mohli potřebovat pomoc a oni sami by možná ani nezavolali. A jsme v tom vytrvalí. Než navážeme kontakt se samotným člověkem, který má psychotické onemocnění, trvá to třeba několik měsíců. Snažíme se komunikovat s jeho okolím, s jeho rodinou, protože to třeba nejde zrovna s ním.

Jak často pracujete v terénu? Kde pracujete vedle toho?

LV: Nyní pracujeme v terénu častěji než v kanceláři. Více chodíme za lidmi, než oni chodí za námi. Většinou nás klienti navštěvují pouze při prvním kontaktu.

IS: Tím, že jsme terénní tým, jsme schopni dojet prakticky kamkoliv, kde se klient cítí bezpečně. Převážně je to domov, byt, nebo dům. Často chodíme také do Psychiatrické nemocnice Bohnice, tam máme velkou část klientů. Zároveň jsme schopni se sejít v kavárně, parku, projít se na procházku — třeba na hodinu a půl. Zároveň, pokud člověk chce, protože ne každý nás pustí do soukromí, může přijít do naší kanceláře, kde máme k dispozici i konzultační místnost.

V čem je podle vás vaše služba specifická, co je její největší výhoda?

IS: Podle mě je nejdůležitější, že pracujeme s klienty od šestnácti let. Služeb, které nabízejí podporu mladistvým v kombinaci s duševním onemocněním, je minimum. Je to velká výhoda. Také si myslím, že je unikátní detekční činnost, respektive souhra aktivní detekce, kdy se snažíme klienty nacházet svépomocí, a přímé práce.

LV: Nečekáme na to, až se u nás klient sám objeví. Máme prostor pro aktivní vyhledávání. Myslím si, že to jiné týmy nemají, nebo alespoň ne v takové míře. U nás je to v podstatě součástí práce.

IS: Důležitá je podle mě také podpora rodiny. Například když potenciálnímu klientovi objektivně něco je a necítí se dobře, ale zároveň s námi nechce spolupracovat, jsme schopni přijít do rodiny a pracovat jen s rodinou a čekat, až klient projeví zájem o spolupráci.

Iva Stoklasová vystudovala magisterský obor sociální práce se zdravotnickým profilem na Ostravské univerzitě. Od dokončení studia pracuje s lidmi, během desetileté praxe získala zkušenosti například při práci se seniory a chronicky léčenými pacienty s duševním onemocněním.

Lucie Vojtková absolvovala bakalářské studium sociální práce a politika na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně. Následně získala magisterský titul v oboru řízení a supervize v sociálních a zdravotních organizacích na Karlově univerzitě. Během patnáctileté praxe pracovala jako sociální pracovník s žadatelci o azyl v ČR. Dále byla součástí terénní, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénního komunitního týmu specializovaného na duální diagnózy, nebo pracovala s oběťmi obchodu s lidmi.

Ondřej Krupčík

Department of Public Mental Health
(Výzkumný program sociální psychiatrie)
National Institute of Mental Health
(Národní ústav duševního zdraví)
Topolová 748, 250 67 Klecany
ondrej.krupcik@nudz.cz

Marie Kuklová

Department of Public Mental Health
(Výzkumný program sociální psychiatrie)
National Institute of Mental Health
(Národní ústav duševního zdraví)
Topolová 748, 250 67 Klecany
marie.kuklova@nudz.cz
ORCID ID: 0000-0003-4561-9571

